



Inspection générale
des affaires sociales

Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux

RAPPORT

Établi par

Catherine HESSE

Thierry LECONTE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Juin 2017 -
2016-113R

SYNTHESE

[1] Par lettre de mission du 27 juin 2016, le Premier ministre a confié au Chef de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) une mission d'évaluation de la politique de contrôle et d'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale à travers, notamment, le dispositif d'évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), dans le cadre de la modernisation de l'action publique (MAP).

[2] La mission était accompagnée, sur le plan méthodologique, par le secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP). Conformément à la méthodologie élaborée par le SGMAP, le présent rapport a pour objet, d'une part, de dresser un diagnostic de la démarche d'évaluation interne et externe des ESSMS et, d'autre part, de proposer les pistes d'amélioration identifiées par la mission.

[3] Il convient de préciser que le périmètre de la mission ne porte pas sur le contrôle et l'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale en général, ni sur l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) en tant que structure, ces évaluations mériteraient à elles seules des missions distinctes. Son périmètre est centré sur les établissements et services pour lesquels la présence d'autres inspections générales au sein de la mission n'est pas nécessaire, ce qui exclut les établissements placés sous le pilotage de la protection judiciaire de la jeunesse ainsi que les centres d'accueil pour demandeurs d'asile.

[4] Les travaux de la mission l'ont conduite à rencontrer les grands acteurs nationaux et à se rendre dans quatre régions. Le SGMAP a par ailleurs été sollicité pour administrer des enquêtes auprès de plusieurs catégories d'acteurs (autorités d'autorisation et de tarification, directeurs d'ESSMS et présidents de conseils de la vie sociale), ce qui constitue une source d'information précieuse, venue conforter les observations réalisées lors des entretiens.

[5] Aux termes de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF), issu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 :

- procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent (évaluation interne) ;
- font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur (évaluation externe).

[6] Comme le rappelle la lettre de mission, « *Parmi les leviers d'amélioration de la qualité de prestations et d'accompagnement en ESSMS, la mise en œuvre des évaluations interne et externe* » rendues obligatoires pour les ESSMS par la loi de 2002 conditionne le renouvellement de leur autorisation, et joue un rôle déterminant. « *L'exercice d'évaluation des quelques 25 000 ESSMS étant désormais quasi-complet, il apparaît nécessaire d'évaluer ce dispositif* ».

[7] L'ANESM a été créée afin d'accompagner les établissements dans leur démarche d'évaluation. Elle a publié cinquante-sept recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) qui jouent un rôle central dans la procédure d'évaluation car le processus d'évaluation, fondé sur le respect des RBPP, conditionne le renouvellement de l'autorisation. Les RBPP couvrent tous les champs du secteur social et médico-social mais de façon très inégale. Elles constituent un outil de management aux mains de la direction des ESSMS dans le cadre d'une démarche qualité, mais leur appropriation par les agents est inégale.

[8] L'ANESM est par ailleurs chargée d'habiliter, et non de sélectionner, les évaluateurs externes qui constituent une nouvelle catégorie d'acteurs dans le secteur social et médico-social. Les modalités d'accès à l'habilitation reposant sur la fourniture d'un dossier complet de demande d'habilitation, les refus ne peuvent se fonder que sur le refus de signer les engagements demandés dans le dossier. Les organismes habilités sont nombreux (1 314 au 31 décembre 2015) et très hétérogènes. Si l'ANESM peut suspendre ou retirer une habilitation sur la base d'un signalement, le contrôle de la qualité des rapports d'évaluation lui échappe. Le choix de l'organisme qui procède à l'évaluation externe est du ressort de l'ESSMS et il lui appartient de rémunérer l'évaluateur, ce que regrettent tant les ESSMS que les autorités qui disposent du pouvoir de renouveler les autorisations.

[9] Bien que lourde à mettre en œuvre, la démarche d'évaluation est maintenant adoptée par les ESSMS. Une partie des ESSMS était déjà engagée dans des démarches qualité. La mise en œuvre effective des évaluations interne et externe a permis de lever les réticences initiales. Pour autant, on peut regretter que l'appui national à sa mise en œuvre soit resté limité, aucun référentiel n'ayant été proposé aux ESSMS à l'échelon national. Ces derniers ont, de ce fait, pris l'initiative de se doter de référentiels d'évaluation interne, le plus souvent avec l'aide de leurs fédérations. Pour favoriser la mise en œuvre de la démarche d'évaluation, le respect de l'autonomie des ESSMS a guidé le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESM) puis l'ANESM pour fixer les orientations en matière de conduite des évaluations. Localement, les autorités disposant du pouvoir d'autorisation se sont impliquées dans l'accompagnement des établissements à travers un appui méthodologique et parfois même des aides financières accordées ponctuellement.

[10] L'exploitation de près de 25 000 rapports d'évaluation concernés par une même date butoir constitue une charge importante pour les autorités de tarification qui se sont organisées pour y faire face, en se dotant de tableaux de suivi et de grilles d'analyse et en adoptant majoritairement des procédures d'instruction partagées pour le renouvellement des autorisations conjointes. Malgré l'hétérogénéité des référentiels utilisés par les ESSMS et les évaluateurs externes, l'analyse des rapports d'évaluation externe est jugée globalement utile par les autorités en charge du renouvellement des autorisations.

[11] Celles-ci considèrent, ainsi que les directeurs d'ESSMS, que la démarche d'évaluation a un réel impact sur la qualité des prestations, bien qu'il n'existe pas d'instrument satisfaisant de mesure de la qualité. Pour autant, les autorités en charge du renouvellement des autorisations soulignent que le dispositif comporte des défauts et faiblesses liées, notamment, au caractère quasi-automatique et exclusif du lien entre la simple production du rapport d'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation et au manque de marge de manœuvre en matière de recomposition de l'offre sociale et médico-sociale.

[12] A l'issue de ce diagnostic, la mission considère qu'il est important de conserver le dispositif d'évaluation interne et externe instauré par la loi de 2002 et de maintenir la mobilisation des acteurs. Pour autant, plusieurs pistes d'amélioration sont proposées afin d'améliorer le dispositif existant :

- Etendre l'offre d'outils méthodologiques pour l'évaluation interne et d'instruments de mesure de la qualité ;
- Fiabiliser la méthodologie et la qualité des évaluations externes ;
- Inclure le processus d'évaluation dans une démarche globale de dialogue de gestion.

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| SYNTHESE | 3 |
| SOMMAIRE..... | 5 |
| RAPPORT | 9 |
| 1 Présentation du dispositif instauré par la loi de 2002..... | 10 |
| 1.1 L'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux | 10 |
| 1.1.1 L'évaluation comme outil de rénovation de l'action sociale et médico-sociale..... | 10 |
| 1.1.2 Les objectifs et le champ des évaluations interne et externe..... | 11 |
| 1.1.3 La portée juridique des évaluations | 12 |
| 1.2 Les organismes habilités à procéder à une évaluation externe : | 14 |
| 1.2.1 doivent respecter le cahier des charges figurant en annexe 3-10 du CASF | 14 |
| 1.2.2 doivent figurer sur la liste des organismes habilités établie par l'ANESM..... | 15 |
| 1.2.3 Le contrôle des organismes habilités par l'ANESM..... | 16 |
| 1.3 Dispositions relatives à l'ANESM..... | 16 |
| 1.4 Dispositions relatives à la reconnaissance de correspondance partielle entre le référentiel de certification et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes | 18 |
| 1.5 Dispositions relatives aux services intervenant au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie..... | 20 |
| 2 Périmètre de la mission et méthode de travail | 22 |
| 2.1 Périmètre de la mission..... | 22 |
| 2.2 Méthode de travail..... | 22 |
| 2.2.1 La gouvernance de la mission d'évaluation..... | 22 |
| 2.2.2 Échanges avec les parties prenantes..... | 23 |
| 2.2.3 Elaboration et exploitation de questionnaires..... | 23 |
| 3 Des outils ont été mis en place par l'ANESM pour la mise en œuvre des évaluations..... | 24 |
| 3.1 L'ANESM a publié de nombreuses recommandations de bonnes pratiques professionnelles..... | 24 |
| 3.1.1 Les recommandations de bonnes pratiques : du sanitaire au médico-social..... | 24 |
| 3.1.2 Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM | 25 |
| 3.1.3 Des recommandations de bonnes pratiques professionnelles reconnues mais dont l'appropriation dépend des ESSMS | 29 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.2 | L'ANESM habilite les évaluateurs externes..... | 30 |
| 3.2.1 | La procédure d'habilitation par l'ANESM n'est pas une sélection | 30 |
| 3.2.2 | Le contrôle de la qualité des rapports d'évaluation échappe à l'ANESM..... | 33 |
| 3.2.3 | Le cahier des charges fixé aux organismes habilités n'est pas suffisamment précis ... | 35 |
| 3.2.4 | Le choix de l'organisme habilité est de la responsabilité de l'établissement..... | 37 |
| 4 | La mise en œuvre de la démarche par les ESSMS n'a pas été facilitée par l'échelon national..... | 39 |
| 4.1 | Une démarche lourde à mettre en œuvre mais adoptée par les établissements et services | 39 |
| 4.1.1 | Une partie des établissements et services était déjà engagée dans des démarches d'amélioration de la qualité..... | 39 |
| 4.1.2 | La mise en œuvre effective des évaluations interne et externe a permis de lever les réticences initiales | 40 |
| 4.1.3 | La démarche d'évaluation interne et externe constitue un levier de management pour les directeurs d'ESSMS | 41 |
| 4.1.4 | Les services ex-agrèés n'ont pas encore effectué un cycle complet d'évaluation..... | 42 |
| 4.2 | L'appui national aux ESSMS est resté limité | 43 |
| 4.2.1 | Le respect de l'autonomie des ESSMS a guidé le CNESMS puis l'ANESM pour fixer les orientations en matière de conduite des évaluations | 43 |
| 4.2.2 | Aucun référentiel d'évaluation interne n'a été proposé aux ESSMS au niveau national | 45 |
| 4.2.3 | Les ARS et les services déconcentrés de l'Etat ont été sollicités pour appuyer les ESSMS les plus en retard dans la démarche d'évaluation externe..... | 47 |
| 4.3 | Les autorités chargées de l'autorisation et de la tarification se sont impliquées dans l'accompagnement des ESSMS :..... | 47 |
| 4.3.1 | à travers un appui méthodologique..... | 47 |
| 4.3.2 | et des aides financières accordées ponctuellement par les autorités de tarification .. | 48 |
| 5 | L'exploitation des rapports d'évaluation constitue une charge lourde pour les autorités chargées de l'autorisation qui se sont organisées pour y faire face..... | 48 |
| 5.1 | Près de 25 000 ESSMS sont concernés par des échéances identiques..... | 48 |
| 5.2 | Les autorités chargées de l'autorisation se sont organisées pour faire face à un afflux de dossiers à exploiter..... | 49 |
| 5.2.1 | Elles se sont dotées de tableaux de suivi des évaluations et de grilles d'analyse des rapports d'évaluation externe..... | 49 |
| 5.2.2 | Les ARS et les conseils départementaux ont majoritairement adopté des procédures d'instruction partagées pour le renouvellement des autorisations conjointes..... | 52 |
| 5.3 | Malgré l'hétérogénéité des référentiels utilisés par les ESSMS et les évaluateurs externes, l'analyse des rapports d'évaluation externe est jugée globalement utile par les autorités de tarification..... | 52 |

| | | |
|-------|---|----|
| 6 | la démarche d'évaluation a un réel impact sur la qualité des prestations mais comporte des faiblesses..... | 53 |
| 6.1 | Le point de vue des acteurs est globalement positif..... | 53 |
| 6.1.1 | Des instruments de mesure imparfaits..... | 53 |
| 6.1.2 | Mais un impact reconnu de la démarche d'évaluation..... | 57 |
| 6.2 | Le dispositif comporte des faiblesses..... | 60 |
| 6.2.1 | Le lien quasi-automatique entre le rapport d'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation est contraignant..... | 60 |
| 6.2.2 | Le lien exclusif entre le rapport d'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation n'est pas pertinent..... | 63 |
| 6.2.3 | La procédure d'évaluation n'est pas un instrument de recomposition de l'offre..... | 63 |
| 6.2.4 | La démarche d'évaluation continue a inévitablement des conséquences financières | 64 |
| 6.2.5 | Le processus d'évaluation n'est pas adapté à toutes les structures..... | 64 |
| 7 | Des améliorations méritent d'être apportées à la démarche d'évaluation instaurée par la loi de 2002, en conservant le cadre du modèle existant..... | 65 |
| 7.1 | L'offre d'outils méthodologiques et d'instruments de mesure de la qualité devrait être étendue..... | 66 |
| 7.1.1 | L'ANESM devrait proposer des référentiels d'évaluation interne aux ESSMS..... | 66 |
| 7.1.2 | La reconnaissance de correspondance entre les référentiels de certification et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes mériterait d'être étendue..... | 67 |
| 7.1.3 | L'ANESM devrait développer, en lien avec l'ANAP, des indicateurs de mesure de la qualité de la prise en charge dans les ESSMS..... | 69 |
| 7.2 | La méthodologie et la qualité des évaluations externes doit être fiabilisée..... | 70 |
| 7.2.1 | La certification des évaluateurs externes permettrait de fiabiliser la méthodologie de l'évaluation..... | 70 |
| 7.2.2 | Préciser le cahier des charges du rapport d'évaluation externe..... | 71 |
| 7.3 | Inclure le processus d'évaluation dans une démarche globale de dialogue de gestion... 72 | |
| 7.3.1 | Permettre aux autorités d'accorder un renouvellement d'autorisation temporaire pour sortir du lien quasi-automatique entre l'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation..... | 72 |
| 7.3.2 | Mettre en cohérence les calendriers des démarches d'évaluation et de contractualisation..... | 73 |
| 7.3.3 | Le caractère exclusif du lien entre l'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation ne se justifie plus..... | 74 |
| 7.4 | Les EHPAD publics hospitaliers doivent rester soumis aux dispositions prévues par la loi de 2002..... | 75 |
| 7.5 | Quel est le coût complet de la démarche d'évaluation interne et externe ?..... | 76 |

| | |
|--|-----|
| RECOMMANDATIONS DE LA MISSION | 77 |
| LETTRE DE MISSION | 79 |
| LISTE DES PERSONNES RENCONTREES | 85 |
| ANNEXE 1 La procédure de certification des établissements de santé | 99 |
| ANNEXE 2 Composition du groupement d'intérêt public : « agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » | 103 |
| ANNEXE 3 Exploitation de l'enquête adressée aux ARS | 105 |
| ANNEXE 4 Exploitation de l'enquête adressée aux DRDJSCS | 135 |
| ANNEXE 5 Exploitation de l'enquête adressée aux directeurs d'ESSMS | 165 |
| ANNEXE 6 Exploitation de l'enquête adressée aux présidents de CVS | 191 |
| PIECE JOINTE n°1 Procédure d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles par l'ANESM | 207 |
| PIECE JOINTE n°2 Liste des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM | 211 |
| PIECE JOINTE n°3 récapitulatif des axes d'évaluation, des thèmes et des indicateurs de suivi recommandés par l'ANESM pour les EHPAD | 219 |
| SIGLES UTILISES | 223 |

RAPPORT

[13] Par lettre de mission du 27 juin 2016, le Premier ministre a confié au Chef de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) une mission d'évaluation de la politique de contrôle et d'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale à travers, notamment, le dispositif d'évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), dans le cadre de la modernisation de l'action publique (MAP).

[14] Catherine Hesse et Thierry Leconte ont été désignés le 12 septembre 2016 pour conduire cette mission, avec l'appui de Jean-Christophe Antonio, stagiaire à l'IGAS.

[15] La mission était accompagnée, sur le plan méthodologique, par Clément Lacouette-Fougère, au titre du secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP). Celui-ci a par ailleurs été sollicité pour administrer des enquêtes auprès de plusieurs catégories d'acteurs.

[16] La lettre de mission rappelle que la prise en charge des publics par les ESSMS « *constitue une priorité pour l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité* ». « *Parmi les leviers d'amélioration de la qualité de prestations et d'accompagnement en ESSMS, la mise en œuvre des évaluations interne et externe rendues obligatoires pour les ESSMS par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et conditionnant le renouvellement de leur autorisation, jouent un rôle déterminant* ». « *L'exercice d'évaluation des quelques 25 000 ESSMS étant désormais quasi-complet, il apparaît nécessaire d'évaluer ce dispositif* ».

[17] La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a amorcé une réforme profonde du secteur à plusieurs titres. Elle a considérablement élargi et unifié la définition des différents établissements et services sociaux et médico-sociaux qui sont très hétérogènes en termes de taille, de prestations, de publics accueillis. Ces services et établissements, mentionnés à l'article L. 312-1 du Code l'action sociale et des familles, ont en commun de répondre aux besoins des plus vulnérables et renforcent ainsi la cohésion sociale.

[18] La loi de 2002 innove par rapport à celle du 30 juin 1975 en mettant le droit des usagers au centre du dispositif et insiste aussi sur la qualité de vie et la santé des usagers, leur droit d'expression, la personnalisation de leur prise en charge, la garantie de leurs droits et la prévention. Elle introduit de nombreux outils comme le Conseil de la vie sociale (CVS) qui doit favoriser la participation et l'expression des personnes accueillies ainsi que celles de leur famille.

[19] Affirmant la nécessité d'une « *évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux* », la loi rend obligatoires les évaluations interne et externe. L'évaluation interne est, elle, réalisée par les établissements et services eux-mêmes, avec l'aide éventuelle de consultants extérieurs, selon des modalités souples. Les évaluations externes sont réalisées par des organismes habilités.

[20] Une agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a été créée afin d'accompagner les établissements dans leur démarche d'évaluation. Elle publie des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) et habilite les organismes évaluateurs.

[21] Conformément à la méthodologie élaborée par le SGMAP, le présent rapport a pour objet de dresser un diagnostic de la démarche d'évaluation interne et externe des ESSMS, puis de proposer les pistes d'amélioration identifiées par la mission.

[22] Après avoir présenté le dispositif instauré par la loi de 2002 ainsi que le périmètre de la mission et la méthode de travail utilisée, le rapport s'attache à examiner les outils nécessaires à la mise en œuvre de l'évaluation interne et de l'évaluation externe mis en place par l'ANESM, la mise en œuvre de la démarche par les ESSMS, l'exploitation des rapports d'évaluation par les autorités chargées de l'autorisation et de la tarification puis l'impact de la démarche sur la qualité des prestations. La dernière partie du rapport présente les pistes d'amélioration identifiées par la mission.

1 PRESENTATION DU DISPOSITIF INSTAURE PAR LA LOI DE 2002

1.1 L'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux

1.1.1 L'évaluation comme outil de rénovation de l'action sociale et médico-sociale

[23] Aux termes de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF), issu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 :

- procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent (évaluation interne) ;
- font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur (évaluation externe).

[24] Cette obligation, relative à l'organisation sociale et médico-sociale, contribue à la mise en œuvre des principes fondamentaux de la loi du 2 janvier 2002, parmi lesquels figurent les dispositions suivantes.

[25] Les articles L. 116-1 et L. 116-2 du CASF définissent les fondements de l'action sociale et médico-sociale en précisant, notamment, que « *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature.* ». Ainsi, « *L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire.* »

[26] Par ailleurs, ces évaluations internes et externes doivent prendre en compte les droits des usagers, et notamment les dispositions des articles L. 311-3, L. 311-7 et L. 311-8 du CASF qui précisent que « *L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux* ». Lui sont en particulier assurés « *Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement* », « *Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché* » et « *La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne* ».

[27] De même, « Dans chaque établissement et service social ou médico-social, il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service » et « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ».

1.1.2 Les objectifs et le champ des évaluations interne et externe

[28] La loi prévoit deux types d'évaluation, l'évaluation interne et l'évaluation externe, portant toutes les deux sur les activités et la qualité des prestations délivrées par les ESSMS. L'annexe 3-10 du CASF¹, fixant le contenu du cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes, précise que les champs des évaluations interne et externe doivent être les mêmes, afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service.

[29] Les évaluations internes et externes doivent être menées successivement afin d'apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

[30] Les évaluations internes sont réalisées par les établissements et services eux-mêmes, selon des modalités relativement souples, « au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou services », par l'ANESM (article L. 312-8 du CASF).

[31] Les évaluations externes sont réalisées par des organismes extérieurs. L'article L. 312-8 précise qu'un tel organisme extérieur « ne peut procéder à des évaluations que pour les catégories d'établissements et de services pour lesquels les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées » par l'ANESM.

[32] Ces évaluations externes sont réalisées selon le cahier des charges fixé par l'annexe 3-10 du CASF. Elles visent à la production de connaissance et d'analyse, dans le but de mieux connaître et comprendre les processus. Elles doivent tenir compte des résultats des démarches d'amélioration continue de la qualité que peuvent réaliser les établissements et services. Le cahier des charges précise que l'évaluation ne constitue ni un contrôle des normes en vigueur, ni une certification.

[33] Ainsi, « L'évaluation interroge la mise en œuvre d'une action, sa pertinence, les effets prévus et imprévus, son efficacité, en considération du contexte observé.

[34] Elle implique un diagnostic partagé, la construction d'un cadre de référence spécifique d'évaluation, le choix d'outils de mesure et d'appréciation adaptés. Elle repose sur la mobilisation des partenaires concernés aux différentes étapes de la démarche évaluative ». De même, elle « contribue à la coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les autorités publiques. »

[35] Par ailleurs, « L'évaluation s'appuie sur l'observation des pratiques sur le terrain, auprès de groupes d'acteurs interdépendants ; elle analyse des systèmes complexes intégrant l'interférence de nombreux facteurs, notamment les interactions entre bénéficiaires et institutions et des facteurs externes. »

¹ 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, modifié par décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

[36] Dans cette perspective, l'annexe 3-10 précise que l'évaluation externe doit comporter deux volets complémentaires :

- « Un volet relatif à l'effectivité des droits des usagers. L'évaluation porte au moins sur les conditions de participation et implication des personnes bénéficiaires des prises en charge ou accompagnements, les mesures nécessaires au respect du choix de vie, des relations affectives, de l'intimité, de la confidentialité et, s'il y a lieu, sur les dispositions prévues pour assurer la sécurité des personnes. »
- « Un volet plus particulièrement adapté à l'établissement ou au service considéré. A cette fin, l'analyse porte, au premier chef, sur les logiques d'action et les axes de travail. Cette analyse retient notamment : l'accompagnement au développement personnel, à l'autonomie, selon la personnalité, les limitations d'activités ou la situation de fragilité de chaque individu, la sensibilisation au risque d'isolement affectif et social, la prise en compte des interactions avec les proches et l'environnement, l'inscription des actions dans la continuité des choix de l'individu, le travail mené sur l'accès aux droits. »

[37] Les objectifs de l'évaluation externe, identifiés par l'annexe 3-10 consistent à :

- porter une appréciation globale ;
- examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne ;
- examiner certaines thématiques et des registres spécifiques (en lien par exemple avec la personnalisation des réponses aux attentes des usagers et à l'effectivité du projet d'établissement) ;
- élaborer des propositions et/ou préconisations.

[38] La loi 2002-2 résulte d'un compromis entre l'exécutif et le Parlement. Le projet de loi déposé devant l'Assemblée Nationale en juillet 2000 ne prévoyait qu'une évaluation interne effectuée « au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles » élaborées par un Conseil national et la durée de l'autorisation était limitée à dix ans.

[39] Une députée a fait observer que « les procédures d'évaluation sont insuffisantes et ne sont pas assurées par une instance dont l'indépendance soit absolument garantie »². Certains députés défendent alors la création d'une agence nationale, « organisme indépendant [chargé d'édicter les] règles de bonne conduite et de veiller à leur respect [...] sur le modèle des différentes agences d'accréditation »³.

[40] Afin de garantir l'indépendance du processus évaluatif, l'évaluation interne se voit donc adjoindre une évaluation externe. Par ailleurs, la durée de l'autorisation est fixée à quinze ans.

1.1.3 La portée juridique des évaluations

[41] Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée et transmettent les résultats à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Le rythme des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d'évaluation sont fixés par les articles D. 312-203 et D. 312-204 du CASF, introduits par le décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.

² Propos tenu à l'Assemblée Nationale par Roselyne Bachelot-Narquin, députée. Compte-rendu intégral : <http://www.assemblee-nationale.fr/11/cr-cafc/00-01/c0001024.asp>.

³ Intervention de Catherine Génisson, députée.

[42] Les évaluations internes « *reposent sur une démarche continue tracée chaque année dans le rapport d'activité des établissements et services concernés* ». « *Les résultats de ces évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation tous les cinq ans ou, pour les établissements et services ayant conclu un contrat pluriannuel, lors de la révision du contrat* ».

[43] Les établissements et services autorisés et ouverts avant la promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, communiquent les résultats d'au moins une évaluation interne au plus tard trois ans avant la date du renouvellement de leur autorisation⁴.

[44] Les établissements et services sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci et de les communiquer à l'autorité ayant délivré l'autorisation selon le calendrier fixé par l'article D. 312-205⁵. La première est effectuée au plus tard sept ans après la date de l'autorisation et la seconde au plus tard deux ans avant la date de son renouvellement.

[45] « *Le renouvellement, total ou partiel, de l'autorisation est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe* » (article L. 313-1 du CASF). « *L'autorisation est réputée renouvelée par tacite reconduction sauf si, au moins un an avant la date du renouvellement, l'autorité compétente, au vu de l'évaluation externe, enjoint à l'établissement ou au service de présenter dans un délai de six mois une demande de renouvellement* » (article L. 313-5 du CASF).

Le calendrier des évaluations

Les ESSMS autorisés et ouverts avant la date de publication de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 :

- devaient communiquer les résultats d'au moins une évaluation interne, au plus tard avant le 3 janvier 2014, conformément au premier alinéa de l'article D. 312-204 du CASF ;
- devaient avoir procédé au moins à une évaluation externe, au plus tard avant le 3 janvier 2015 conformément au cinquième alinéa de l'article L. 312-8 du CASF. Pour ces structures, le renouvellement de l'autorisation était fixé au 3 janvier 2017.

Les ESSMS autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 :

- communiquent les résultats d'au moins une évaluation interne, au plus tard 3 ans avant la date du renouvellement de leur autorisation ;
- procèdent au moins à une évaluation externe, au plus tard 2 ans avant la date du renouvellement de leur autorisation en application du cinquième alinéa de l'article L. 312-8 du CASF.

Pour les ESSMS ouverts après le 21 juillet 2009, c'est le régime de droit commun qui s'applique :

- ils doivent communiquer les résultats de l'évaluation interne tous les 5 ans, ou lors du renouvellement de leur contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens (CPOM), à l'autorité ayant délivré l'autorisation initiale. Pendant une période d'autorisation de 15 ans, les établissements et services doivent donc communiquer les résultats de 3 évaluations internes ;

⁴ Au plus tard cinq ans après la date de renouvellement pour les établissements et services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire et au plus tard deux ans après la date de renouvellement de leur autorisation pour ceux qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées " lits halte soins santé ", les structures dénommées " lits d'accueil médicalisés " et les appartements de coordination thérapeutique.

⁵ Introduits par le décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.

- les ESSMS doivent procéder à 2 évaluations externes au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et 2 ans avant la date du renouvellement. Tout CPOM peut préciser le calendrier de réalisation des évaluations externes dans le respect de la réglementation applicable. En cas de stipulations spécifiques du CPOM, celles-ci ne pourront faire obstacle aux règles de délais précédemment rappelées (article D. 312-205 du CASF).

1.2 Les organismes habilités à procéder à une évaluation externe :

[46] C'est l'ESSMS qui sélectionne l'organisme qui réalisera son évaluation externe, parmi ceux qui ont été habilités par l'ANESM.

[47] La procédure d'habilitation des organismes extérieurs pouvant procéder à l'évaluation des ESSMS est prévue par l'article L. 312-8 du CASF, précisé par les décrets du 15 mai 2007 et du 30 janvier 2012 et la circulaire de la DGCS du 21 octobre 2011. Ces textes fixent deux conditions à la procédure d'habilitation : respecter un cahier des charges et figurer sur une liste établie par l'ANESM.

1.2.1 doivent respecter le cahier des charges figurant en annexe 3-10 du CASF

[48] L'annexe 3-10 du CASF fixant le contenu du cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes précise les obligations qui en découlent pour l'organisme habilité et pour le gestionnaire de l'établissement ou du service.

[49] La procédure d'évaluation externe se déroule en trois étapes au cours desquelles l'ESSMS concerné est impliqué :

- la formalisation du projet évaluatif qui comprend :
 - la construction d'un « *cadre de référence* » à partir, d'une part, des orientations définies par l'autorité compétente (celle qui accorde l'autorisation) et des bonnes pratiques élaborées par l'ANESM et, d'autre part, des objectifs de l'ESSMS dans le cadre de la mission qui lui est confiée. Ce cadrage doit être approuvé par le commanditaire de l'évaluation ;
 - l'élaboration d'un « *questionnement évaluatif* », listant les points sensibles permettant à l'ESSMS de répondre aux objectifs de l'évaluation. Il est élaboré par l'ESSMS, assisté par l'évaluateur.

Cette phase s'appuie sur une observation des actions et interventions collectives, des entretiens individuels ou collectifs, et l'examen des informations disponibles. Les informations collectées auprès de personnes (personnel, usagers, tiers) sont validées par celles-ci. Il est bien précisé qu'il ne s'agit pas d'évaluer des pratiques individuelles.

- La phase d'étude et d'analyse consiste à mettre en forme les informations collectées pour répondre aux questionnements identifiés dans la phase précédente, évaluer la réalisation des objectifs initiaux du projet d'établissement ou du service et la prise en compte des procédures, références et bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.
- La phase de synthèse a pour but de rapprocher les observations réalisées par l'évaluateur et la qualité de la réponse apportée aux besoins de l'utilisateur et à la mission confiée. Cette synthèse fait apparaître les points forts de l'ESSMS et ceux nécessitant des adaptations quand sont constatés des écarts entre les intentions inscrites dans le projet d'établissement ou de service et les constats établis par l'évaluateur. L'évaluateur formule donc des préconisations pour améliorer la pertinence des actions. Elles doivent être établies selon un modèle fixé par l'ANESM.

[50] Le livrable à produire par l'évaluateur est remis au gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social sous la forme d'un rapport d'évaluation. Il se compose de deux documents :

- Le pré-rapport est remis au gestionnaire et au responsable de l'établissement ou du service. Ils peuvent éventuellement y apporter des observations. Le pré rapport est consultable par toutes les personnes ayant contribué à sa réalisation.
- Le rapport d'évaluation doit refléter les différentes étapes de son élaboration. Il est destiné au gestionnaire et à l'autorité ayant délivré l'autorisation. « *Il doit répondre à des exigences de qualité en termes de pertinence, de fiabilité, d'objectivité et de transparence* ». Outre une présentation des résultats de l'analyse détaillée, le rapport comporte une synthèse et un abrégé du rapport, établis selon un modèle fixé par l'ANESM.

1.2.2 doivent figurer sur la liste des organismes habilités établie par l'ANESM

[51] La liste des organismes habilités (OH) par l'ANESM est publiée au bulletin officiel du ministère chargé de l'action sociale et consultable sur le site internet de l'agence.

[52] Les critères de qualification et de compétences des évaluateurs sont énumérés par l'annexe 3-10 du CASF⁶ :

- « *une expérience professionnelle dans le champ social ou médico-social* » ;
- « *une formation aux méthodes évaluatives s'appuyant sur celles existant en matière d'évaluation des politiques publiques et comportant une méthodologie d'analyse pluridimensionnelle, globale, utilisant différents supports* » ;
- « *des connaissances actualisées et spécifiques dans le domaine de l'action sociale, portant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées, sur les orientations générales des politiques de l'action sociale et sur les dispositifs* ».

[53] Plusieurs dispositions de l'article D. 312-199 et de l'annexe 3-10 visent à prévenir les conflits d'intérêt. Ainsi :

- « *la sélection de l'organisme habilité est réalisée dans le cadre habituel des procédures de mise en concurrence, et pour les établissements publics dans le respect des règles du code des marchés publics* » ;
- « *ni l'organisme habilité ni l'un des professionnels intervenant pour le compte d'un organisme habilité ne peut, à l'exception des opérations de facturation qui sont la contrepartie de la prestation d'évaluation, détenir au moment de l'évaluation, ou avoir détenu, au cours de l'année précédente, d'intérêt financier direct ou indirect dans l'organisme gestionnaire de l'établissement ou du service concerné* » ;
- « *ni l'organisme habilité ni l'un des professionnels intervenant pour le compte d'un organisme habilité ne peut procéder à l'évaluation externe d'un établissement ou d'un service qu'il a directement ou indirectement conseillé ou assisté, au cours des trois dernières années, pour la mise en œuvre de ses obligations au titre de l'évaluation interne* » ;

⁶ A noter qu' « *il appartient à l'ESSMS de s'assurer que l'organisme de son choix propose bien les qualifications et compétences déterminées par l'annexe 3-10 du CASF* ».

- d'autre part, « *si la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social assume la responsabilité de la signature du contrat avec l'organisme habilité, le responsable de l'établissement ou du service à évaluer peut être associé à la phase d'établissement du contrat, aux fins d'adapter précisément le contenu du contrat* ».

1.2.3 Le contrôle des organismes habilités par l'ANESM

[54] L'ANESM doit exercer un contrôle *a posteriori* sur les OH par deux moyens prévus à l'article D. 312-202 du CASF :

- Le suivi des mandats d'évaluation externe : à la fin de chaque semestre, l'ANESM est destinataire, par voie électronique, d'un rapport d'activité pour toutes les missions terminées ou en cours : les OH doivent adresser à l'ANESM, selon les formes et périodicité quelle détermine, « *un rapport d'activité qui permet, notamment d'examiner le respect du cahier des charges mentionné à l'article D. 312-198 et des critères d'habilitation* » ;
- Le suivi des OH : en cas de « *différends ou manquements survenus en matière de méthodologie d'évaluation et de production des résultats* », l'ANESM sera informée par le gestionnaire de l'ESSMS ou par l'autorité ayant délivré l'autorisation. Une sanction pourra être prise par l'ANESM.

[55] La circulaire du 21 octobre 2011 précise que, dans ces circonstances, l'ANESM sera informée par le gestionnaire de l'ESSMS mais également par les acteurs de l'évaluation (par exemple, le conseil de la vie sociale), le conseil départemental et l'ARS. Une sanction pourra être prise par l'ANESM.

[56] L'ANESM dispose ainsi d'un véritable pouvoir de sanction sur les OH puisqu'elle peut suspendre ou retirer leur habilitation dans différentes circonstances :

- le non-respect des règles déontologiques fixées par le cahier des charges ainsi que l'existence d'un conflit d'intérêt avéré peuvent entraîner le retrait de la liste des organismes habilités par l'ANESM ;
- si l'évaluation ne se déroule pas de manière satisfaisante, et quand elle en est informée, l'ANESM peut décider de la suspension ou du retrait d'habilitation ;
- si le rapport d'activité de l'OH lui est transmis avec retard, une décision de suspension de son habilitation est notifiée à l'OH. Celui-ci dispose alors d'un mois pour satisfaire à son obligation. L'absence de régularisation ouvre la possibilité d'une suspension ou d'un retrait de l'habilitation.

1.3 Dispositions relatives à l'ANESM

[57] La loi du 2 janvier 2002 a prévu la création du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS) dont les missions et les modalités de fonctionnement ont été fixées par le décret du 26 novembre 2003⁷. Ce conseil, dont les membres ont été nommés par arrêté du 26 novembre 2004, a été installé le 15 avril 2005.

[58] Il était composé « *de représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale, des usagers, des institutions sociales et médico-sociales, des personnels et de personnalités qualifiées, dont un représentant du Conseil national représentatif des personnes âgées,*

⁷ Décret n° 2003-1134 du 26 novembre 2003 relatif au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

du Conseil national consultatif des personnes handicapées et du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. »⁸

[59] Le CNESMS avait pour mission de promouvoir dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux le développement de l'évaluation interne et de l'évaluation externe.

[60] Il était notamment chargé de valider, ou d'élaborer, et de diffuser « *les outils et instruments formalisant les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles applicables aux différentes catégories d'établissements et de services énumérés aux I et III de l'article L. 312-1* » du CASF. Il était par ailleurs chargé de « *donner un avis sur les organismes habilités à pratiquer l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 312-8* » du CASF.

[61] Le CNESMS a été remplacé par l'ANESM, groupement d'intérêt public (GIP) dont la convention constitutive a été approuvée par arrêté du 13 avril 2007. Ce GIP a notamment pour objet « *de valider ou, en cas de carence, d'élaborer des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, selon les catégories d'établissements ou de services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, en vue de l'évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations délivrées par ces derniers.*

[62] *Il habilite par ailleurs les organismes extérieurs qui procèdent à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements susvisés et en dresse la liste.* »

[63] A sa création⁹, l'ANESM était administrée par un conseil d'administration¹⁰ remplacé, depuis un arrêté du 11 décembre 2013¹¹, par une Assemblée générale sans que les missions confiées à l'instance soient modifiées. L'assemblée générale se réunit au moins deux fois par an pour délibérer sur les orientations stratégiques et le programme d'activité de l'Agence, et veiller à leur bonne mise en œuvre.

[64] Pour l'exercice de ses missions, notamment pour ses projets de validation ou d'élaboration des outils de l'évaluation, et d'élaboration du programme pluriannuel d'activité, « *le groupement s'appuie sur un comité d'orientation stratégique (COS) qui peut :*

- *participer directement aux travaux du groupement sur sollicitation de son directeur ;*
- *être consulté sur les projets.*

[65] *Le comité ou la section concernée, est consulté sur l'élaboration du programme annuel d'activité de l'Agence, sur la composition des groupes de travail constitués pour la validation ou l'élaboration des référentiels et recommandations et sur les projets de recommandations élaborés en application de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles* »¹².

[66] « *Le conseil scientifique (CS) est une instance d'expertise, de conseil et de proposition. Il assiste l'assemblée générale et le directeur. Il veille à la cohérence, à l'indépendance et à la qualité de la politique scientifique du groupement.*

[67] *A ce titre, il émet un avis préalable sur les décisions projetées par le groupement, qui concourent à la réalisation directe de son objet conformément aux dispositions de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.*

⁸ Article 22 de la loi du 2 janvier 2002.

⁹ Créée par la loi n° 2006-1640 de financement de la sécurité sociale pour 2007 du 21 décembre 2006.

¹⁰ L'arrêté du 30 décembre 2009 portant approbation de l'avenant n° 1 modifiant la convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé « Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux » précise que « Le groupement est administré par un conseil d'administration. Il n'est pas constitué d'assemblée générale. Le conseil d'administration en tient lieu et place et en a toutes les compétences. »

¹¹ Arrêté du 11 décembre 2013 portant approbation de l'avenant n° 3 modifiant la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ».

¹² Article 24 de la convention constitutive du GIP ANESM.

[68] *Il apporte un avis d'ordre méthodologique et technique sur les orientations du projet de programme annuel d'activité et sur le projet de rapport annuel d'activité du groupement et, dans ce cadre, il émet toute suggestion utile sur la qualité scientifique des travaux projetés ou menés.*

[69] *Il donne un avis sur les conditions et modalités de l'habilitation des organismes extérieurs chargés de l'évaluation externe ; il se prononce sur les conditions et modalités de radiation de la liste des organismes habilités et inscrits »¹³.*

1.4 Dispositions relatives à la reconnaissance de correspondance partielle entre le référentiel de certification et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes

[70] Certaines démarches proches de l'évaluation externe peuvent être considérées comme équivalentes dès lors qu'elles ont le même objet et respectent les mêmes exigences. Un décret (n°2012-147) du 30 janvier 2012 prévoit les conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe par l'ANESM : « *sont prises en compte les certifications [...] réalisées par un des organismes mentionnées à l'article L. 115-8 du code de la consommation conformément à un référentiel de certification en application de l'article L. 115-27 du même code* ».

La normalisation et la certification

Le décret n° 2009-697 du 16 juin 2009 relatif à la normalisation définit la normalisation comme « *une activité d'intérêt général qui a pour objet de fournir des documents de référence élaborés de manière consensuelle par toutes les parties intéressées, portant sur des règles, des caractéristiques, des recommandations ou des exemples de bonnes pratiques, relatives à des produits, à des services, à des méthodes, à des processus ou à des organisations.*

Elle vise à encourager le développement économique et l'innovation tout en prenant en compte des objectifs de développement durable.

La normalisation et sa promotion sont assurées par l'Association française de normalisation et les organismes agréés par le ministre chargé de l'industrie comme bureaux de normalisation sectoriels afin d'organiser ou de participer à l'élaboration de normes françaises, européennes ou internationales.

L'Association française de normalisation oriente et coordonne l'élaboration des normes nationales et la participation à l'élaboration des normes européennes et internationales.

L'Association française de normalisation assure :

1° La programmation des travaux de normalisation laquelle vise :

a) A identifier, sur la base des besoins recensés auprès des partenaires économiques et sociaux et des contributions des bureaux de normalisation, les normes à élaborer en France ou au sein des organisations non gouvernementales de normalisation européennes et internationales ;

b) A sélectionner les travaux d'élaboration de normes européens et internationaux justifiant une participation française ;

c) A réaliser des études d'impact économique ;

2° L'organisation des enquêtes publiques sur les projets de normes élaborés par les bureaux de normalisation en application de l'article 15 ;

3° L'homologation et la publication des normes. »

¹³ Article 22 de la convention constitutive du GIP ANESM.

[71] La certification est une procédure par laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service dûment identifié est conforme aux exigences spécifiées dans un référentiel quel qu'il soit (charte, document privé, ...). Le référentiel peut reprendre tout ou partie de normes. L'impartialité et la compétence d'un organisme certificateur peuvent être établies par un document délivré à cet effet par une instance d'accréditation. Le décret n°2008-1401 du 19 décembre 2008 précise que la certification volontaire de produits et de services ne peut être réalisée que par des organismes accrédités.

La certification de service¹⁴

La certification, c'est l'attestation qu'un service est conforme aux exigences fixées dans un référentiel « métier », élaboré par un organisme certificateur et des professionnels du secteur et validé par les pouvoirs publics et les consommateurs.

La certification est une démarche volontaire qui garantit au client un niveau de qualité.

Elle est délivrée à un organisme après l'audit de la qualité de ses prestations et de son organisation interne par une tierce partie. Elle est attribuée pour une durée limitée et fait l'objet d'un audit de suivi annuel par l'organisme certificateur.

Trois certifications de service sont reconnues :

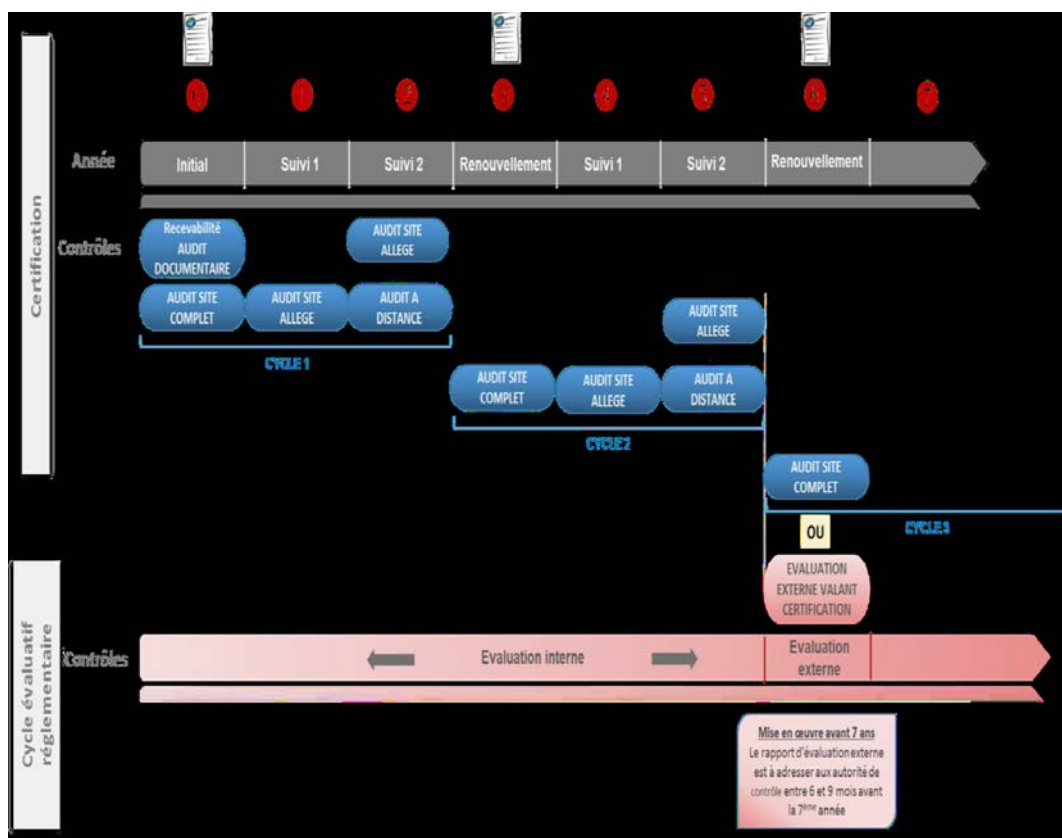
- NF Service, « services aux personnes à domicile » délivrée par AFNOR certification ;
- Qualicert « services aux particuliers » délivrée par SGS-ICS ;
- Qualisap « qualité de service des organismes exerçant des activités de services à la personne soumis à agrément et à déclaration » délivrée par Bureau Veritas certification.

[72] Il est prévu un tableau de correspondance entre chaque référentiel de certification et l'annexe 3-10 du CASF, pris par arrêté du ministre chargé des affaires sociales après avis de l'ANESM. La prise en compte de la certification « *ne dispense pas l'établissement ou le service de l'obligation de faire procéder à l'évaluation externe prévue à l'article L. 312-8* ».

[73] A titre d'exemple, le schéma ci-dessous présente le calendrier d'un processus de certification NF Service et du cycle évaluatif.

¹⁴ Sources : Ministère de l'économie et des finances - Direction générale des entreprises.

Schéma 1 : Processus de certification NF Service prenant en compte le cycle évaluatif réglementaire



Source : AFNOR Certification – services et qualité de vie dans les accueils et habitats pour seniors – référentiel de certification – version 5 - 2016 - Christelle Badet version du 21 avril 2017

1.5 Dispositions relatives aux services intervenant au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie

[74] La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015¹⁵ (dite loi « ASV »), a supprimé au 1^{er} janvier 2016 le droit d'option des services d'aide à domicile entre l'autorisation, délivrée par le Conseil départemental, qui permettait à la structure d'être régie par la loi du 2 janvier 2002 et l'agrément délivré, depuis la loi dite Borloo de 2005¹⁶, par l'Etat.

[75] L'article 47 de la loi ASV, en supprimant, au bénéfice du régime de l'autorisation, la dualité des régimes juridiques existant jusqu'alors pour les services prestataires, prévoit une bascule automatique permettant aux services agréés d'être réputés autorisés. Ces services devront, à la date à laquelle leur agrément aura pris fin, faire procéder à une évaluation externe. Cette échéance ne pouvant intervenir dans les deux ans suivant la date de promulgation de la loi, l'évaluation devra être réalisée en 2018 pour les services dont l'agrément arrive à échéance en 2016 ou 2017.

[76] Dans le cadre de l'agrément, les services devaient procéder à une évaluation externe tous les cinq ans pour obtenir le renouvellement de leur agrément mais la certification par des organismes accrédités dispensait de l'évaluation externe et permettait le renouvellement automatique de l'agrément ; or aujourd'hui, cette équivalence totale n'existe pas dans le régime de

¹⁵ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

¹⁶ Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

l'autorisation. Par conséquent, les fédérations de services à la personne rencontrées par la mission constatent un problème de mobilisation de leurs adhérents sur les démarches de qualité, de nombreux ex-agrésés ayant suspendu leur certification car il ne leur est pas possible de maintenir certification et évaluation externe, tant en raison du coût que de la charge de travail pour la mobilisation de leurs équipes.

[77] Par ailleurs, les services autorisés doivent aussi respecter le cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) figurant en annexe 3-0 du CASF¹⁷, qui reprend les principales dispositions du cahier des charges de l'agrément. Ils doivent de surcroît adhérer à la Charte nationale qualité des services à la personne.

La Charte nationale qualité¹⁸

Cette charte est un outil qui a vocation à accompagner les organismes dans leur démarche visant à améliorer la qualité de leur organisation et de leurs prestations.

Il est mis gratuitement à disposition des organismes de services à la personne par le ministère de l'économie et des finances.

Si l'adhésion à la Charte nationale qualité est volontaire pour les organismes déclarés et agréés, elle est en revanche obligatoire pour les organismes autorisés depuis le 1^{er} juillet 2016, en application du décret du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

L'adhésion à la Charte nationale qualité est effective après une auto-évaluation et la définition d'un plan d'action. Cette adhésion doit être renouvelée annuellement et marque ainsi l'engagement dans la démarche d'amélioration continue du service.

Elle engage les organismes à respecter six principes :

- Répondre de manière rapide et adaptée à chaque demande
- Fournir des informations complètes et fiables tout au long de la prestation
- Adapter l'intervention à l'évolution des besoins des clients
- Mettre au service des clients des intervenants compétents et professionnels
- Respecter la vie privée et l'intimité des clients
- Faire évoluer les pratiques pour améliorer la satisfaction des clients.

Des outils sont gratuitement mis à disposition des organismes adhérents tels que le questionnaire d'auto-évaluation, une bibliothèque comportant des fiches pratiques, des propositions pour construire un plan d'action, un kit de communication.

[78] Cette accumulation de conditions à remplir est en passe d'être partiellement allégée pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile par le décret n°2017-705 du 2 mai 2017¹⁹. Celui-ci modifie l'annexe 3-0 en disposant que « *Par dérogation au point 5.4.2, l'adhésion à la charte nationale qualité est acquise lorsque les établissements ont fait procéder à une certification volontaire par des organismes mentionnés à l'article L. 433-4 du code de la consommation. Cette certification doit être fondée sur un référentiel ayant fait l'objet d'un arrêté de reconnaissance d'équivalence avec les annexes 3-0 et 3-10 du code de l'action sociale et des familles.* »

¹⁷ Décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le code de l'action sociale et des familles.

¹⁸ Sources : Ministère de l'économie et des finances - Direction générale des entreprises.

¹⁹ Décret n°2017-705 du 2 mai 2017 relatif aux évaluations des activités et de la qualité des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant du 6°, 7° ou 16° du I de l'article L. 312-1 du CASF.

[79] Par ailleurs, il prévoit que « *lorsque le référentiel de certification d'un organisme mentionné à l'article L. 115-28 du code de la consommation respecte l'ensemble des conditions du cahier des charges mentionné à l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles, la certification qui en découle vaut évaluation externe.* »

[80] Dans ce contexte, la mission signale que la convention de partenariat²⁰ signée le 27 mai 2017 entre la CNSA et le SYNERPA Domicile prévoit, dans son axe 4 « démarche qualité : de l'évaluation interne à la certification de service », d'accompagner les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) à l'obtention d'une certification de service en participant à hauteur de 50 % du coût global des actions, soit 243 750 euros au total sur 5 ans.

[81] Les services ex-agrérés n'ayant pas encore effectué un cycle complet d'évaluation, il est trop tôt pour évaluer l'impact du régime de l'autorisation et de la démarche d'évaluation sur ces services (cf. infra 4.1.4.).

2 PERIMETRE DE LA MISSION ET METHODE DE TRAVAIL

2.1 Périmètre de la mission

[82] La mission porte sur la mise en œuvre et l'exploitation des évaluations interne et externe, principal levier d'amélioration de la qualité rendu obligatoire par l'article 22 de la loi du 2 janvier 2002.

[83] Elle ne porte donc pas sur le contrôle et l'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale en général, ni sur l'ANESM en tant que structure, ces évaluations mériteraient à elles seules des missions distinctes.

[84] Son périmètre est centré sur les établissements et services pour lesquels la présence d'autres inspections générales au sein de la mission n'est pas nécessaire, ce qui exclut les établissements placés sous le pilotage de la protection judiciaire de la jeunesse ainsi que les centres d'accueil pour demandeurs d'asile.

[85] En revanche les établissements sous double tarification (Etat et conseils départementaux) sont inclus dans le périmètre.

2.2 Méthode de travail

2.2.1 La gouvernance de la mission d'évaluation

[86] Selon les termes de la lettre de mission, et conformément à la méthodologie élaborée par le SGMAP, la maîtrise d'ouvrage est assurée par la Ministre des affaires sociales et de la santé, représentée par le Directeur général de la cohésion sociale.

[87] La maîtrise d'œuvre est assurée par les membres de l'IGAS désignés pour effectuer cette mission.

[88] Le comité d'évaluation (CodEv) est présidé par le Directeur général de la cohésion sociale.

²⁰ Convention au titre de la section IV du budget de la CNSA pour la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile du SYNERPA 2017-2021, signée le 23 mai 2017

2.2.2 Échanges avec les parties prenantes

[89] Pour mener à bien ses travaux, la mission a procédé à des échanges avec les parties prenantes et leurs représentants, à savoir les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la loi et ceux concernés par sa mise en œuvre.

- La mission a rencontré les acteurs de niveau national :
 - la DGCS ;
 - le Secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS) avant de solliciter les ARS et les DRDJSCS ;
 - l'Assemblée des départements de France (ADF) ;
 - la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
 - l'ANESM ;
 - des fédérations d'associations regroupant des établissements concernés par les évaluations ;
 - des associations d'usagers des ESSMS ou de leurs représentants dans les différents secteurs concernés ;
 - des évaluateurs.
- A titre de comparaison avec d'autres méthodologies employées (accréditation, certification), elle a rencontré la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Haute autorité de santé (HAS) et un organisme de certification (AFNOR).
- Elle a effectué quatre visites de terrain en Ile de France, dans les Hauts de France, dans les Pays de la Loire et en Nouvelle Aquitaine pour rencontrer les acteurs locaux :
 - ARS,
 - Conseil départemental,
 - Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS),
 - Gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.

2.2.3 Elaboration et exploitation de questionnaires

[90] La mission a élaboré des questionnaires et sollicité le concours du SGMAS pour administrer ces enquêtes, diffusées sous forme de lien hypertexte auprès de certaines catégories d'acteurs :

- un questionnaire portant sur la mise en œuvre du dispositif, l'exploitation des rapports d'évaluation externe, l'intervention des organismes habilités et la qualité des prestations délivrées par les ESSMS a été adressé par le SGMAS à l'ensemble des ARS et DRDJSCS ;
- un questionnaire portant sur les mêmes thématiques a été adressé à l'ADF pour envoi aux conseils départementaux. Le faible taux de retour ne permet pas de présenter un bilan de ce questionnaire ;
- un questionnaire portant sur la mise en œuvre du dispositif a été adressé aux directeurs d'ESSMS par l'intermédiaire de plusieurs fédérations (FHF, FEHAP, SYNERPA, NEXEM, ADMR et ADESSADOMICILE). Les réponses au questionnaire adressé aux directeurs d'ESSMS ne prétendent pas être représentatives mais viennent compléter les propos recueillis par la mission lors de ses entretiens ;

- par ailleurs, un questionnaire destiné aux présidents de conseils de la vie sociale (CVS) a été diffusé par l'intermédiaire des directeurs d'ESSMS. Les réponses au questionnaire adressé aux présidents de CVS ne prétendent pas être représentatives.

[91] Les synthèses des résultats de ces enquêtes figurent en annexes.

3 DES OUTILS ONT ETE MIS EN PLACE PAR L'ANESM POUR LA MISE EN ŒUVRE DES EVALUATIONS

3.1 L'ANESM a publié de nombreuses recommandations de bonnes pratiques professionnelles

[92] Conformément aux dispositions de l'article L. 312-8 du CASF, la convention constitutive de l'ANESM lui confie la mission de « valider ou, en cas de carence, d'élaborer des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, selon les catégories d'établissements ou de services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, en vue de l'évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations délivrées par ces derniers ». L'agence s'est emparée de cette mission à travers l'élaboration et la diffusion de recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP). Cette tâche absorbe actuellement l'essentiel de ses forces : 80 % des 30 ETP de l'agence s'y consacrent.

3.1.1 Les recommandations de bonnes pratiques : du sanitaire au médico-social

3.1.1.1 Une démarche sanitaire à l'origine

[93] Les recommandations de bonnes pratiques (RBP) ont été élaborées d'abord pour la pratique médicale, selon la méthodologie de la médecine fondée sur les preuves (*evidence based medicine*). Celle-ci « consiste à fonder les décisions cliniques sur les connaissances théoriques et sur les preuves scientifiques, tout en tenant compte des préférences des patients »²¹. Elles se sont ensuite appliquées dans l'ensemble des champs d'action des professionnels de l'intervention sur autrui : le paramédical, la santé publique et l'intervention sociale et médico-sociale.

[94] En France, la Haute autorité de santé (HAS) est chargée de produire et de diffuser des RBP à destination des médecins, des professionnels paramédicaux et également des patients. Sur son site, la HAS les définit comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». L'objectif affiché est « d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins... Elles s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins »²².

[95] Les premières RBP publiées par la HAS datent de 2005 ; elles sont désormais au nombre de 154. La HAS peut coproduire certaines RBP avec l'ANESM, ainsi pour la rédaction d'une RBP sur l'autisme et les troubles envahissants du développement.

²¹ <http://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/medecine-formation-ebm-tutoriel-biusante.pdf>.

²² Haute autorité de santé (en ligne) [<http://www.has-santé.fr>].

[96] Les RBP concourent nécessairement à une normalisation des pratiques médicales et peuvent à ce titre faire l'objet de critiques²³. Toutefois elles sont désormais largement admises par les médecins comme « *une aide à la décision et un outil pour accroître leur légitimité vis-à-vis de l'extérieur* »²⁴. En outre les RBP « *sont peu précises ; en conséquence, les médecins peuvent les adapter, se les approprier et apprendre éventuellement à y voir des avantages qu'ils n'avaient pas perçus au premier abord. Cette possibilité de mise en forme locale des règles et les mécanismes d'apprentissage qu'elles autorisent sont, pour les auteurs, une des raisons fondamentales qui expliquent que les médecins les acceptent* »²⁵.

3.1.1.2 Un standard international d'élaboration

[97] Une démarche rigoureuse et explicite est exigée pour élaborer des RBP valides et crédibles. La rigueur méthodologique et la transparence du processus sont évaluées à partir de critères internationaux. La HAS publie régulièrement sa méthodologie d'élaboration des recommandations de bonne pratique. La dernière version du guide méthodologique expose les points à retenir pour cette élaboration²⁶.

[98] Une étape préalable à l'élaboration de toute RBP, est l'étape du cadrage conduisant à l'élaboration de la note de cadrage. Cette étape permet entre autre de délimiter le thème et de choisir la méthode d'élaboration de la recommandation.

[99] Deux méthodes sont utilisées par la HAS²⁷ pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Le choix entre ces deux méthodes est défini au cours de la phase de cadrage et indiqué au début de la recommandation :

- la méthode « *Recommandations pour la pratique clinique* » (RPC), qui repose d'une part sur la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP, d'autre part sur la transparence, avec mise à disposition de l'analyse critique de la littérature, des avis du groupe de travail, et des cotations et commentaires du groupe de lecture ou des parties prenantes ;
- la méthode par « *consensus formalisé* », qui doit être discutée si au moins 2 des conditions suivantes sont réunies : absence ou insuffisance de littérature de fort niveau de preuve répondant spécifiquement aux questions posées ; possibilité de décliner le thème en situations cliniques facilement identifiables (listes d'indications, de critères, etc.) ; controverse avec nécessité d'identifier par un groupe indépendant et de sélectionner parmi plusieurs alternatives les situations dans lesquelles une pratique est jugée appropriée.

3.1.2 Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

[100] L'ANESM a produit ses premières recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) en avril 2008. Elles sont maintenant au nombre de 57. L'ANESM présente les RBP comme « *des repères, des orientations, des pistes pour l'action destinées à permettre aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques pour améliorer la qualité des prestations rendues aux usagers et de mettre en œuvre la démarche d'évaluation interne* »²⁸. Elles ne sont donc pas normatives.

²³ Voir par exemple : <https://www.cairn.info/revue-gouvernement-et-action-publique-2012-3.htm>.

²⁴ Sociologie du travail, juillet-septembre 2002, volume 44, « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. When standards become a resource for doctors: the case of oncology. » Patrick Castel, Yanne Merle.

²⁵ Cf. par exemple pour l'oncologie, *ibid.*

²⁶ Il est issu d'une réflexion conduite avec la Fédération des spécialités médicales et le Collège de la médecine générale. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-d-elaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique.

²⁷ Selon le site internet de la HAS

²⁸ Rapport d'activité 2015 de l'ANESM.

[101] L'ANESM publie également depuis fin 2014 des « *fiches repères* », concises, en accompagnement de chaque recommandation pour la rendre plus opérationnelle. Cette fiche, qualifiée d'« *outil* » par l'agence, liste les éléments-clés d'une prise en charge qui nécessitent une vigilance particulière. Ainsi, par exemple, la RBPP « *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Domicile* » est accompagnée de sept fiches-repères qui abordent les principaux thèmes du repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation²⁹. D'autres fiches-repères rassemblent les éléments disponibles et guident les professionnels lorsqu'un sujet ne nécessite pas de recommandations. Ce sont souvent des sujets sur lesquels beaucoup a été produit. A titre d'exemple, une fiche est en cours sur "*l'HACCP³⁰, le domaine du possible pour la qualité de vie*".

[102] D'autres documents d'appui sont également disponibles, tels les guides (ainsi le guide de l'évaluation interne pour les ESSMS dès 2006, le guide d'aide à la contractualisation en 2014), et les enquêtes (enquête nationale sur l'évaluation interne, enquêtes bientraitance).

3.1.2.1 Un rôle central dans la procédure d'évaluation

[103] Les RBPP constituent, selon la loi, un des outils de l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées³¹. Elles vont guider tant les évaluations internes que les évaluations externes qui vont s'enchaîner ensuite sur 15 ans selon un calendrier précis : « *La 1ère évaluation externe, intervenant au plus tard 7 ans après la date d'autorisation, examinera les suites réservées aux résultats issus de la 1ère évaluation interne et sera suivie de la seconde évaluation interne. La seconde évaluation externe, intervenant au plus tard 2 ans avant le renouvellement de l'autorisation, appréciera la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations et des activités, à travers notamment les suites réservées aux évaluations internes, dans la continuité de la 1ère évaluation externe* »³².

[104] Les ESSMS commencent donc par effectuer leur évaluation interne puisque celle-ci conditionne la suite de la procédure. En effet l'annexe 3-10 du CASF³³ fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des ESSMS fixe comme un des objectifs de l'évaluation externe d'« *examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne : modalités de sa réalisation, mise en œuvre des mesures prévues...* »³⁴. La circulaire du 21 octobre 2011³⁵ le rappelle : « *L'attention de tous les acteurs est attirée sur la nécessité d'être particulièrement soucieux de la qualité de l'évaluation interne car celle-ci précède l'évaluation externe et en conditionne le bon déroulement* ».

²⁹ Fiche 1. Mauvaise nutrition, dénutrition et déshydratation, Fiche 2. Chutes, Fiche 3. Risques liés à la prise des médicaments, Fiche 4. Souffrance physique, Fiche 5. Souffrance psychique, Fiche 6. Troubles du comportement et troubles cognitifs, Fiche 7. Risque sur la santé des aidants.

³⁰ Le système d'analyse des dangers - points critiques pour leur maîtrise, en abrégé système HACCP (*Hazard Analysis Critical Control Point*) est une méthode de maîtrise de la sécurité sanitaire des denrées alimentaires applicable aux collectivités.

³¹ Art L. 312-8 du CASF : « Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ».

³² Circulaire DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

³³ 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.

³⁴ Chapitre II : objectifs de l'évaluation externe.

³⁵ Circulaire précitée.

[105] De même l'annexe 3-10 du CASF, modifiée en 2012, fixe comme objectif à l'évaluation externe d'examiner certaines thématiques et notamment « *La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponses apportées aux usagers.* » et, parmi les étapes à suivre, demande d'« *Examiner la prise en compte des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou élaborées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux* ».

[106] Finalement ce processus d'évaluation fondé sur le respect des RBPP conditionne actuellement le renouvellement de l'autorisation³⁶, ce qui montre toute l'importance des documents ainsi produits par l'ANESM.

3.1.2.2 Une élaboration conforme aux standards internationaux

[107] La méthodologie d'élaboration des recommandations de l'ANESM (PJ n°1) est conforme aux standards internationaux et est proche de celle de la HAS³⁷ : depuis la lettre de cadrage (travaux exploratoires, choix de la méthode, validation, composition qualitative des groupes d'appui), l'analyse documentaire approfondie, l'évaluation qualitative des données et pratiques de terrain et éventuellement quantitative, l'argumentaire, la constitution de groupes d'appui (constitués de professionnels, représentants d'usagers, personnalités qualifiées proposées notamment par le conseil d'orientation stratégique ou le conseil scientifique) jusqu'à la validation interne à l'agence.

[108] Le conseil scientifique examine la commande, la reformule si nécessaire. Dès la lettre de cadrage, deux membres sont désignés pour être référents ; ils valident les mots clefs pour la lettre de cadrage, la bibliographie, la revue de littérature et suivent les travaux jusqu'à la rédaction.

[109] Le COS émet ensuite un avis sur le contenu de la recommandation et fait d'éventuelles propositions de modifications. Si le comité, ou la section concernée par le projet de recommandation, émet un avis défavorable à la majorité des deux tiers, le directeur souhaitant maintenir le projet le soumet à la délibération de l'assemblée générale qui entend alors le président du comité ou de la section concernée.

[110] Le directeur intervient aux différentes étapes de la procédure : lettre de cadrage, composition des équipes projet, groupes de travail, fixation des calendriers de production, recueil des avis des instances, validation de la rédaction finale.

3.1.2.3 Des RBPP dans tous les champs du secteur social et médico-social mais de façon inégale

[111] L'année 2008 a vu la production de huit recommandations, dont la plupart transversales car s'adressant à toutes les catégories d'établissements ou services. La première portait logiquement sur la « *mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code l'action sociale et des familles* » ; les autres concernaient les grands thèmes de la loi de 2002 (l'expression et participation des usagers, la mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, la bientraitance, les attentes de la personne et le projet personnalisé, l'ouverture de l'établissement sur son environnement, la mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance).

³⁶ Art L. 313-5 : « L'autorisation est réputée renouvelée par tacite reconduction sauf si, au moins un an avant la date du renouvellement, l'autorité compétente, au vu de l'évaluation externe, enjoint à l'établissement ou au service de présenter dans un délai de six mois une demande de renouvellement ».

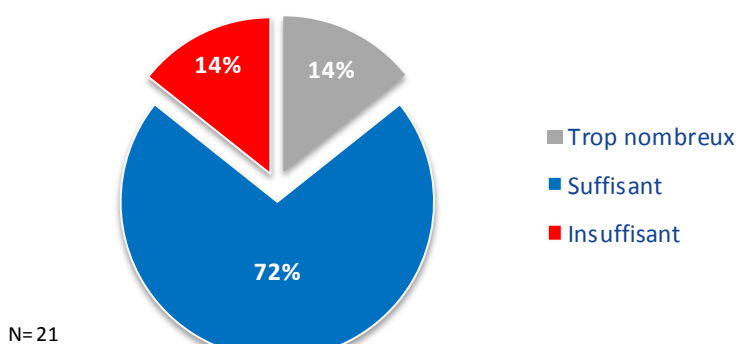
³⁷ http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Procedure_elaboration_RBPP_-27_12_2016_.pdf.

[112] Les 57 RBPP publiées à ce jour (PJ n° 2) couvrent désormais tous les ESSMS au sens de l'article L. 312-1 du CASF : recommandations transversales s'appliquant à tous les secteurs (17), secteur des personnes âgées (14), secteur des personnes en situation de handicap (12), secteur de la protection de l'enfance (7), secteur de l'inclusion sociale (7).

[113] Selon l'enquête auprès des ARS et des DRDJSCS, le nombre de recommandations est très majoritairement estimé suffisant, sauf pour les centres de lutte contre la toxicomanie. De même, les champs de la protection de l'enfance et de l'aide à domicile pourraient, selon les professionnels du secteur, disposer de davantage de RBPP³⁸ et également celui de l'inclusion sociale, même si les DDJSCS estiment, dans l'enquête réalisée par la mission, le nombre de celles applicables aux CHRS comme suffisant à 72 % et trop nombreuses à 14 %.

Graphique 2 : Avis des DRDJSCS sur le nombre de RBPP relatives aux CHRS

Comment estimez-vous le nombre de recommandations de bonnes pratiques (tous types de recommandations) publiées par l'ANESM et applicables aux CHRS ?



Source : Enquête DRDJSCS – Mission IGAS / SGMAP

[114] Pour l'avenir, un programme de travail est établi jusqu'en 2018³⁹ ; cinq RBPP doivent prochainement être publiées. Par ailleurs un travail d'actualisation des recommandations les plus anciennes est en cours.

3.1.2.4 Leur présentation

[115] Les RBPP sont présentées en chapitres. Chaque chapitre comporte les points suivants :

- une introduction éclaire le lecteur sur le contexte et les problématiques ;
- les enjeux définissent les buts à atteindre et précisent les effets attendus pour les personnes accompagnées/accueillies ;
- les déclinaisons concrètes des recommandations précisent les actions à mettre en œuvre pour atteindre ces buts ;

³⁸ Ainsi la CNAPE, fédération des associations de protection de l'enfant, a formulé trois nouvelles demandes de RBPP : milieu ouvert, prévention spécialisée, stabilité des parcours et suivi en protection de l'enfance : accompagnement du jeune et retour à domicile.

³⁹ Le programme de travail tient compte des demandes formulées par la DGCS, notamment à l'occasion de plans nationaux

- les illustrations présentent, à titre d'exemple, des expériences développées localement ;
- les points de vigilance attirent l'attention du lecteur sur des problématiques importantes ;
- les repères juridiques rappellent le cadre de la loi.

[116] Sur la forme, elles sont souvent considérées comme trop fournies, trop « littéraires », peu opérationnelles. Certains ont donc pu être réticents à les utiliser au début. C'est pourquoi l'agence s'est efforcée de les rendre plus lisibles. Depuis 2011, et de façon rétroactive, l'essentiel des recommandations est résumé de façon synthétique à la fin de chaque chapitre. Une synthèse et les éléments d'appropriation (grille de lecture) complètent chaque recommandation systématiquement depuis 2012.

3.1.3 Des recommandations de bonnes pratiques professionnelles reconnues mais dont l'appropriation dépend des ESSMS

3.1.3.1 Des RBPP reconnues par les acteurs

[117] Les RBPP sont toujours jugées utiles au secteur, elles sont connues et reconnues. Le nombre de téléchargements des RBPP sur le site de l'ANESM est un indicateur de l'intérêt qui leur est porté : 1 143 130 téléchargements ont été dénombrés en 2015 contre 960 473 en 2014 (+19 %).

[118] Selon les ARS, elles sont « tout à fait exploitables » ou « plutôt exploitables » à 79 % en moyenne : de 64 % (taux le plus bas) pour les établissements de lutte contre la toxicomanie à 87 % pour les établissements pour adultes handicapés et les établissements pour personnes âgées. Les DRDJSCS les considèrent tout à fait exploitables (79 %) ou plutôt exploitables (8 %) pour les CHRS⁴⁰.

[119] Les conseils départementaux rencontrés par la mission vont dans le même sens. L'un d'entre eux a déclaré à la mission que les RBPP ne sont pas remises en question par les ESSMS : « *elles sont légitimes et servent de repère, notamment dans le secteur de la protection de l'enfance, par exemple sur les conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents. Les RBPP orientent les pratiques, ne dictent pas les pratiques mais ouvrent des débats sur certaines pratiques* ».

3.1.3.2 Un levier aux mains de la direction

[120] Les RBPP constituent un levier pour l'encadrement qui souhaite lancer une réflexion (pour une prochaine évaluation interne, un nouveau projet de service...) ou qui a inscrit son établissement dans une démarche continue d'amélioration de la qualité. Les RBPP peuvent également être utilisées dans des groupes d'échanges de pratique entre établissements, ainsi que l'indique un conseil départemental pour le domaine de la protection de l'enfance.

[121] En effet les RBPP ne s'adressent pas d'emblée aux professionnels mais à leur encadrement. Comme l'a indiqué un conseil départemental, « *les RBPP n'ont pas vocation à être opérationnelles, c'est un cadre de référence, elles donnent du sens* ». Elles constituent donc un outil à la main de la direction qui veut s'en saisir. La mission a pu observer pourtant que certains de ses interlocuteurs envisageaient parfois les RBPP comme des outils à disposition directe des professionnels, ce qui ne correspond pas à la nature de ces documents.

⁴⁰ Annexes 2 et 3

3.1.3.3 Une appropriation difficile pour les professionnels en l'absence d'une impulsion managériale

[122] Il a été souligné maintes fois devant la mission que les RBPP, du fait de leur nombre et de leur volume, sont souvent mal appropriées par les équipes de professionnels : ceux-ci en connaissent l'existence mais pas le contenu dans le détail. Pour la mission, il est évident qu'en l'absence d'une impulsion managériale les professionnels ne peuvent s'emparer directement des recommandations. La rédaction d'un nouveau projet d'établissement, une réflexion sur les pratiques sont des moments-clés pour s'appuyer sur les RBPP et les faire mieux connaître. Ainsi, un gestionnaire d'établissement de l'enfance a indiqué à la mission qu'à l'occasion de réunions de services, un ou deux agent(s) présente(nt) une RBPP, pour savoir comment les utiliser en tant qu'outil de dialogue.

3.2 L'ANESM habilite les évaluateurs externes

[123] L'habilitation des organismes extérieurs qui procéderont à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF est confiée à l'ANESM selon l'article L. 312-8 du CASF. Cette procédure est très différente de celle mise en œuvre par la HAS pour les établissements de santé (cf. annexe 1).

3.2.1 La procédure d'habilitation par l'ANESM n'est pas une sélection

3.2.1.1 Une procédure contrainte

[124] L'exercice d'habilitation s'est inscrit dans le calendrier de la transposition en cours de la directive européenne 2006/123/CE du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur. Dans le cadre de cette transposition, les Etats membres sont appelés à notifier les exceptions au principe de libre concurrence en se référant à un motif d'intérêt général qu'ils doivent préciser. Les exceptions sont appréciées en mettant en rapport les enjeux qu'elles sous-tendent au regard des restrictions mises en œuvre en terme de libre accès au marché concerné.

[125] Le décret fixant le cahier des charges de l'évaluation externe précise quels sont les critères à examiner dans ce cadre général, et confie ainsi expressément certaines compétences aux ESSMS notamment pour l'examen des qualifications des intervenants proposés et de régularité vis-à-vis de leurs obligations administratives. Afin de préciser quels étaient les éléments complémentaires que l'Agence demanderait aux organismes et de définir une procédure proportionnée au regard des attendus de l'évaluation externe des ESSMS, l'Agence a réuni en 2008 un groupe de travail⁴¹.

[126] Une note a ensuite été présentée au CA⁴² le 13 novembre 2008 qui expose la procédure d'habilitation : « *La procédure retenue par le groupe a été soumise à l'avis du conseil scientifique, elle peut être résumée de la façon suivante :*

⁴¹ Ce groupe réunissant la présidente du conseil d'administration, le président du conseil scientifique, la Direction Générale de l'Action Sociale et la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes.

⁴² L'arrêté du 30 décembre 2009 portant approbation de l'avenant n° 1 modifiant la convention constitutive du groupement d'intérêt public précise que « Le groupement est administré par un conseil d'administration. Il n'est pas constitué d'assemblée générale. Le conseil d'administration en tient lieu et place et en a toutes les compétences ». Toutefois l'AG a remplacé le CA (arrêté du 11 décembre 2013 portant approbation de l'avenant n° 3 modifiant la convention constitutive du groupement d'intérêt public). Les missions confiées à l'AG sont exactement celles qui étaient auparavant confiées au CA.

- *les organismes transmettent à l'agence un dossier comprenant des données d'identification et des engagements sur l'honneur au respect d'une charte déontologique jointe en annexe 1 à la présente note.*
- *dès lors que le dossier transmis est complet, l'organisme se voit adressé un certificat d'habilitation qu'il pourra produire à l'appui de sa candidature.*

[127] *Le groupe a hésité à solliciter des références pour les organismes en dehors de celles qui sont demandées aux intervenants par le décret fixant le cahier des charges de l'évaluation externe.*

[128] *Cette demande n'est pas apparue pertinente car elle fixe des barrières à l'entrée sur le marché sans réelle plus-value, une société pouvant en effet se constituer en recrutant des intervenants ayant eux des références.*

[129] *Conséquemment à la nature de la procédure énoncée, il sera important que les ESSMS soient informés de l'absence de vérifications effectuées par l'Agence afin qu'ils réalisent effectivement celles qui leur sont attribuées par le décret. La procédure devra ainsi être publiée afin que les ESSMS aient connaissance des engagements demandés aux organismes.*

[130] *Enfin, sur ces bases la durée de l'habilitation est indéterminée. Elle ne peut donc être remise en cause que par de nouvelles demandes d'engagement ou par les décisions de suspensions et de retrait »⁴³.*

[131] *Le CA a approuvé cette procédure d'habilitation des organismes pour l'évaluation externe par une délibération⁴⁴ à l'unanimité moins deux abstentions. Les modalités d'accès à l'habilitation reposant donc sur la fourniture d'un dossier complet, « un organisme peut toujours accéder à une habilitation s'il remet son dossier complet », selon cette même note. Les refus d'habilitation ne peuvent donc se fonder que sur le refus de signer les engagements demandés dans le dossier de demande d'habilitation ou sur l'absence de capacité à engager la société, en particulier lors de dépassement de l'objet social. Les organismes habilités figurent ensuite sur une liste publiée au Bulletin officiel du ministère chargé de l'action sociale⁴⁵.*

3.2.1.2 Des organismes habilités nombreux et très hétérogènes

[132] *La procédure ainsi retenue a permis de faire face à l'afflux des dossiers. En effet, la grande majorité des évaluations externes devant être réalisées à la date butoir du 3 janvier 2017, de nombreux prestataires se sont présentés sur le marché qui venait de s'ouvrir. Il s'agissait soit de cabinets de consultants – grands ou petits - intervenant déjà dans le milieu des ESSMS, soit de nouveaux venus, souvent sous le statut d'auto-entrepreneur, issus du milieu mais peu formés à l'évaluation.*

[133] *Lors de leur demande d'habilitation, ces organismes et prestataires renseignent leurs secteurs d'intervention : les secteurs des personnes âgées et handicapées sont toujours les domaines de référence les plus fréquents. Toutefois l'habilitation est valable sur l'ensemble du secteur social et médico-social.*

[134] *Les OH sont répartis sur tout le territoire métropolitain et outre-mer, avec une concentration dans les grandes régions urbaines, mais l'habilitation vaut pour tous les départements.*

⁴³ Voir la délibération du CA de l'ANESM du 13 novembre 2008 sur la procédure d'habilitation des organismes.

⁴⁴ Délibération n° 2008-1311-4, approuvant la note et la charte déontologique annexée.

⁴⁵ Article D. 312-201 du CASF.

[135] Au 31 décembre 2015, le rapport d'activité de l'ANESM⁴⁶ dénombre 1 314 OH, dont 129 au titre de 2015. 279 OH ont demandé le retrait de leur habilitation, dont 80 en 2015. Ce sont majoritairement, et ce depuis 2009, des personnes morales (65 % des OH en 2015) : SARL, SAS ou associations. Pour les 35 % restants, il s'agit de personnes exerçant à titre individuel, en tant que travailleurs indépendants ou auto-entrepreneurs.

[136] Ce sont essentiellement de petites structures : en 2015, 82 % comptent de 1 à 5 salariés (62 % ont 1 salarié), contre 71 % en 2011 (39 % avaient 1 salarié en 2011).

[137] Parmi les 1314 OH, seuls 640 (soit 49 %) sont considérés comme actifs, et, parmi ceux-ci, 55 % comptent un seul salarié. En comparant l'effectif déclaré par les organismes actifs en 2015 avec le nombre d'évaluations externes réalisées, on constate que l'activité d'évaluation externe ne peut être l'activité principale que d'une minorité d'entre eux : 44 % des ETP ont effectué une évaluation dans l'année, 27 % entre 1 et 4 et seulement 4 % ont effectué plus de 20 évaluations.

[138] Ces mettent en évidence d'une part la diversité des OH (du cabinet international à l'auto-entrepreneur) et, d'autre part, que la grande majorité d'entre eux sont de très petites structures, ce qui montre leur fragilité et leur isolement. L'hétérogénéité des rapports produits, sur la forme, comme sur le fond, reflète cette grande diversité du profil des évaluateurs.

3.2.1.3 L'ANESM peut suspendre ou retirer l'habilitation⁴⁷

[139] La circulaire du 21 octobre 2011⁴⁸ précise que « *si l'évaluation externe ne se déroule pas de manière satisfaisante, notamment en cas de différends ou manquements survenus en matière de méthodologie d'évaluation et de production des résultats, le gestionnaire de l'ESSMS, les acteurs de l'évaluation (par exemple, le Conseil de la vie sociale), ou encore les services déconcentrés, les conseils généraux, les agences régionales de santé pourront en informer l'ANESM qui appréciera l'opportunité d'engager une procédure de suspension ou de retrait de l'habilitation de l'organisme évaluateur visé par le signalement* ».

[140] La convention constitutive de l'ANESM prévoit qu'une suspension ou qu'un retrait d'habilitation doit faire l'objet d'une décision du directeur. Le non-respect des engagements pris par l'organisme habilité ou le prestataire inscrit sera notifié par le directeur de l'ANESM à l'organisme/prestataire mis en cause, et peut être à l'origine d'une suspension ou d'un retrait d'habilitation/d'inscription. Cette procédure est contradictoire : à réception de la notification, l'organisme habilité ou le prestataire dispose d'un délai d'un mois pour transmettre ses observations à l'Agence et régulariser sa situation. Tout manquement notifié par l'Agence fait l'objet d'une inscription au dossier de l'organisme.

[141] La suspension est présentée comme un levier pour contraindre l'organisme à rétablir sa situation ou même comme une sanction pour éviter que l'organisme ne soit sélectionné pour de nouvelles évaluations. Le retrait sera prononcé par le directeur de l'ANESM à la suite d'une suspension pendant laquelle l'organisme n'aura pas régularisé sa situation (absence de réponse aux observations demandées, justification insuffisante ou inadaptée) ou, en application de l'article D. 312-199 du CASF, pour non-respect des règles déontologiques ou conflit d'intérêt. Il est prononcé pour 5 ans, l'organisme étant alors susceptible de déposer un nouveau dossier.

[142] Au 31 décembre 2015 et depuis 2009, l'ANESM a prononcé 470 retraits, dont 279 à la demande des organismes, le plus souvent pour cessation de leurs activités. Au cours de l'année

⁴⁶ Les données relatives aux OH sont extraites du rapport d'activité de l'ANESM 2015, publié en juillet 2016.

⁴⁷ Article D312-202 du CASF

⁴⁸ Circulaire N° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.

2015, 145 suspensions et 90 retraits d'habilitation ont été prononcés sur le fondement de manquements des OH, soit pour non transmission de leur rapport d'activité, soit sur la base de signalements de la part d'ESSMS et d'autorités pour manquements méthodologiques et déontologiques. Ces mesures sont susceptibles de recours devant le tribunal administratif. Elles sont publiées sur le site de l'ANESM.

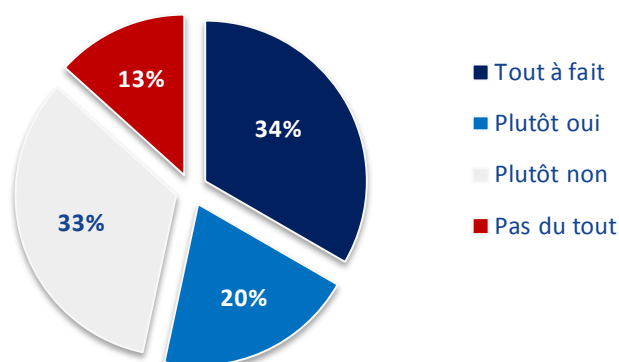
3.2.2 Le contrôle de la qualité des rapports d'évaluation échappe à l'ANESM

[143] Les OH ne transmettent pas à l'ANESM les rapports d'évaluation. Ils les transmettent à l'ESSMS concerné. Leur seule obligation par rapport à l'agence est de lui transmettre un rapport d'activité trimestriel contenant le détail des mandats pris, le nom des évaluateurs et leur employeur principal, le coût de la mission, la date du début et de fin de la mission. Ces informations sont saisies sur un extranet dédié auquel les autorités chargées de l'autorisation ont accès pour suivre l'engagement de leurs ESSMS dans l'évaluation selon les échéances fixées par le décret du 3 novembre 2010⁴⁹. Ces rapports d'activité constituent une base de données qui permet à l'ANESM de publier des données sur l'activité des OH (les jours facturés, les tarifs pratiqués etc.).

[144] Par ailleurs, aux termes de l'article D. 312-202 en cas de différents ou de manquements « *survenus en matière de méthodologie d'évaluation et de production de résultats* », l'agence, informée par l'ESSMS ou l'autorité chargée de l'autorisation peut suspendre ou retirer l'habilitation. En 2015, l'ANESM a reçu 89 signalements de la part d'ESSMS et d'autorités sur la base de manquements méthodologiques. Selon l'enquête réalisée auprès des ARS, elles ont effectué en moyenne 3 signalements à l'ANESM et déclarent à 34 % avoir « tout à fait » eu connaissance des suites données par l'agence à ces signalement, à 20 % « plutôt oui », à 33 % « plutôt non », « pas du tout » à 13 %.

Graphique 3 : Information des ARS sur les suites données par l'ANESM après le signalement d'un organisme habilité

Avez-vous connaissances des suites données par l'ANESM lorsque des OH font l'objet de signalements ?



N= 15

Source : Enquête ARS – Mission IGAS / SGMAP

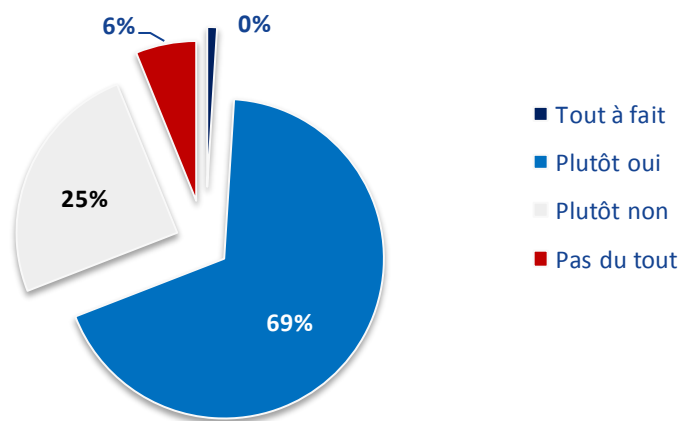
⁴⁹ Décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010. Dispositions figurant aux articles D. 312-203 à D. 312-205 du CASF.

[145] Pour respecter le caractère contradictoire de la procédure, l'ANESM recherche toutefois des informations complémentaires auprès de l'organisme. Elle a adressé à ce titre, en 2015, 704 « recueils d'observations » aux OH aux fins de disposer d'informations complémentaires, de rapports complétés, de rapports d'activités.

[146] Le point de vue des commanditaires et autorités chargées de l'autorisation est donc la seule source d'informations sur la qualité des OH. A la question « estimez-vous globalement que les prestataires qui ont réalisé les rapports d'évaluation externe disposent des compétences suffisantes ? », les ARS répondent à 0 % « tout à fait » et « plutôt oui » à 69 % ; les DRDJSCS répondent à 82 % « plutôt oui » et 0 % « tout à fait », ce que certaines ont expliqué, lors d'entretiens, par le caractère particulier de la prise en charge dans les CHRS. Quant aux conseils départementaux rencontrés par la mission, ils ont fait état de niveaux de qualité très hétérogènes. Avec 31 % d'insatisfaits chez les ARS et 18 % chez les DRDJSCS, l'ensemble de ces éléments donne une vision mitigée mais plutôt positive sur les évaluateurs externes.

Graphique 4 : Appréciation des compétences des évaluateurs externes par les ARS

Estimez-vous globalement que les prestataires qui ont réalisé les rapports d'évaluation externe disposent des compétences suffisantes ?

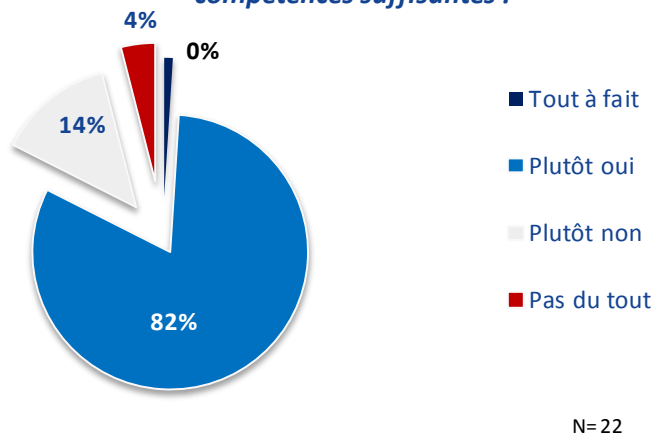


N=16

Source : Enquête ARS – Mission IGAS / SGMAP

Graphique 5 : Appréciation des compétences des évaluateurs externes par les DRDJSCS

Estimez-vous globalement que les prestataires qui ont réalisé les rapports d'évaluation externe pour les CHR disposent des compétences suffisantes ?



Source : Enquête DRDJSCS – Mission IGAS / SGMAP

[147] Une enquête réalisée par le cabinet KPMG⁵⁰ donne des résultats proches : les EHPAD jugent les conclusions de l'évaluateur externe pertinentes à 94 %, les établissements et services à 92 %, elles sont jugées réalistes sur le plan humain respectivement à 93 % et 85 % et réalistes sur le plan financier respectivement à 75 % et 73 %.

3.2.3 Le cahier des charges fixé aux organismes habilités n'est pas suffisamment précis

[148] Un « *cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux* » est paru en 2007 et s'impose aux OH. Selon l'art. D. 312-198, « *le cahier des charges prévu au deuxième alinéa de l'article L. 312-8 fixe les principes déontologiques, les objectifs, l'organisation et la mise en œuvre de l'évaluation effectuée par des organismes habilités conformément à ce même alinéa ainsi que la présentation et le contenu des résultats qui en sont issus...* ».

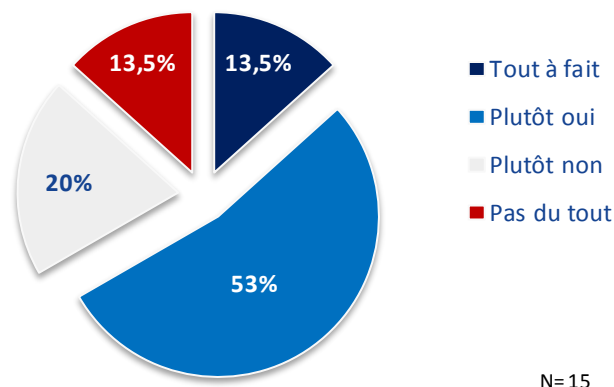
[149] Ce texte contient des exigences en matière de déontologie visant à garantir l'absence de conflit d'intérêt (article D. 312-199). Il appartient aux ESSMS de s'en assurer, ce qui leur a posé souvent problème selon les déclarations faites à la mission. L'absence de conflit d'intérêt a pourtant été un critère de choix dans 30 % des cas, selon les réponses au questionnaire adressé aux directeurs.

[150] Les ARS ont rencontré également des problèmes pour ce contrôle. Dans les réponses au questionnaire, 86 % des ARS estiment avoir rencontré des difficultés pour s'assurer de l'indépendance des OH : « *il est très difficile d'avoir accès à ces informations. Nous apprenons ces informations de manière informelle ou a posteriori* ». Certaines ARS assument de ne pas avoir réalisé ce contrôle.

⁵⁰ Evaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux – Bilan et perspectives – KPMG – décembre 2015. Bilan réalisé à partir de 266 réponses de directeurs d'EHPAD uniquement, 40 directeurs à la fois d'EHPAD et d'ESSMS et 134 directeurs d'ESSMS hors EHPAD.

Graphique 6 : Difficultés rencontrées par les ARS pour s'assurer du respect des procédures de mise en concurrence par les ESSMS

Par rapport aux organismes habilités (OH) à réaliser ces évaluations, diriez-vous que : vous avez rencontré des difficultés pour vous assurer du respect des procédures de mise en concurrence des ESSMS ?



Source : *Enquête ARS – Mission IGAS / SGMAP*

[151] Le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes⁵¹ décrit les étapes de réalisation du contrat entre le commanditaire et l'évaluateur.

[152] En ce qui concerne l'évaluation externe, le cahier des charges fixe quatre objectifs décrits de façon détaillée : porter une appréciation globale, examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne, examiner certaines thématiques et des registres spécifiques, élaborer des propositions ou préconisations. Il est aussi précisé que l'évaluation externe doit prévoir deux volets supplémentaires par rapport à l'évaluation interne : l'un relatif à l'effectivité des droits des usagers et un volet plus particulièrement adapté à l'établissement ou au service considéré en ce qui concerne l'accompagnement au développement personnel, à l'autonomie. Les étapes de la procédure entre le commanditaire et l'évaluateur externe sont également détaillées dans les « *éléments de cadrage pour la réalisation de l'évaluation externe* ».

[153] Ces axes de travail ne sont pas assortis d'un modèle de plan précis, ce qui conduit à une grande diversité de présentation des rapports rendus. Il faut noter cependant que l'ANESM a produit en 2012 deux documents destinés à faciliter leur lecture : un modèle d'abrégé de la totalité du rapport et notamment de son plan d'action et un modèle de synthèse du rapport d'évaluation externe, prévue dans l'annexe 3-10, qui « *présente les items contenus dans la synthèse de l'évaluation externe retenus comme force/faiblesse et pour lesquels il est fait des propositions ou préconisations dans le rapport d'évaluation externe* ». Les ARS rencontrées par la mission se sont félicitées de l'existence de ces documents qui facilitent la lecture en masse des rapports d'évaluation externe, même si certains interlocuteurs ont estimé que ces deux documents étaient redondants.

⁵¹ Annexe 3-10 du CASF.

[154] Le cadrage insuffisant, sur la forme, du rendu demandé aux OH a été souvent pointé comme une source de difficulté par les autorités en charge de l'exploitation des rapports, par les fédérations qui voulaient épauler leurs adhérents, par les ESSMS qui manquaient d'indications pour apprécier le rapport mais aussi par au moins un prestataire entendu par la mission qui soulignait que « *si on veut des résultats exploitables, il faut un outil de mesure connu de tous* ». L'ensemble des parties prenantes à la démarche d'évaluation s'accorde donc pour constater que le décret valant cahier des charges n'était pas suffisamment contraignant et regretter l'absence d'un cadrage précis du rapport d'évaluation, source de perte de temps et d'efficacité pour le dispositif.

3.2.4 Le choix de l'organisme habilité est de la responsabilité de l'établissement

3.2.4.1 Un biais méthodologique

[155] Il appartient à l'ESSMS de choisir son évaluateur, de le rémunérer⁵², de réceptionner le rapport, dont il est propriétaire, et de le transmettre aux autorités. Il se trouve ainsi dans une relation de client par rapport à son évaluateur, donc de dépendance. Cette situation s'oppose à celle applicable aux établissements de santé pour lesquels l'évaluateur, dit « expert visiteur », est mandaté et rémunéré par la HAS. Lors des entretiens menés par la mission, cette disposition a été unanimement considérée comme susceptible de créer un biais méthodologique dans la procédure d'évaluation et de nuire à l'objectivité de l'évaluateur. Il a été plusieurs fois signalé des cas où le rapport d'évaluation avait été retouché à la demande du commanditaire, s'agissant souvent de petits cabinets qui avaient besoin de travailler et comptaient sur le « bouche à oreille » pour se faire une clientèle, un directeur parle d'un « travail bâclé » dans une réponse ouverte dans le questionnaire, une ARS a évoqué des « copier-coller ». Ces cas particuliers ne doivent pas cacher l'impression générale d'une appréciation globalement plutôt positive à propos du travail rendu par les OH (cf. supra 3.2.2 et infra 4.1.3).

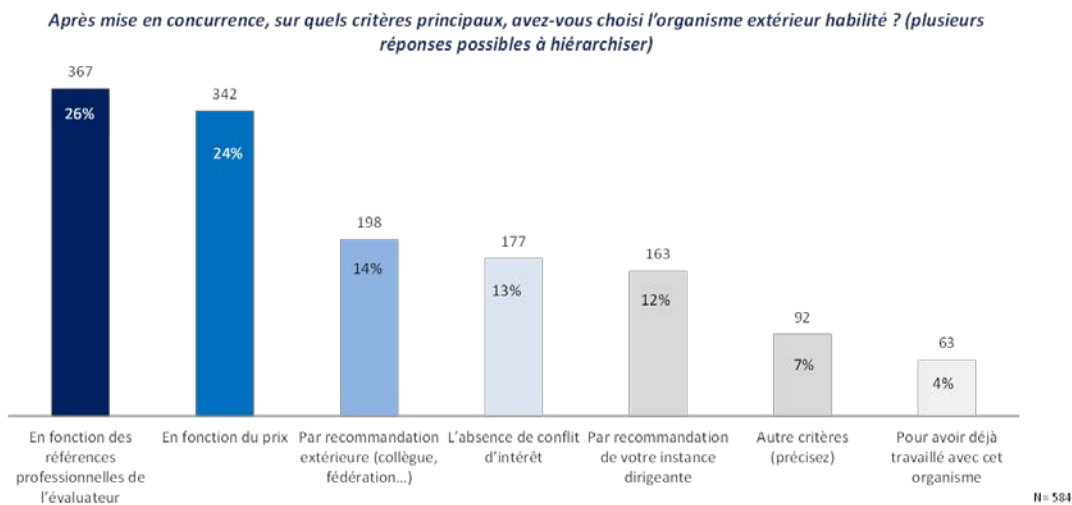
3.2.4.2 Une difficulté pour certains ESSMS d'avoir à choisir et rémunérer le prestataire

[156] Le choix de l'OH (mise en concurrence, critères de choix à définir) a été signalé comme une première difficulté pour les ESSMS, parfois très démunis à ce sujet, surtout quand il s'agissait d'établissements isolés. A l'inverse, certains se sont appuyés sur leurs fédérations professionnelles qui, sans conseiller tel ou tel OH, procédaient à une « présélection des OH » en se fondant par exemple sur la connaissance du secteur, la présence ou non d'un personnel soignant dans l'équipe. Quant aux structures importantes, pluri établissements, elles disposaient souvent de postes de qualifiés qui ont aidé au choix du prestataire, à la rédaction du contrat etc. Parfois même la direction d'un groupe a choisi l'OH pour ses différents établissements. En Pays de Loire, l'ensemble des établissements de l'ADAPEI a procédé à l'audition et à la sélection du cabinet.

[157] Selon l'enquête conduite par la mission auprès des directeurs, les critères de choix ont été, dans l'ordre, les références professionnelles affichées dans le dossier (62 %), le prix (58 %), les recommandations des collègues (34 %), l'absence de conflit d'intérêt (30 %), la recommandation de l'instance dirigeante (28,5 %), avoir déjà travaillé avec cet organisme (11 %). Parmi les autres réponses apportées figurent aussi la disponibilité de l'organisme, ce qui fut certainement important pour les ESSMS derniers entrés dans la procédure, ainsi que la proximité géographique.

⁵² Chapitre 3, section 1 du cahier des charges : « la procédure d'évaluation est engagée à l'initiative de la personne physique ou morale ... gestionnaire de l'ESSMS ».

Graphique 7 : Critères de choix des OH par les ESSMS



Source : *Enquête directeurs – Mission IGAS / SGMAP*

[158] L'importance du critère financier s'explique par le coût de la procédure qui peut être très variable. En 2015⁵³, les coûts moyens d'une évaluation externe se situent entre 3 563 € et 7 727 € en fonction du type et de la taille de la structure évaluée. Cette moyenne recouvre des écarts importants, liés notamment à la taille de la structure évaluée : pour un EHPAD, le coût moyen est de 7 727 € pour un minimum de 592 € et un maximum de 6 200 €. Pour un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), la moyenne s'établit à 5 511 €, avec un minimum de 316 € et un maximum de 27 840 €. Face à cette dépense obligatoire les autorités ont été plus ou moins facilitatrices (voir *infra* 4.3.2).

[159] Au 31 décembre 2015, le coût des missions d'évaluation externe réalisées depuis 2010, toutes catégories d'ESSMS confondues, s'élève selon le bilan présenté par l'ANESM dans son rapport d'activité 2015, à 142,3 millions d'euros.

[160] Ces coûts correspondent à une équipe moyenne de deux évaluateurs par mission (entre 1,5 et 2,4 selon le type d'ESSMS). De même le nombre de jour/homme facturé se situe entre 3,8 et 7,3 et varie sensiblement : pour un EHPAD la moyenne est de 7,3 j/h, le minimum est de 0,5 et le maximum de 44 ; pour un SSIAD, la moyenne est de 5,4 j/h, le minimum de 0,5 et le maximum de 30. Ces nombres ne correspondent pas seulement à une présence sur place puisqu'ils incluent également le temps de rédaction. La durée de présence sur place le plus souvent annoncée à la mission est de 2 jours. On peut donc s'interroger sur la réalité du minimum de 0,5 h/j mentionné pour certains types d'établissements et services. Si ce chiffre s'avérait exact, il serait inadmissible.

⁵³ Rapport d'activité 2015 de l'ANESM et informations complémentaires ANESM

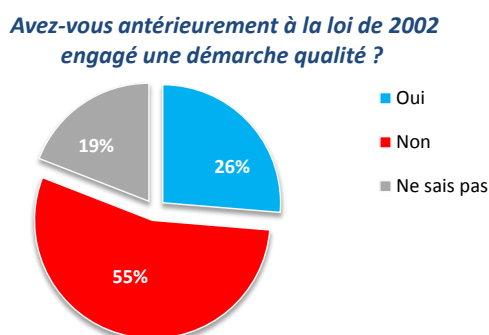
4 LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE PAR LES ESSMS N'A PAS ETE FACILITEE PAR L'ECHELON NATIONAL

4.1 Une démarche lourde à mettre en œuvre mais adoptée par les établissements et services

4.1.1 Une partie des établissements et services était déjà engagée dans des démarches d'amélioration de la qualité

[161] Une partie des ESSMS s'était déjà engagée dans une démarche d'amélioration de la qualité antérieurement à la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe instaurée par la loi de 2002. Plus de 26 % des directeurs d'établissement ayant répondu à l'enquête réalisée par la mission déclarent avoir engagé une telle démarche, essentiellement à travers des référentiels internes (pour 54 % d'entre eux), des audits (pour 23 % d'entre eux), des chartes et labels (pour 20 % d'entre eux) ou une certification AFNOR (près de 9 % d'entre eux). Il s'agit, notamment, du référentiel Angélique (Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements) pour les EHPAD, de la Charte nationale qualité pour les services ex-agrésés ou du label Humanitude pour les personnes dépendantes (âgées ou en situation de handicap) en établissement comme à domicile.

Graphique 8 : Démarche qualité engagée antérieurement à la loi de 2002



Source : *Enquête directeurs - mission IGAS / SGMAP*

Tableau 2 : Type de démarche qualité engagée antérieurement à la loi de 2002

Si oui, laquelle ?

| | |
|-------------------------------|-----|
| Certification HAS | 19% |
| Certification AFNOR | 9% |
| Référentiel interne | 54% |
| Audit | 23% |
| Autre(s) (chartes, labels...) | 20% |

Source : *Enquête directeurs - mission IGAS / SGMAP*

4.1.2 La mise en œuvre effective des évaluations interne et externe a permis de lever les réticences initiales

[162] Dans le secteur social comme médico-social, la mise en œuvre de l'évaluation a pu être perçue comme une forme d'encadrement du travail social voire comme une forme de « violence », mais elle est entrée dans les mœurs et constitue un moyen de prendre du recul et de prendre le temps de se poser des questions sur les pratiques professionnelles.

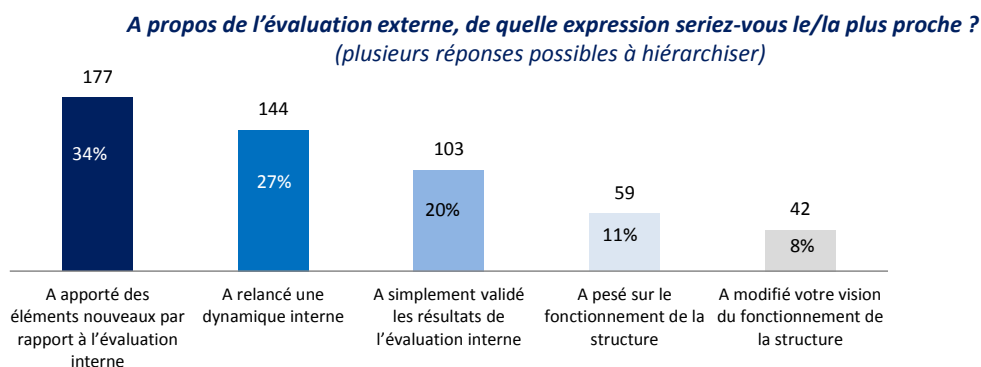
[163] Les freins exprimés initialement par les acteurs étaient multiples. Ils portaient aussi bien sur la difficulté à inscrire la démarche dans des plannings très contraints, sur la disponibilité des compétences, l'absence de culture et de formation des professionnels. Certains ESSMS ont même pris le pari d'un report des échéances réglementaires, comme le souligne l'ARS des Pays de la Loire.

[164] En juillet 2012, 25 % des ESSMS concernés par l'échéance du 3 janvier 2015 ne l'avaient pas encore planifiée et 6 % déclaraient ne pas être en mesure de le faire avant cette date.⁵⁴

[165] Après un démarrage un peu lent, au 31 décembre 2014, à quelques jours de l'échéance du 3 janvier 2015, sur les 20 321 ESSMS qui se sont engagés dans le processus d'évaluation externe, 17 472 ont finalisé cette évaluation. Ainsi, 83 % des presque 25 000 ESSMS concernés se sont engagés dans la démarche⁵⁵. Au 31 décembre 2015, plus de 23 500 structures ont finalisé ou engagé leur évaluation externe.

[166] Il ressort de l'enquête réalisée par la mission auprès des directeurs d'ESSMS que l'évaluation externe a fait l'objet d'une forte implication des équipes (94 % des réponses) et qu'elle leur a été utile à 84 % des réponses (50 % « plutôt oui » et 34 % « tout à fait »). Les deux principaux apports de l'évaluation externe cités par les directeurs sont l'apport d'éléments nouveaux par rapport à l'évaluation interne et la relance de la dynamique interne.

Graphique 1 : Principaux apports de l'évaluation externe, selon les directeurs d'ESSMS



Source : *Source : Enquête directeurs - mission IGAS / SGMAP*

[167] Par ailleurs, 63 % des réponses indiquent que la démarche d'évaluation interne et externe a modifié positivement le climat et les relations de travail au sein de leur structure.

⁵⁴ Instruction DGCS/5C/ANESM n° 2014-100 du 4 avril 2014 relative au dispositif de sensibilisation et d'appui sur l'évaluation externe à l'attention des établissements et services sociaux et médico-sociaux autorisés avant la loi du 3 janvier 2002.

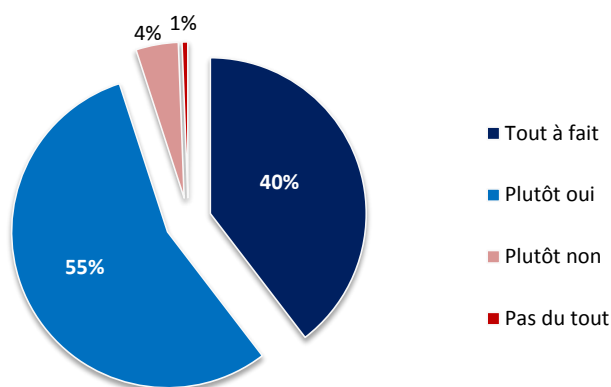
⁵⁵ Note d'information de l'ANESM du 20 janvier 2015 relative au bilan des évaluations externes.

4.1.3 La démarche d'évaluation interne et externe constitue un levier de management pour les directeurs d'ESSMS

[168] Bien que la démarche soit chronophage (de 5 à 54 jours pour 77,4 % des ESSMS, la moyenne se situant à 29 jours, selon l'enquête diligentée par la mission), l'évaluation interne constitue un outil de management et les directeurs d'établissement interrogés par la mission soulignent la forte implication de leurs équipes. Si 41 % d'entre eux se sont fait accompagner par un organisme extérieur pour s'engager dans l'évaluation interne, elle a donné lieu à une forte implication des équipes dans 91 % des cas. Les directeurs estiment à 95 % que cette évaluation a été utile et a permis d'améliorer la qualité des prestations délivrées⁵⁶.

Graphique 2 : Utilité de l'évaluation interne pour l'établissement

Diriez-vous que cette évaluation a été utile à votre établissement ou service ?



Source : *Enquête directeurs - mission IGAS / SGMAP*

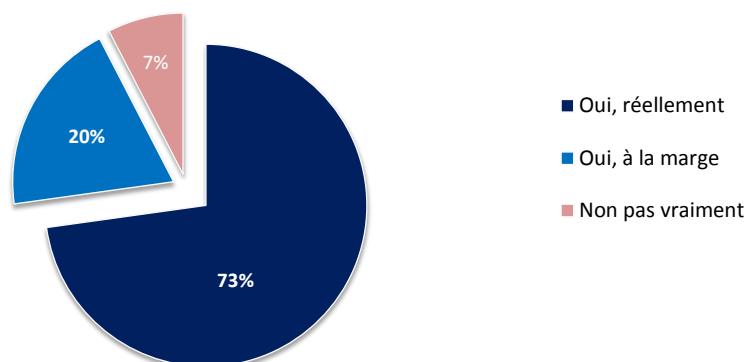
[169] L'évaluation interne oblige à passer en revue toutes les activités de l'établissement ou du service, contribue à l'instauration d'une démarche continue d'amélioration de la qualité et facilite ainsi le passage à un accompagnement personnalisé des personnes prises en charge.

[170] Dans le prolongement de l'évaluation interne, l'évaluation externe apporte un regard extérieur valorisant pour les équipes. Sa mise en œuvre a été réellement facilitée par l'évaluation interne pour 73 % des directeurs ayant répondu à l'enquête, l'essentiel du travail ayant été réalisé dans le cadre de l'évaluation interne. Les éléments qui ressortent de cette enquête convergent avec les déclarations des gestionnaires d'établissement et responsables de fédération rencontrés par la mission.

⁵⁶ Enquête réalisée par la mission auprès des directeurs d'ESSMS.

Graphique 3 : Impact de l'évaluation interne sur la démarche d'évaluation externe, selon les directeurs d'ESSMS

Diriez-vous que cette évaluation interne vous a facilité la démarche d'évaluation externe ?



Source : *Enquête directeurs - mission IGAS / SGMAP*

[171] Il ressort de l'étude menée par KPMG⁵⁷ au printemps 2015 auprès de directeurs d'ESSMS que la perception de l'évaluation externe par les directeurs a évolué. Ainsi, en 2015, pour 84 % des directeurs d'EHPAD et 91 % des autres directeurs d'établissements et services qui se sont exprimés, l'évaluation externe constitue une opportunité. Ils ne sont plus que 16 % pour les EHPAD et 9 % pour les autres établissements et services à considérer que l'évaluation externe est une contrainte, contre respectivement 27 % et 28 % au moment de se lancer dans la démarche.

[172] Toujours selon cette étude, les principales conséquences de l'évaluation externe identifiées sur le personnel sont le renforcement de la traçabilité des actes au quotidien, la mise en œuvre d'une démarche qualité et le renforcement de l'appropriation des recommandations de bonne pratiques professionnelles de l'ANESM.

4.1.4 Les services ex-agrésés n'ont pas encore effectué un cycle complet d'évaluation

[173] Aujourd'hui, il est trop tôt pour évaluer l'impact du régime de l'autorisation et de la démarche d'évaluation sur les services ex-agrésés mais on peut s'interroger sur l'empilement des obligations qui s'imposent à eux, car outre les obligations relatives à l'évaluation interne et à l'évaluation externe qui s'imposent aux établissements sociaux et médico-sociaux, les services doivent satisfaire à des obligations qui étaient propres aux services agréés : respect du cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et adhésion à la Charte nationale qualité des services à la personne.

⁵⁷ Evaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux – Bilan et perspectives – KPMG – décembre 2015. Bilan réalisé à partir de 266 réponses de directeurs d'EHPAD uniquement, 40 directeurs à la fois d'EHPAD et d'ESSMS et 134 directeurs d'ESSMS hors EHPAD.

4.2 L'appui national aux ESSMS est resté limité

4.2.1 Le respect de l'autonomie des ESSMS a guidé le CNESMS puis l'ANESM pour fixer les orientations en matière de conduite des évaluations

[174] Pour accompagner les ESSMS dans ces démarches d'évaluation et « *impulser une culture de l'évaluation propre au secteur social et médico-social* », le CNESMS a conçu en 2006 un guide de l'évaluation interne pour les ESSMS⁵⁸. Pour favoriser la mise en œuvre de la démarche d'évaluation le CNESMS « *entend respecter la marge d'autonomie dont les établissements et services doivent bénéficier pour conduire les évaluations* » et « *souhaite fixer les orientations générales sans entrer dans un trop grand degré de détail* ». Il précise par ailleurs qu'il n'entre pas dans ses missions de valider les supports utilisables au cours de l'évaluation interne.

[175] Le guide donne la liste des domaines à explorer, en précisant pour chacun d'eux, que « *l'évaluation doit analyser les diverses pratiques c'est-à-dire, au sens large, l'ensemble des manières de faire, de dire et d'agir mises en œuvre par l'établissement ou le service et par ses professionnels dans le cadre de leur activité* » :

- Le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations ;
- L'établissement ou le service dans son environnement ;
- Le projet d'établissement ou de service et ses modalités de mise en œuvre ;
- L'organisation de l'établissement ou du service.

[176] Le guide présente les quatre questions à se poser pour chacun de ces domaines :

- Quels choix ont été réalisés ?
- Comment s'est effectuée la mise en place ?
- Quelle est l'analyse des effets ?
- Quelles sont les marges de progrès ?

[177] Pour chaque domaine, le guide présente des « *pistes indicatives, non exhaustives* », en prenant soin de préciser qu'« *elles n'ont pas vocation à brider la réflexion des acteurs au sein des établissements et services* ».

[178] En avril 2008, pour conforter la démarche d'évaluation interne, l'ANESM a publié une RBPP relative à la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF⁵⁹, en précisant que « *les éléments structurants validés et présentés ne constituent pas une liste exhaustive d'exigences mais un outil de dialogue, de responsabilité, destiné à une mise en œuvre adaptée selon les besoins et le contexte* ». Ainsi, pour la mise en œuvre de l'évaluation interne, il est recommandé de consolider la démarche en structurant sa mise en œuvre à partir des aspects suivants :

- Organiser la participation de tous, personnel et usagers ;

⁵⁸ L'évaluation interne – Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux – Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale – septembre 2006.

⁵⁹ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles en application de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles - Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles – ANESM – Avril 2008.

- Définir des priorités évaluatives, en portant « *l'analyse sur les écarts les plus importants, les tensions les plus fortes, les dysfonctionnements les plus manifestes* », sans rechercher l'exhaustivité, car « *c'est à partir de ce diagnostic préalable que peut se construire et s'organiser le questionnement évaluatif* » ;
- Interroger à chaque étape la finalité ;
- Porter l'analyse sur les processus et leurs articulation, en allant au-delà de la description des pratiques, la question de la capacité des processus mis en place à répondre aux objectifs fixés étant centrale dans la démarche d'évaluation ;
- Développer des méthodes et des outils de collecte de l'information, en définissant des indicateurs « *construits en fonction des finalités définies par l'établissement ou le service* », pour « *mesurer en continu l'amélioration de la qualité des prestations* » ;
- Identifier des écarts et des marges de progression.

[179] Cette recommandation a été suivie, en juillet 2009, d'une recommandation relative à la conduite de l'évaluation interne⁶⁰ destinée à décrire la démarche. Le document de 2009 « *comporte un ensemble de repères de méthode pour la conduite de l'évaluation interne et doit permettre aux acteurs des ESSMS d'élaborer un protocole d'évaluation adapté à leur situation particulière* ». Il est présenté comme un « *outil pédagogique accessible aux équipes, quel que soit leur niveau d'information et de pratique* ». L'ANESM recommande de structurer le document de transmission des résultats de la façon suivante.

- 1^{ère} partie : présentation de l'établissement ou du service et des éléments de cadrage des activités.
 - Une présentation synthétique des missions, du cadre réglementaire et des objectifs principaux des activités déployées ;
 - Un exposé caractérisant la population et renvoyant à toutes les dimensions de l'accompagnement ;
 - Une présentation de la spécification des objectifs à partir des activités communes aux établissements sociaux ou médico-sociaux.
- 2^{ème} partie : Eléments de méthode
 - Protocole d'évaluation ;
 - Les modalités de l'implication des instances délibératives et dirigeantes, des professionnels et des usagers dans la démarche ;
 - Les grandes modalités de la remontée des informations.
- 3^{ème} partie : Présentation des résultats
 - Les principaux constats sont présentés de manière synthétique ;
 - Le plan d'amélioration du service rendu est précis ;
 - Les moyens mobilisés ou à mobiliser sont déclinés sur plusieurs registres.

⁶⁰ 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 – ANESM – Juillet 2009.

[180] Une circulaire ministérielle du 21 octobre 2011⁶¹ rappelle les méthodes et outils des évaluations internes et externes élaborés par le CNESMS puis l'ANESM, en insistant, pour l'évaluation interne, sur le libre choix des outils et l'encadrement méthodologique de l'ANESM. Elle demande cependant aux autorités de tarification d'être « *attentives au contenu, au périmètre et à la démarche méthodologique de l'évaluation interne et aux outils utilisés par les ESSMS* ».

[181] Cette circulaire précise que « *lorsque des ESSMS mettent en œuvre des démarches qui ne répondent pas strictement au concept de l'évaluation interne (tel que précisé dans les diverses recommandations de l'ANESM), elles peuvent être considérées comme équivalentes, s'il y a similitude :*

- *du périmètre évalué par rapport à celui défini par l'ANESM ;*
- *des garanties méthodologiques avec celles données par l'ANESM ;*
- *du calendrier des évaluations internes ;*
- *et de la présentation des résultats.*

[182] *Si les démarches et outils utilisés ne remplissent pas ces conditions, les ESSMS seront considérés comme n'ayant pas rempli leur obligation d'évaluation interne.* »

4.2.2 Aucun référentiel d'évaluation interne n'a été proposé aux ESSMS au niveau national

[183] *Comme le décrivait Jean-René Loubat dans Lien Social en 2004, « Dans l'optique de la maîtrise de la qualité, un « référentiel » constitue un document qui évoque un ensemble d'exigences et de préconisations auquel les acteurs vont précisément se référer. Toutefois, ces référentiels peuvent être assez différents les uns des autres, selon les registres et les niveaux sur lesquels ils portent. Certains référentiels concernent la qualité totale, tandis que d'autres se contentent de n'aborder que certains registres. Dans les autres secteurs d'activité, il est des référentiels qui sont de véritables systèmes de cotation extrêmement précis, auxquels l'opérateur doit impérativement se conformer, d'autres représentent plutôt des guides de bonnes pratiques fonctionnant comme des pense-bêtes. D'autres encore se présentent comme des « cahiers des charges » visant à garantir une assurance qualité aux usagers. Naturellement, tout référentiel ne possède qu'une valeur équivalente à la technicité et à la pertinence de son concepteur... Il peut devenir creux et prêter à l'arbitraire. Par exemple, s'en tenir à des procédures formelles limite terriblement la portée d'une authentique démarche qualité. Pour réaliser l'évaluation interne, les établissements et services ont été confrontés à la nécessité de se doter de référentiels destinés à traduire les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. »*

[184] Dans le secteur social, plusieurs outils réalisés par les réseaux associatifs et les services de l'Etat étaient déjà disponibles ou ont été produits dans le prolongement des recommandations de l'ANESM de 2008 et 2009 relatives à l'évaluation interne.

[185] En 2006, le référentiel CHRS+⁶² a été élaboré par un groupe de travail animé par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) d'Aquitaine, composé de membres du réseau de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)⁶³ et de représentants des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de Gironde, de Dordogne et des Landes. Considérant « *qu'il ne peut exister d'évaluation sans*

⁶¹ Circulaire DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

⁶² Référentiel d'évaluation de la qualité des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale – groupe de réflexion inter institutionnel – région Aquitaine – 2006.

⁶³ Ancien nom de la Fédération des acteurs de la solidarité.

référentiel », ces acteurs se sont mobilisés pour bâtir cet outil plutôt que d'attendre que d'autres le fassent à leur place.

[186] Par ailleurs, les premiers volets du référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement, d'insertion ont été diffusés par une circulaire de la DGCS du 16 juillet 2010⁶⁴. Elaboré dans le cadre d'un « *groupe de travail national associant des représentants de l'Etat, des fédérations nationales, des grands organismes associatifs et des opérateurs de terrain* », il a pour objectif de répondre à un besoin de clarification et d'harmonisation des prestations pour améliorer la qualité du service rendu à l'utilisateur mais ne constitue pas un référentiel pour l'évaluation interne.

[187] Pour autant, d'autres structures gestionnaires de CHRS ont élaboré leur propre référentiel d'évaluation interne, tels que la Fondation Armée du salut ou l'Association des cités du secours catholique. Dans le secteur médico-social, en l'absence de modèle proposé au niveau national, les principaux groupements et fédérations d'établissements sociaux et médico-sociaux ont élaboré leur propre référentiel à destination de leurs adhérents. Ces structures se sont appuyées, en interne, sur les compétences de qualificateurs.

[188] Certains établissements indépendants se sont « débrouillés » seuls, à partir d'outils existants, tels le référentiel Angélique pour les EHPAD ou la méthode et le guide d'évaluation PERICLES mis au point par l'Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (ANCREAI) à partir de 1997, dans le secteur du handicap.

[189] C'est dans ce contexte qu'en région Pays de la Loire, l'ARS a rédigé, en lien avec les réseaux qualité de la région, un référentiel d'évaluation interne destiné aux ESSMS qui le souhaitent.

[190] De même, en Alsace, un référentiel d'évaluation interne des EHPAD a été diffusé en novembre 2011 grâce aux travaux du groupe thématique du Réseau qualité Alsace des établissements de santé (Réseau Quales), composé de professionnels exerçant dans les EHPAD d'Alsace, de représentants du conseil départemental du Haut-Rhin et d'experts en qualité.

[191] Il ressort des entretiens menés par la mission que, en l'absence de modèle de référentiel proposé à l'échelon national, chaque ESSMS s'est rapproché, lorsqu'il le pouvait, du groupe ou de la fédération auquel il appartient pour obtenir un document de référence, sans aucune garantie sur sa pertinence, tant au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles qu'au regard de sa situation propre. Les établissements indépendants qui ne disposent pas d'un effectif suffisant pour consacrer, comme ils le souhaiteraient, un demi équivalent temps plein (ETP) à la démarche qualité se sont trouvés en difficulté pour réaliser leur évaluation interne.

[192] De surcroît, chaque groupe, fédération et parfois ARS ou conseil départemental, a mené un travail similaire en parallèle, sans qu'aucun partage de bonnes pratiques ne soit organisé à l'échelon national.

[193] Il ressort de l'enquête réalisée par la mission que 90 % des ARS estiment que les établissements et services médico-sociaux ont utilisé des référentiels et 84 % des services déconcentrés pour les CHRS. Ces référentiels sont considérés pertinents par les autorités de chargées de l'autorisation dans plus de 90 % des cas.

[194] On peut s'interroger sur le bien-fondé des raisons qui ont motivé l'absence de référentiel national, qui étaient guidées par la volonté de ne pas imposer un cadre trop rigide aux ESSMS lors du lancement de la démarche.

⁶⁴ Circulaire DGCS/1A/2010/271 du 16 juillet 2010 relative au référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement, d'insertion.

4.2.3 Les ARS et les services déconcentrés de l'Etat ont été sollicités pour appuyer les ESSMS les plus en retard dans la démarche d'évaluation externe

[195] Partant du constat que, fin 2013, moins de 30 % des évaluations externes devant intervenir au plus tard le 3 janvier 2015 ont été réalisées, la DGCS a demandé à l'ANESM de proposer un appui aux ESSMS qui risquent de ne pas être en mesure de remplir leurs obligations évaluatives. Une instruction du 4 avril 2014⁶⁵ demande aux ARS et aux services déconcentrés de l'Etat « *d'accompagner dans l'évaluation externe les établissements et services les plus en retard et qui n'auraient pas encore pu bénéficier d'une démarche d'appui initiée* » par eux-mêmes ou par les fédérations de leur territoire, « *en vue de les aider à formaliser leur cahier des charges pour la réalisation de l'évaluation* ». Dans ce but, un dispositif d'appui de 100 demi-journées a été prévu pour l'ensemble des ESSMS, hors établissements et services ressortissant exclusivement des conseils départementaux. Ce dispositif, gratuit pour les ESSMS, a été organisé par groupe homogène d'établissements, avec l'assistance d'un prestataire (l'ANCREAI).

[196] Au 31 décembre 2014, constatant que 8 % des structures concernées par l'échéance de janvier 2015 n'étaient pas encore entrées dans la démarche, la DGCS a demandé à l'ANESM de proposer un nouvel appui, calibré à 35 demi-journées, aux ESSMS les plus en retard dans leurs obligations évaluatives. Dans une instruction du 5 juin 2015⁶⁶, la DGCS a demandé aux ARS et aux services déconcentrés de l'Etat de cibler les bénéficiaires potentiels et d'en assurer l'organisation matérielle, toujours avec l'appui d'un prestataire ; étaient particulièrement concernées les structures relevant de la protection de l'enfance et celles relevant de l'inclusion sociale.

4.3 Les autorités chargées de l'autorisation et de la tarification se sont impliquées dans l'accompagnement des ESSMS :

4.3.1 à travers un appui méthodologique

[197] En complément des orientations nationales, les autorités chargées de l'autorisation ont été amenées à accompagner les ESSMS dans leur démarche d'évaluation, que ce soit en organisant des rencontres régionales d'information et de formation, des groupes de partage d'expériences, des outils d'aide à la rédaction d'un cahier des charges et d'aide à la décision pour le choix de l'organismes habilité, ou par une sensibilisation régulière de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), des fédérations et des établissements.

[198] En région Nouvelle Aquitaine, l'ARS a demandé au Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) d'élaborer des outils pratiques pour faciliter la mise en œuvre de l'évaluation interne⁶⁷ et de l'évaluation externe⁶⁸ dans le secteur médico-social.

[199] Cet appui méthodologique est parfois allé jusqu'à l'élaboration d'un référentiel d'évaluation interne, comme mentionné *supra*.

⁶⁵ Instruction DGCS/5C/ANESM n°2014-100 du 4 avril 2014 relative au dispositif de sensibilisation et d'appui sur l'évaluation externe à l'attention des établissements et services sociaux et médico-sociaux autorisés avant la loi du 3 janvier 2002.

⁶⁶ Instruction DGCS/5C/ANESM n°2015-191 du 5 juin 2015 relative au dispositif de sensibilisation et d'appui sur l'évaluation externe à l'attention des établissements et services sociaux et médico-sociaux autorisés avant la loi du 3 janvier 2002 et à certaines catégories d'ESSMS éloignés de l'évaluation externe.

⁶⁷ Outils pratiques pour faciliter la mise en œuvre de l'évaluation interne dans le secteur médico-social - CCECQA décembre 2013

⁶⁸ Outils pratiques pour faciliter la mise en œuvre de l'évaluation externe dans le secteur médico-social - CCECQA avril 2014

4.3.2 et des aides financières accordées ponctuellement par les autorités de tarification

[200] Les ARS et les services déconcentrés ont été amenés à accorder des crédits aux ESSMS pour contribuer au financement des évaluations externes. Ainsi, pour le secteur social, des crédits ont été accordés aux CHRS dans 56 % des cas pour contribuer au financement des évaluations externes.

[201] Pour le secteur médico-social, plus de 68 % des ESSMS (81 % des EHPAD) ont bénéficié de crédits non reconductibles (CNR). Le montant total des CNR alloués en 2013 et 2014 s'élève à 13 millions d'euros sur le champ des personnes âgées et à 5,5 millions d'euros sur le champ du handicap, soit un total de plus de 18,5 millions d'euros pour le secteur médico-social⁶⁹. L'effort le plus important a été réalisé en 2013, avec 11,5 millions d'euros, contre 7 millions d'euros en 2014.

[202] On constate des disparités importantes selon les régions. Sur les 26 anciennes régions, 8 ARS n'ont accordé aucun CNR au titre des évaluations. Les montants alloués en 2013 et 2014 vont d'une dizaine de milliers d'euros en région Aquitaine (10 000 euros), région Centre (14 470 euros) ou région Nord - Pas-de-Calais (17 000 euros), à plusieurs millions d'euros en région Ile de France (4,3 millions d'euros) et en région Provence Alpes Côte d'Azur (4,4 millions d'euros).

[203] Si le coût des démarches d'amélioration de la qualité a été évoqué à plusieurs reprises par les interlocuteurs de la mission comme une charge financière difficile à assumer, plusieurs autorités de tarification ont tenu à souligner que, par principe, elles « n'ont pas vocation à financer des prestations qui ne répondraient pas aux exigences de qualité ».

5 L'EXPLOITATION DES RAPPORTS D'ÉVALUATION CONSTITUE UNE CHARGE LOURDE POUR LES AUTORITÉS CHARGÉES DE L'AUTORISATION QUI SE SONT ORGANISÉES POUR Y FAIRE FACE

5.1 Près de 25 000 ESSMS sont concernés par des échéances identiques

[204] Les autorités de chargées de l'autorisation se sont trouvées confrontées à un afflux de rapports d'évaluation interne puis externe car les quelques 25 000 ESSMS autorisés et ouverts avant la date de publication de la loi de 2002 se retrouvent avec les même échéances calendaires.

[205] En effet, il résulte de l'article 80 de la loi de 2002 que « *les établissements et services sociaux et médico-sociaux et les lieux de vie autorisés à la date de la publication de la présente loi le demeurent dans la limite fixée au quatrième alinéa de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles* ». Ainsi, comme le rappelle la circulaire de la DGCS du 21 octobre 2011, « *les ESSMS autorisés à la date du 3 janvier 2002 sont autorisés pour une période de 15 ans à compter de cette date. Par voie de conséquence, le renouvellement de leur autorisation interviendra le 3 janvier 2017. Compte-tenu des obligations prévues par l'article L. 312-8 du CASF, ces ESSMS devront, pendant la période qui reste à courir jusqu'au 3 janvier 2017, procéder à la transmission des résultats d'au moins une évaluation interne et d'au moins une évaluation externe aux autorités compétentes* ».

[206] Ces établissements devaient communiquer les résultats d'au moins une évaluation interne, au plus tard le 3 janvier 2014, soit trois ans avant la date du renouvellement de leur autorisation⁷⁰.

⁶⁹ Source CNSA

⁷⁰ Premier alinéa de l'article D312-204 du CASF

Ils devaient par ailleurs avoir procédé à au moins une évaluation externe au plus tard le 3 janvier 2015, soit deux ans avant la date de renouvellement de leur autorisation⁷¹.

[207] Dans ce contexte, la circulaire de la DGCS du 21 octobre 2011 précitée demandait aux directeurs d'ARS et directeurs de services déconcentrés de l'Etat d'inciter les ESSMS à ne pas attendre la date limite pour transmettre les résultats des évaluations internes et externes, « *afin d'éviter l'encombrement des services destinataires* » et « *considérant la disponibilité de l'offre des organismes habilités* ».

[208] Pour autant, compte tenu de la charge de travail constituée par l'afflux simultané des rapports d'évaluation interne et externe, 19 % des ARS et 33 % des services déconcentrés déclarent ne pas avoir exploité les rapports d'évaluation interne.

[209] A titre d'exemple, pour l'ARS d'Ile de France, ces deux échéances représentaient 3 000 dossiers à gérer sur la période 2014 et 2015, l'Agence ayant la responsabilité de renouveler les autorisations de 80 % des ESSMS au 3 janvier 2017 (soit 1 500 autorisations).

[210] Au niveau national, il ressort de l'enquête réalisée par la mission que le temps moyen consacré à l'analyse des rapports d'évaluation externe est de 1,8 jours par rapport pour les ARS et 1,7 jours pour les services déconcentrés. Pour autant, lors des entretiens menés par la mission, la durée la plus fréquemment citée était d'une journée par rapport d'évaluation externe.

[211] Comme le souligne la Société française de l'évaluation, l'absence de cadre méthodologique partagé conduit à des rapports très diversifiés, dans leur forme et leur contenu, ce qui ne facilite pas leur exploitation.

[212] Des formations ont été organisées par l'ANESM à partir de 2013 au profit des autorités chargées de l'autorisation et 184 référents évaluations ont été identifiés. Compte tenu des réorganisations survenues en 2016 dans les ARS et les DRDJSCS avec la mise en place de la nouvelle organisation territoriale, des pertes de compétences ont été signalées à la mission.

5.2 Les autorités chargées de l'autorisation se sont organisées pour faire face à un afflux de dossiers à exploiter

5.2.1 Elles se sont dotées de tableaux de suivi des évaluations et de grilles d'analyse des rapports d'évaluation externe.

[213] Il ressort de l'enquête réalisée par la mission que les ARS et les services déconcentrés de l'Etat se sont très majoritairement (la totalité des ARS et les trois quart des services déconcentrés) dotés d'outils de suivi des démarches d'évaluation et les retards dans la production des rapports d'évaluation ont fait l'objet de relances systématiques dans plus de 81 % des cas pour les services déconcentrés et 94 % des cas pour les ARS.

[214] Ce suivi du calendrier de réalisation des évaluations est dans la quasi-totalité des régions effectué sur un tableur, souvent complété par un outil de partage de type SharePoint, que ce soit entre DRDJSCS et DDCS ou entre ARS et délégations territoriales.

[215] En ex-région Nord - Pas-de-Calais, la démarche d'évaluation et de renouvellement des autorisations préfectorales des ESSMS relevant de la « cohésion sociale », formalisée à l'issue d'une réunion entre directions régionales et départementales en février 2014, repose sur le principe de travail commun sur un espace de travail collaboratif destiné à permettre « *un travail régional et*

⁷¹ Cinquième alinéa de l'article L312-8 du CASF

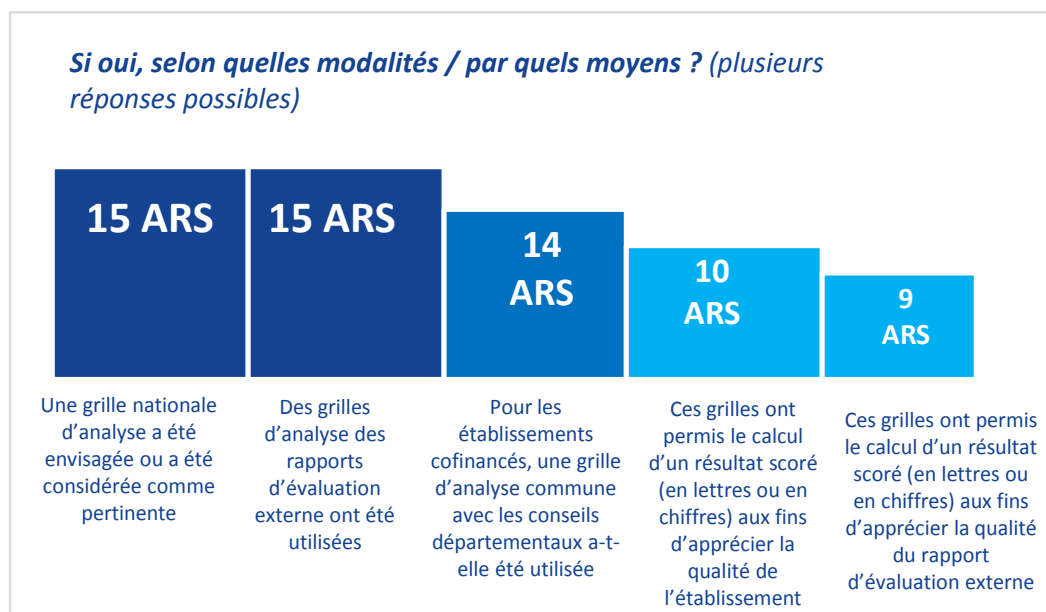
interdépartemental sur une base de documents uniques et partagés». Cet espace collaboratif comprend notamment un tableau de bord régional, des grilles d'analyse, des courriers-type, les rapports d'évaluation interne et externe reçus par voie électronique et la documentation relative aux évaluations et au renouvellement des autorisations préfectorales.

[216] L'instruction des dossiers a été effectuée majoritairement par les équipes en charge de la tarification des ESSMS, tant dans les ARS que dans les services déconcentrés, le choix de constituer une équipe ad hoc permanente ou provisoire n'ayant été retenu que par 6 % des ARS et 8 % des services déconcentrés.

[217] Par ailleurs, 94 % des ARS et 73 % des services déconcentrés ayant répondu à l'enquête ont déclaré avoir formalisé méthodologiquement l'instruction des rapports à l'aide de grilles d'analyse élaborées localement ou à partir de travaux réalisés par d'autres agences ou directions régionales. Ainsi, plusieurs services déconcentrés de l'Etat ont utilisé un modèle de grille d'analyse élaboré par la mission régionale et interdépartementale d'inspection, contrôle et évaluation (MRIICE) de la direction régionale Midi-Pyrénées. De même, la grille d'analyse réalisée par l'ARS d'Auvergne a servi de modèle à plusieurs autres agences qui l'ont adaptée à leurs besoins.

[218] La majorité des ARS et quelques services déconcentrés ont utilisé des grilles permettant le calcul de résultats scorés, aux fins d'apprécier la qualité du rapport d'évaluation externe et la qualité de la prise en compte des principales thématiques issues des recommandations de bonnes pratiques. Cette méthode vise à objectiver l'analyse des rapports, notamment lorsque ce travail d'analyse est partagé entre plusieurs autorités (cf. infra 5.2.2).

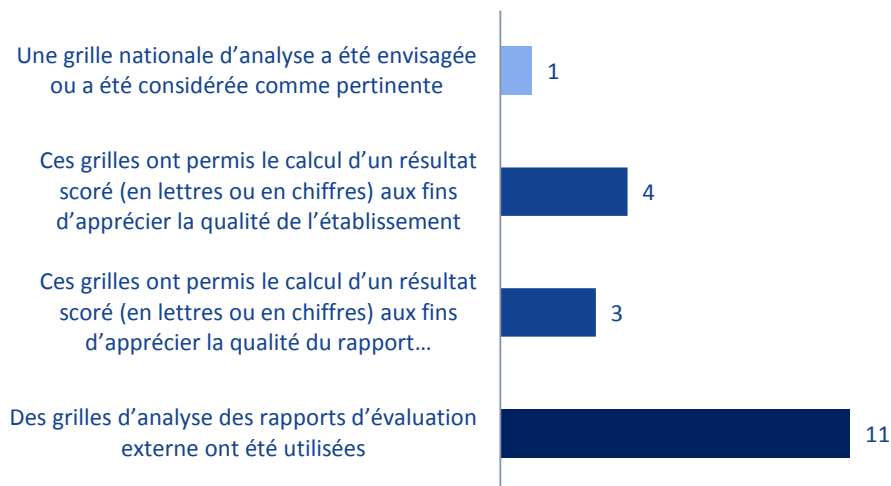
Graphique 4 : Méthode employée par les ARS pour l'instruction des rapports d'évaluation externe



Source : Enquête ARS – Mission IGAS / SGMAP

Graphique 5 : Méthode employée par les services déconcentrés pour l'instruction des rapports d'évaluation externe

Si oui, selon quelles modalités / par quels moyens ? (plusieurs réponses possibles)



Source : *Enquête DRDJSCS – Mission IGAS / SGMAP*

[219] De manière générale, les autorités chargées de l'autorisation rencontrées par la mission ont regretté ne pas avoir disposé d'une grille d'analyse nationale, l'ANESM n'ayant proposé un modèle de grille d'instruction des évaluations externes qu'au cours du dernier trimestre de 2014, diffusé lors des formations puis sur son outil de partage. Cette grille vise à :

- s'assurer de la complétude des rapports d'évaluation externe des ESSMS au regard des prescriptions du chapitre V et aux principes du chapitre I de l'annexe 3-10 du CASF ;
- apprécier la réalisation des objectifs de l'évaluation externe détaillés au chapitre II de l'annexe 3-10 du CASF ;
- apprécier le niveau de sévérité et d'alerte des rubriques figurant dans le modèle abrégé du rapport d'évaluation externe⁷².

[220] On peut regretter, comme le souligne l'ARS d'Ile de France, qu'aucune procédure n'ait été prévue d'emblée pour permettre d'apprécier le caractère complet ou incomplet d'un rapport d'évaluation externe, avec le risque qu'une mauvaise ou qu'une non-exploitation de cette masse d'information pourrait mettre à mal la crédibilité des autorités chargées de l'autorisation et engager leur responsabilité.

[221] Il ressort de l'enquête réalisée par la mission que 64 % des services déconcentrés et 94 % des ARS ont rencontré des difficultés dans l'instruction des rapports d'évaluation externe.

⁷² 3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du CASF.

5.2.2 Les ARS et les conseils départementaux ont majoritairement adopté des procédures d'instruction partagées pour le renouvellement des autorisations conjointes

[222] La circulaire de la DGCS du 21 octobre 2011 préconisait, dans le cas d'une autorisation conjointe, de se rapprocher de l'autre autorité, « *afin d'examiner de concert les modalités de renouvellement de l'autorisation commune* ».

[223] En vue d'alléger la charge de travail et de garantir une qualité homogène de l'analyse des rapports d'évaluation, les ARS et les conseils départementaux ont majoritairement⁷³ adopté des procédures d'instruction partagées pour le renouvellement des autorisations conjointes. La mise en œuvre de ces procédures a parfois nécessité l'organisation de séances de formation.

[224] En région Ile de France, une procédure régionale commune a été élaborée et formalisée dans des référentiels signés entre les conseils départementaux et les délégations territoriales de l'ARS. Une grille d'analyse avec cotation a été réalisée conjointement pour définir des points de vigilance et un outil web élaboré et partagé avec les conseils départementaux permet de suivre l'avancement du processus, d'aider à l'analyse des rapports d'évaluation et d'aider à la prise de décision.

[225] Pour alléger la charge de travail, les ARS et les conseils départementaux ont pu faire le choix de se répartir l'instruction des dossiers, les conclusions formulées par les rapporteurs étant alors examinées en comité ou commission d'examen collégial pour décision concernant le renouvellement de l'autorisation ou le dépôt d'une demande de renouvellement d'autorisation, comme c'est le cas dans les régions où s'est rendue la mission : en Ile de France, en Hauts de France, en Pays de la Loire et pour la majorité des départements en Nouvelle Aquitaine.

5.3 Malgré l'hétérogénéité des référentiels utilisés par les ESSMS et les évaluateurs externes, l'analyse des rapports d'évaluation externe est jugée globalement utile par les autorités de tarification

[226] Au-delà de l'analyse nécessaire au processus de renouvellement de l'autorisation, l'exploitation des rapports d'évaluation externe a été jugée utile par 87 % des ARS et 78 % des services déconcentrés.

[227] Les résultats de l'enquête indiquent que 44 % des ARS et 24 % des services déconcentrés ont effectué un retour d'analyse individuel de l'instruction des rapports d'évaluation externe auprès des ESSMS.

[228] Pour autant, il ressort des entretiens menés par la mission que les ESSMS regrettent de ne pas avoir obtenu de retour d'analyse, tant individuel que collectif, de leur rapport d'évaluation externe par l'autorité chargée de l'autorisation, ce qui a pu semer le doute sur l'utilité du travail réalisé et sur l'exploitation des rapports.

[229] Malgré la charge de travail occasionnée par l'instruction des rapports d'évaluation, certaines autorités de tarification ont profité du renouvellement de l'autorisation pour formaliser cette décision afin d'actualiser les dossiers des ESSMS.

[230] Si l'utilité de la démarche d'évaluation n'est pas remise en cause, les autorités chargées de l'autorisation et de la tarification regrettent parfois que l'hétérogénéité des référentiels

⁷³ 14 ARS ayant répondu à l'enquête réalisée par la mission

d'évaluation interne utilisés par les ESSMS et l'absence de cadre méthodologique partagé par les évaluateurs externes ne permettent pas d'identifier aisément des axes d'effort communs à un territoire ou une catégorie d'établissement ou service.

[231] Cette finalité est exclue par l'annexe 3-10 du CASF qui précise que l'évaluation externe ne permet pas de comparer les ESSMS entre eux, seule la comparabilité dans le temps entre les résultats des évaluations pouvant être recherchée, pour un établissement ou un service donné.

[232] On peut regretter que le souci de ne pas heurter la sensibilité des acteurs ne facilite pas l'identification d'axes d'effort commun qui pourraient faire l'objet d'action de formation ou de sensibilisation de la part des autorités de tarification.

6 LA DEMARCHE D'EVALUATION A UN REEL IMPACT SUR LA QUALITE DES PRESTATIONS MAIS COMPORTE DES FAIBLESSES

6.1 Le point de vue des acteurs est globalement positif

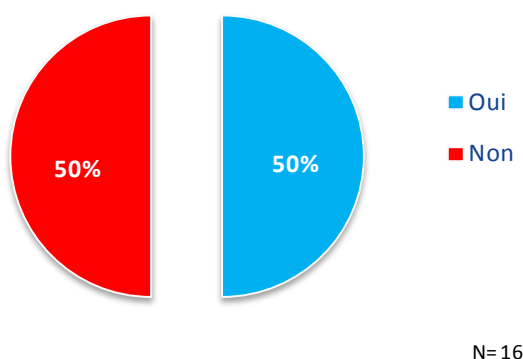
[233] Pour apprécier l'impact sur la qualité, la mission s'est fondée principalement, faute d'éléments plus objectifs, sur l'exploitation des questionnaires adressés aux autorités tarifatrices, aux directeurs d'ESSMS et aux présidents de conseils de la vie sociale représentant les usagers.

6.1.1 Des instruments de mesure imparfaits

[234] La mission relève d'emblée que la mesure de l'évolution de la qualité de l'offre depuis la mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne et externe est considérée comme une tâche difficile par les autorités de tarification : si 50 % des ARS la jugent possible, seulement 30 % des DRDJSCS déclarent pouvoir mesurer l'évolution de la qualité de l'offre.

Graphique 6 : La capacité des ARS à mesurer l'évolution de la qualité de l'offre

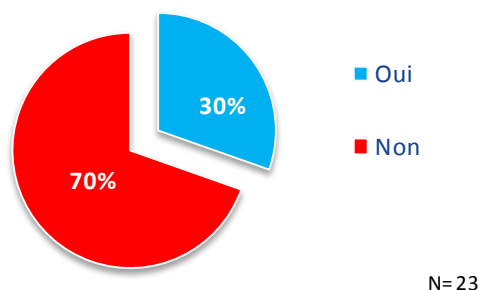
L'évolution de la qualité de l'offre depuis la mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne et externe est-elle mesurable par vos services ?



Source : Enquête ARS – Mission IGAS / SGMAP

Graphique 7 : La capacité des DRDJSCS à mesurer l'évolution de la qualité de l'offre

L'évolution de la qualité de l'offre depuis la mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne et externe est-elle mesurable par vos services ?



Source : *Enquête DRDJSCS – Mission IGAS / SGMAP*

[235] La mission rappelle que le décret budgétaire n° 2003-1010 du 22 octobre 2003⁷⁴ a prévu, dans son article 27, la mise en place d'indicateurs sociaux et médico-sociaux afin de mesurer l'activité et le coût des établissements et services et de permettre leur comparaison.

[236] La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoyait dans son article 67 le lancement d'expérimentations conduites par les ARS « *sur les règles de tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins* ». Un projet de circulaire de la DGCS prévoyait « *de tester sur 3 ans un dispositif d'attribution d'une majoration de ressources aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en fonction de l'évolution de la valeur d'indicateurs mesurant la qualité de la prise en charge des soins dans l'établissement* » mais n'a pas été diffusée. L'expérimentation envisagée devait permettre d'identifier « *des indicateurs de mesure de la progression de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge des soins dispensés aux résidents de ces établissements utilisables pour la modulation d'une majoration tarifaire* ».

[237] L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a construit en 2009, avec les acteurs de terrain (agences régionales de santé, conseils départementaux, établissements et services médico-sociaux), un tableau de bord de la performance à partir d'indicateurs pour outiller le secteur médico-social.

[238] Le tableau de bord⁷⁵ de l'ANAP porte sur quatre champs : prestations de soins et d'accompagnement de l'usager ; ressources humaines et matérielles ; finances et équilibre budgétaire ; objectifs de l'établissement. Chaque ARS assure le pilotage régional du tableau de bord et accompagne les établissements et services de son territoire, en associant les conseils départementaux volontaires. L'ANAP, elle, accompagne les établissements et services médico-

⁷⁴ Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

⁷⁵ Les tableaux de bord sont composés d'indicateurs médico-sociaux et économiques qui sont soit communs à tous les services, soit spécifiques aux activités développées.

sociaux, les ARS et les conseils départementaux à l'utilisation du tableau de bord. Généralisé entre 2015 et 2017, ce tableau de bord va entrer dans la phase « fonctionnement en routine » en 2018.

[239] Aujourd'hui environ 15 000 ESSMS des secteurs personnes âgées/personnes handicapées remplissent ce tableau de bord. Celui-ci est cité par les ARS comme un des outils possibles pour suivre l'évolution de la qualité alors même qu'il ne porte que marginalement sur la qualité des prestations des ESSMS. En effet l'évaluation de la qualité n'est pas dans le champ de l'ANAP, qui pourrait cependant s'y engager avec l'ANESM si une décision stratégique était prise en ce sens.

[240] Ces remontées de données sont redondantes avec celles qui alimentent les tableaux de bord des indicateurs socio-économiques prévus à l'article R. 314-28 du CASF, ce que regrettent les acteurs locaux rencontrés par la mission. La DGCS devrait prochainement lever cette difficulté par modification des dispositions réglementaires.

[241] De son côté, le conseil scientifique de l'ANESM rappelle dans son avis du 12 mars 2015⁷⁶ que « Depuis son origine, l'évaluation telle qu'elle est promue par l'ANESM s'écarte résolument d'une référence trop exclusive à des indicateurs ». Le Conseil estime cependant qu'ils sont utiles à la démarche d'évaluation et qu'il est donc utile d'en proposer dans les recommandations. L'ANESM a notamment publié deux recommandations sur la conduite de l'évaluation interne : l'une sur les EHPAD qui recommande 15 indicateurs (cf. pièce jointe n°3), une autre sur les services à domicile qui en recommande 12. A titre d'exemple on peut citer, pour les EHPAD, le taux d'hospitalisation en urgence ou le taux de résidents ayant donné leur avis sur le projet d'accompagnement.

[242] Par ailleurs de nombreux ESSMS ont mis en place des indicateurs de qualité de l'offre. En moyenne 28 % des ARS estiment que les ESSMS l'ont fait, avec une proportion plus importante concernant les EHPAD (43 %) et les établissements pour personnes handicapées (36 %). Les agences ne sont que 8 % à constater que les établissements spécialisés en addictologie ont mis en place des indicateurs et 7 % pour les services de soins infirmiers à domicile. En ce qui concerne les CHRS, les DRDJSCS estiment à 57 % que la majorité d'entre eux ont mis en place en interne des indicateurs de qualité de l'offre.

⁷⁶ Elaboration et utilisation des indicateurs dans la démarche d'évaluation interne, ANESM. http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Avis%20du%20CS%20du%2012%2003%202015_Note%20indicateurs.pdf.

Graphique 8 : Degré de mise en place d'indicateurs de qualité de l'offre dans les ESMS, selon les ARS

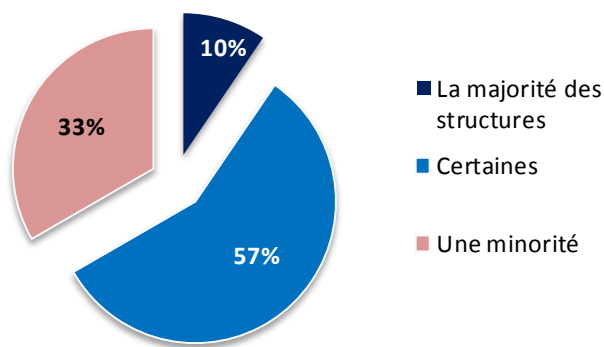
Pour chaque type d'établissement ou service suivant, savez-vous si les structures ont mis en place en interne des indicateurs de qualité de l'offre ?

| | La majorité des structures | Certaines | Une minorité |
|--|----------------------------|------------|--------------|
| Etablissements pour personnes âgées | 43% | 50% | 7% |
| Services de soins infirmiers à domicile | 7% | 79% | 14% |
| Etablissements pour adultes handicapés | 36% | 57% | 7% |
| Etablissements pour enfants handicapés | 36% | 57% | 7% |
| Services à domicile pour adultes handicapés | 36% | 57% | 7% |
| Services à domicile pour enfants handicapés | 29% | 64% | 7% |
| Etablissements et services spécialisés en addictologie | 8% | 50% | 42% |
| Moyenne ESSMS | 28% | 59% | 13% |

Source : Enquête ARS – Mission IGAS / SGMAP

Graphique 9 : Degré de mise en place d'indicateurs de qualité de l'offre dans les ESMS selon les DRDJSCS

Certains CHRS ont-ils mis en place en interne des indicateurs de qualité de l'offre ?



Source : Enquête DRDJSCS – Mission IGAS / SGMAP

[243] La mesure de l'impact de la procédure d'évaluation s'avère ainsi difficile, faute d'indicateurs suffisamment robustes et partagés permettant de prendre en compte l'évolution de la prestation et du ressenti par les bénéficiaires. Les « Enquêtes Bientraitance » réalisées par l'ANESM depuis 2008 auprès des EHPAD, puis des maisons d'accueil spécialisées (MAS), des foyers d'accueils médicalisés (FAM), des services intervenant auprès d'un public adulte à domicile, leur permettent de s'inscrire « dans une démarche d'auto-évaluation de leurs pratiques concourant au déploiement de la bientraitance ». Ces enquêtes visent à identifier « les points forts et les marges d'amélioration possibles au regard des ambitions des plans nationaux ». Elles comportent plusieurs indicateurs permettant de mesurer les réponses apportées par les EHPAD aux objectifs des plans nationaux ainsi que des indicateurs de suivi portant, notamment, par exemple, sur l'accompagnement de fin de vie, la santé, la vie sociale, l'expression des résidents. L'enquête 2015⁷⁷ concernant les EHPAD met ainsi en évidence l' « amélioration des pratiques de recueil du consentement et des attentes dans les premiers moments de l'accueil » et « un léger recul de la prise en compte de la parole des résidents et des proches pour réévaluer les projets d'accompagnement ». Par ailleurs, les enquêtes diligentées par la mission apportent des éléments d'appréciation transverses non négligeables.

6.1.2 Mais un impact reconnu de la démarche d'évaluation

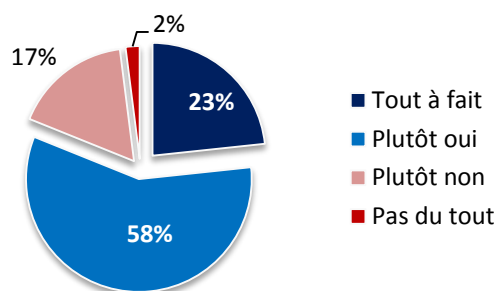
[244] Les DRDJSCS considèrent à 50 % que le processus d'évaluation interne et externe est l'outil le plus efficace d'amélioration de la qualité, à égalité avec les référentiels et les textes réglementaires et derrière les contrôles inopinés (60 %).

[245] Les ARS sont 56 % à citer les processus d'évaluation comme outil le plus efficace, derrière les référentiels (69 %) et les indicateurs qualité (63 %).

[246] Quant aux directeurs, à la question « les conclusions de l'évaluation externe vous ont-elles permis d'améliorer la qualité des prestations délivrées ? », ils sont 58 % à répondre « plutôt oui » et 23 % « tout à fait ».

Graphique 10 : L'impact des évaluations externes sur la qualité des prestations délivrées, selon les directeurs d'ESSMS

Plus précisément, les conclusions vous ont-elles permis d'améliorer la qualité des prestations délivrées?



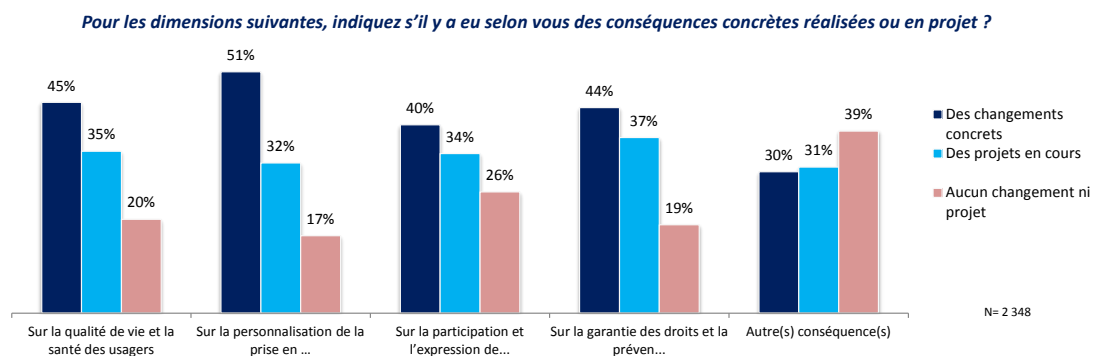
N= 591

Source : Enquête directeurs – Mission IGAS / SGMAP

⁷⁷ ANESM. Déploiement des pratiques professionnelles concourant à l'amélioration de la bientraitance dans les EHPAD – Zoom de l'analyse nationale 2015.

[247] Ils déclarent en moyenne très majoritairement, à 79 %, que les évaluations ont entraîné des conséquences concrètes dans leur établissement : 44 % en moyenne ont opéré des changements concrets et 34 % ont des projets en cours. Ces changements portent sur toutes les dimensions de la vie de l'ESSMS et d'abord sur la personnalisation de la prise en charge, puis sur la qualité de vie et la santé des usagers, la participation et l'expression des usagers, la garantie des droits et la prévention.

Graphique 11 : Principales conséquences des évaluations externes, selon les directeurs d'ESSMS



Source : *Enquête directeurs – Mission IGAS / SGMAP*

[248] Ces derniers éléments recoupent l'enquête KPMG précitée : la principale conséquence de l'évaluation externe sur les usagers est la mise en œuvre de projets personnalisés à 57 % pour les EHAPD et à 44 % pour les autres établissements et services. Vient ensuite un renforcement de la participation collective au fonctionnement de l'établissement pour respectivement 39 % et 49 %. Il est notable toutefois que, pour 25 % des répondants à l'enquête KPMG de 2015, l'évaluation externe n'a eu aucune conséquence particulière sur les résidents, alors que dans l'enquête diligentée par la mission en 2017, seulement 2 % considéraient que les conclusions de l'évaluation externe n'ont « pas du tout » permis d'améliorer la qualité des prestations délivrées.

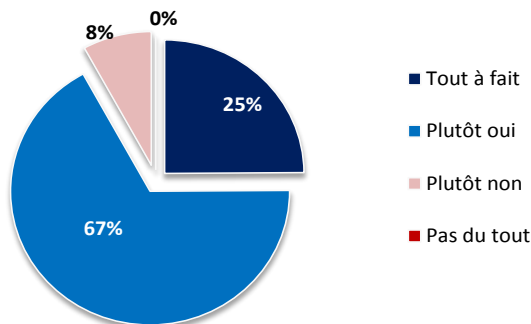
[249] De plus l'évaluation externe a eu des effets positifs sur le climat social au sein de l'ESSMS : les directeurs répondent « plutôt oui » à 52 % et « tout à fait » à 11 %. Cette donnée participe évidemment à la qualité du service rendu.

[250] Selon les réponses au questionnaire adressé aux directeurs, 31 % de ceux-ci ont associé les usagers à la démarche d'évaluation par le moyen de la consultation du CVS. Les présidents de CVS ayant répondu à l'enquête de la mission⁷⁸ estiment pour leur part à 92 % que l'évaluation de la structure a permis d'identifier des améliorations de l'organisation et des pratiques professionnelles (67 % « plutôt oui » et 25 % « tout à fait ») et dans 94 % des cas ils estiment que ces améliorations ont été mises en place. Cette amélioration a été ressentie dans tous les secteurs de la vie quotidienne.

⁷⁸ 163 questionnaires ont pu être exploités.

Graphique 12 : Les possibilités d'amélioration de l'organisation et des pratiques professionnelles, selon les présidents de CVS

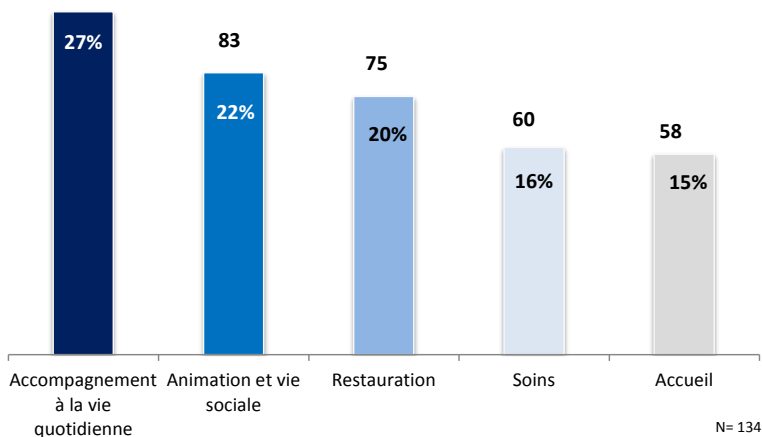
Des possibilités d'amélioration de l'organisation et des pratiques professionnelles sont-elles apparues ?



Source : Enquête présidents de CVS – Mission IGAS / SGMAP

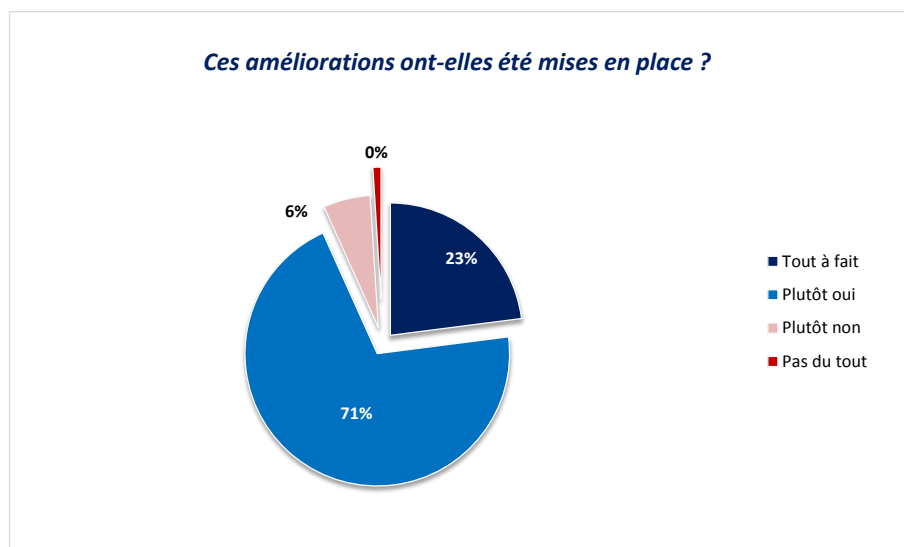
Graphique 13 : Secteurs dans lesquels des améliorations de l'organisation et des pratiques professionnelles sont possibles, selon les présidents de CVS

Dans quels secteurs plus précisément ? (plusieurs réponses possibles)



Source : Enquête présidents de CVS – Mission IGAS / SGMAP

Graphique 14 : Degré de mise ne place des améliorations de l'organisation et des pratiques professionnelles, selon les présidents de CVS



Source : Enquête présidents de CVS – Mission IGAS / SGMAP

6.2 Le dispositif comporte des faiblesses

6.2.1 Le lien quasi-automatique entre le rapport d'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation est contraignant

[251] Les autorités chargées de l'autorisation rencontrées par la mission regrettent le lien quasi-automatique entre la production d'un rapport d'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation : « *Le renouvellement, total ou partiel, de l'autorisation est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe* » (article L. 313-1 du CASF).

[252] Ce lien, destiné à inciter les ESSMS à respecter les prescriptions de la loi de 2002 en matière d'évaluation interne et externe, laisse très peu de marge de manœuvre aux autorités de tarification. Il ressort de l'enquête réalisée par la mission qu'au 1er janvier 2017, 95 % des renouvellements d'autorisation ont été accordés tacitement, contre 5 % de manière exprès pour les ARS et 63 % de manière tacite contre 17 % de manière exprès pour les services déconcentrés.

Graphique 15 : Modalités de renouvellement des autorisations par les ARS

| | Nombre de renouvellement total par entité | Part de renouvellements tacites | Part de renouvellements exprès |
|--|---|---------------------------------|--------------------------------|
| Etablissements pour personnes âgées | 6 685 | 94% | 6% |
| Services de soins infirmiers à domicile | 1 802 | 96% | 4% |
| Etablissements pour adultes handicapés | 2 416 | 96% | 4% |
| Etablissements pour enfants handicapés | 2 386 | 95% | 5% |
| Services à domicile pour adultes handicapés | 47 | 100% | 0% |
| Services à domicile pour enfants handicapés | 1 242 | 96% | 4% |
| Etablissements et services spécialisés en addictologie | 8 | 100% | 0% |
| Total et moyenne | 14 586 | 95% | 5% |

Source : Enquête ARS – Mission IGAS / SGMAP / SGMAP

Graphique 16 : Modalités de renouvellement des autorisations par les DDCS

| | Nombre de renouvellement total | Part de renouvellements tacites | Part de renouvellements exprès |
|------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| CHRS | 571 | 63% | 17% |

Source : *Enquête DRDJSCS – Mission IGAS / SGMAP*

[253] Par ailleurs, 82 renouvellements d'autorisation accordés par les ARS ont été assortis de conditions particulières dans l'intérêt des personnes accueillies et 19 missions de contrôle ont été engagées après exploitation des rapports d'évaluation externe. Du côté des services déconcentrés, on dénombre 1 renouvellement assorti de conditions particulières dans l'intérêt des personnes accueillies, 11 renouvellements partiels et 3 missions de contrôle engagées à la suite d'une évaluation externe. On peut noter 1 non renouvellement qui concerne un service de soins infirmiers à domicile.

Graphique 17 : Suites particulières données par les ARS à certains rapports d'évaluation externe

| | Nombre de non renouvellements d'autorisation | Nombre de renouvellements partiels envisagés | Nombre de renouvellements d'autorisations assortis de conditions particulières dans l'intérêt des personnes accueillies | Nombre de missions de contrôle engagées suite à une évaluation externe sur la base de celle-ci |
|--|--|--|---|--|
| Etablissements pour personnes âgées | 0 | 0 | 47 | 10 |
| Services de soins infirmiers à domicile | 1 | 0 | 3 | 2 |
| Etablissements pour adultes handicapés | 0 | 0 | 18 | 1 |
| Etablissements pour enfants handicapés | 0 | 0 | 11 | 3 |
| Services à domicile pour adultes handicapés | 0 | 0 | 2 | 1 |
| Services à domicile pour enfants handicapés | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Etablissements et services spécialisés en addictologie | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 1 | 0 | 82 | 19 |

Source : *Enquête ARS – Mission IGAS / SGMAP*

[254] En 2016, près de 500 injonctions de dépôt du dossier de demande de renouvellement ont été adressées par les ARS et 26 par les services déconcentrés, principalement en raison de retard dans la production des rapports d'évaluation externe, de leur caractère incomplet ou parce que les résultats étaient insatisfaisants.

[255] Pour déterminer si le renouvellement de l'autorisation doit être exprès, la circulaire de la DGCS du 21 octobre 2011 indique que « l'autorité compétente, après avoir vérifié la conformité de l'évaluation au cahier des charges de l'évaluation externe, porte une appréciation proportionnée sur les résultats de l'évaluation externe transmis ».

[256] Mais les marges de manœuvre des autorités chargées de l'autorisation sont assez réduites. Ainsi, au vu des résultats de la seconde évaluation externe, cette circulaire rappelle les options possibles :

- « conditionner le renouvellement de son autorisation à la communication des résultats d'une nouvelle évaluation externe, dans un délai de 6 mois ;
- conditionner le renouvellement de son autorisation au changement d'organisme évaluateur, en cas de défaillance ou manquement du précédent, et à la communication des résultats d'une nouvelle évaluation externe, dans un délai de 6 mois ;
- empêcher la tacite reconduction du renouvellement de son autorisation, en l'enjoignant de vous présenter une demande de renouvellement. Vous devez faire cette injonction au plus tard un an avant la date de son renouvellement et l'ESSMS doit présenter sa demande de renouvellement, dans un délai de 6 mois. »

[257] L'ARS d'Ile de France fait état de difficultés liées à l'absence d'articulation explicite entre l'article L. 313-1, qui précise que le renouvellement de l'autorisation, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe et les articles L. 313-4, L. 313-16, L. 331-5 ou L. 331-7 du CASF qui précisent les conditions permettant la non-autorisation ou la fermeture totale, ou partielle, définitive ou provisoire, d'un établissement :

- lorsque les règles d'organisation et de fonctionnement prévues ne satisfont pas à celles prévues par le CASF (L. 313-4) ;
- lorsque les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement ne sont pas respectées (L. 313-16) ;
- lorsque les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement menacent ou compromettent la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes accueillies (L. 331-5, L. 331-7).

[258] En effet, le rappel du contenu des débats parlementaires figurant en annexe de la note d'orientation du CNESMS du 10 novembre 2005, souligne que la loi de 2002 est le résultat d'un compromis entre l'Assemblée nationale et le Sénat. La durée de l'autorisation est limitée dans le temps, mais pour éviter de précariser l'existence des ESSMS, sa durée est fixée à 15 ans et le mécanisme du renouvellement des autorisations est moins exigeant que celui de l'autorisation initiale qui n'est accordée qu'une fois remplies quatre conditions⁷⁹, si le projet :

- « 1° Est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma régional de santé ou par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève et, pour les établissements visés au b du 5° du I de l'article L. 312-1, aux besoins et débouchés recensés en matière de formation professionnelle ;
- 2° Satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le présent code et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L. 312-8 et L. 312-9 ;
- 3° Répond au cahier des charges établi, dans des conditions fixées par décret, par les autorités qui délivrent l'autorisation, sauf en ce qui concerne les projets visés au II de l'article L. 313-1-1 ;
- 4° Est compatible, lorsqu'il en relève, avec le programme interdépartemental mentionné à l'article L. 312-5-1, et présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 312-5-2, L. 313-8, L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4, au titre de l'exercice au cours duquel prend effet cette autorisation. »

[259] Seul un alinéa de cet article prévoit une disposition, rédigée de manière très générale, commune à l'autorisation et à son renouvellement : « L'autorisation, ou son renouvellement, peuvent être assortis de conditions particulières imposées dans l'intérêt des personnes accueillies. »

⁷⁹ Article L. 313-4 du CASF

[260] Par conséquent, les autorités chargées de l'autorisation n'ont qu'une faible marge de manœuvre.

[261] A ce sujet, Pierre Savignat⁸⁰, président de la Société française de l'évaluation (SFE), souligne que « *l'administration a quasiment une compétence liée* ». « *Sa décision relève d'un choix strictement binaire (renouveler tacitement ou non) sans espace de négociation pour éventuellement orienter les termes de l'autorisation sauf à rejeter le renouvellement tacite.* »

6.2.2 Le lien exclusif entre le rapport d'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation n'est pas pertinent

[262] Le lien exclusif entre le rapport d'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation est rappelé par la circulaire de la DGCS du 21 octobre 2011 qui précise de surcroît, en caractère gras, « *Il convient d'être attentif à ce que le renouvellement de l'autorisation soit uniquement fondé sur des critères de qualité et ne puisse en aucun cas être un instrument de planification de l'offre* ».

[263] Avec le développement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), ce lien exclusif n'est plus pertinent et les ESSMS se trouvent confrontés à de multiples échéances pas toujours coordonnées et cohérentes : les plans régionaux de santé et surtout les CPOM.

[264] Bien qu'il soit possible de préciser dans un CPOM le calendrier de réalisation des évaluations externes, celles-ci doivent impérativement avoir lieu au plus tard sept ans après la date de l'autorisation et au plus tard deux ans avant la date de son renouvellement (art. D. 312-205 du CASF), ce qui ne permet pas d'adopter un rythme cohérent avec celui des CPOM.

[265] En effet, les CPOM sont signés entre les gestionnaires d'ESSMS et les autorités chargées de l'autorisation et de la tarification pour une durée maximale de cinq ans et ont pour objet, notamment, « *de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service* ». Lorsque le calendrier le permet, les autorités de tarification exploitent les rapports d'évaluation interne et externe en les intégrant dans le cours de la démarche de contractualisation avec les ESSMS.

[266] La question du lien entre l'évaluation externe et les démarches de contractualisation et de programmation ainsi que celle de la cohérence du calendrier entre ces deux démarches mérite d'être examinée.

6.2.3 La procédure d'évaluation n'est pas un instrument de recomposition de l'offre

[267] Si la procédure d'évaluation est globalement considérée comme utile pour améliorer la qualité, cette appréciation ne préjuge pas de la pertinence de l'offre. Il convient ici de rappeler que la loi du 21 juillet 2009 a rénové le dispositif d'autorisation des établissements et services médico-sociaux en introduisant une procédure d'appels à projets pour la définition de besoins collectivement identifiés. Elle a par ailleurs renforcé la logique de planification et de programmation des moyens en créant le projet régional de santé (PRS), dans lequel s'inscrivaient le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016⁸¹ rénove les PRS. Le schéma régional de santé (SRS), désormais unique, est établi pour 5 ans, sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y

⁸⁰ Pierre Savignat, « 25 000 évaluations externes et après », article paru dans : L'année de l'action sociale 2017, Dunod, Paris, 2016,

⁸¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Il fusionne les schémas d'organisation des soins (SROS) et les schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS).

[268] Les autorités de planification sont donc en charge d'optimiser l'organisation des prestations et services sur leur territoire.

[269] A ce titre elles ont manifesté lors des entretiens que, dans certaines situations, la démarche d'évaluation venait contrarier ou au moins gêner cette mission lorsque certains établissements avaient une appréciation positive de leur qualité alors que les autorités chargées de l'autorisation et de la tarification disposaient d'éléments négatifs à d'autres points de vue. Comme l'exprime un conseil départemental « *les rapports ne traitent pas de la politique managériale, du financement, de la formation du personnel etc.* », citant le cas d'un ESSMS posant, aux yeux de l'autorité tarificatrice, d'autres problèmes graves que la qualité au sens strict. Une DRDJSCS fait les mêmes remarques pour un CHRS, dont les prestations sont évaluées positivement mais dont la trop petite taille est facteur de fragilité. Ces exemples montrent la difficulté dans certains cas de faire converger qualité et efficacité, qui se réfère aux objectifs fixés, ou qualité et efficience, qui rapproche le service rendu et son coût.

[270] Par ailleurs, la possibilité de ne renouveler que partiellement l'autorisation aurait pu contribuer à recomposer l'offre mais elle s'avère difficile à mettre en œuvre.

[271] Dans ce contexte, on peut s'interroger aussi sur la pertinence du maintien d'un lien exclusif entre le résultat de l'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation et sur la cohérence des missions confiées aux ARS et aux services déconcentrés.

6.2.4 La démarche d'évaluation continue a inévitablement des conséquences financières

[272] Même si l'amélioration continue de la qualité prônée par les textes⁸² suppose avant tout de s'engager dans une réflexion et de suivre méthodiquement un plan d'action, il serait vain de nier qu'elle pose inévitablement des questions budgétaires. Ainsi la question du nombre de personnels disponibles pour prendre en charge les usagers n'est pas accessoire et a un lourd impact en terme financier pour l'établissement.

[273] Les ESSMS rencontrés par la mission ont parfois tenu à souligner qu'ils sont soumis à une pression plus ou moins forte sur leur plan budgétaire et que certains craignent un « *effet de ciseau entre démarche qualité et possibilités budgétaires* ». La contrainte budgétaire peut alors créer un climat de tension peu favorable à une démarche d'évaluation sereine et à une prise en compte de celle-ci dans de bonnes conditions par les autorités de tarification.

6.2.5 Le processus d'évaluation n'est pas adapté à toutes les structures

[274] La démarche d'évaluation interne puis externe et son calendrier déroulé sur 15 ans sont les mêmes pour tous les ESSMS relevant de l'article L. 312-1 du CASF. Plusieurs interlocuteurs de la mission ont signalé les difficultés rencontrées par les petites structures qui ne peuvent s'appuyer sur une structure solide (groupe, fédération...) pour réaliser ces évaluations.

[275] La Fédération Addiction signale dans une note transmise à la mission que « *le rythme des évaluations (3 évaluations internes et 2 évaluations externes) s'avère assez lourd et chronophage pour*

⁸² Notamment le décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des ESSMS.

les directions et les équipes, en particulier dans les plus petites structures ». Selon elle, ce processus est surdimensionné pour la plupart des établissements et services spécialisés en addictologie qui sont le plus souvent constitués de petites équipes : moins de 5 ETP pour les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD), moins de 10 ETP pour les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)⁸³.

[276] Dans le même esprit, un conseil départemental s'est interrogé aussi sur les capacités des résidences-autonomie, des centres centre locaux d'information et de coordination (CLIC) et des petits services d'aide ou de soins à domicile à s'inscrire dans cette démarche s'ils ne sont pas adossés à une structure plus large (CCAS par exemple) ou très épaulés par une fédération professionnelle.

[277] Ces cas posent la question de la persistance de structures qui n'atteignent pas une taille critique suffisante pour disposer de compétences et de ressources permettant de faire face à l'obligation qui s'impose à eux.

[278] Enfin a été signalé à la mission le cas des EHPAD insérés dans une structure hospitalière. Faut-il une évaluation spécifique de l'EHPAD, éventuellement décalée dans le temps de la procédure engagée par l'hôpital avec la HAS ou envisager de moduler le calendrier de l'évaluation dans le temps pour coordonner les démarches ?

[279] De tels cas particuliers posent des problèmes spécifiques sur le terrain, qui mériteraient d'être pris en compte.

7 DES AMELIORATIONS MERITENT D'ETRE APPORTEES A LA DEMARCHE D'EVALUATION INSTAUREE PAR LA LOI DE 2002, EN CONSERVANT LE CADRE DU MODELE EXISTANT

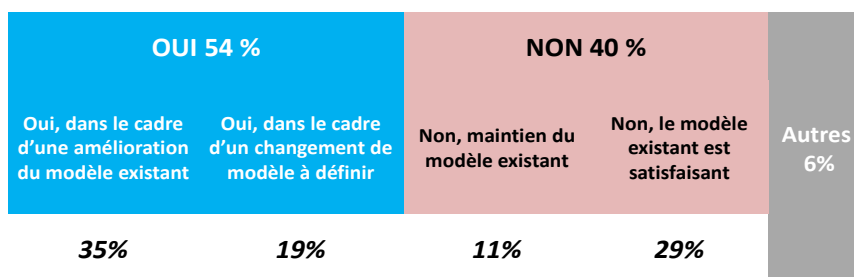
[280] Les fédérations gestionnaires d'établissements et représentant les usagers ainsi que les directeurs rencontrés par la mission ont fait part de leur souhait de conserver la démarche d'évaluation instaurée par la loi de 2002. Avec le temps, les réticences initiales à sa mise en œuvre ont été levées et les équipes se sont mobilisées, créant une dynamique propice à l'amélioration de la qualité des prestations délivrées, même si la mesure de l'évolution de la qualité de l'offre reste difficile faute d'instrument de mesure satisfaisant.

[281] L'enquête réalisée auprès des directeurs d'établissements confirme les propos recueillis lors des entretiens. En effet, 40 % des directeurs ayant répondu à l'enquête ne voient pas d'amélioration à apporter au dispositif actuel et 35 % identifient des pistes d'amélioration mais en conservant le modèle existant.

⁸³ Rapport IGAS 2013-119R portant sur l'évaluation du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives - Dr. G. Duhamel, C. Hesse, février 2014.

Graphique 18 : Avis des directeurs quant aux évolutions à apporter à la démarche d'évaluation

Et pour finir, voyez-vous des améliorations qui pourraient être apportées à la démarche d'évaluation prévue par la loi de 2002 ?



Source : *Enquête directeurs – Mission IGAS / SGMAP*

[282] La mission considère également qu'il est important de conserver le dispositif instauré par la loi de 2002 et de maintenir la mobilisation des acteurs. Pour autant, plusieurs pistes d'évolution ont été identifiées afin d'améliorer le modèle existant.

7.1 L'offre d'outils méthodologiques et d'instruments de mesure de la qualité devrait être étendue

7.1.1 L'ANESM devrait proposer des référentiels d'évaluation interne aux ESSMS

[283] Aucun référentiel d'évaluation interne destiné à traduire les RBPP n'ayant été proposé aux ESSMS au niveau national, ces derniers ont été contraints de se doter de référentiels d'évaluation par leurs propres moyens, en général avec l'appui des groupes d'établissements et des fédérations (cf. 4.2.2).

[284] Bien que la plupart des ESSMS dispose déjà d'un référentiel, il serait souhaitable de leur proposer un modèle de référentiel d'évaluation articulé en plusieurs niveaux comprenant :

- les questions évaluatives transverses à l'ensemble des ESSMS ;
- les questions évaluatives propres à l'ensemble d'une même catégorie d'établissement ;
- les questions évaluatives propres à certaines catégories de personnes prises en charge ;
- par ailleurs, une dernière partie devrait être identifiée par chaque établissement ou service, en fonction de ses activités et du type de prise en charge.

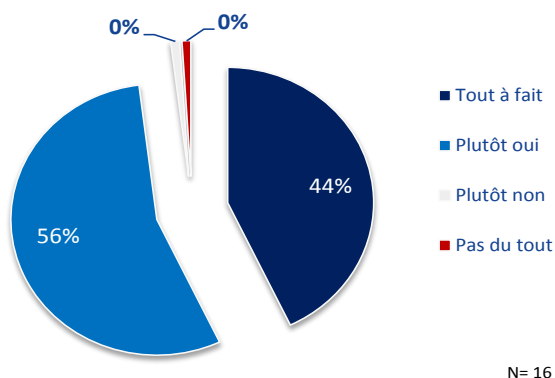
[285] Les évaluations internes et externes sont menées successivement, les évaluations externes portant un regard extérieur qui doit tenir compte des résultats des démarches d'amélioration continue de la qualité. Une évolution progressive vers l'utilisation de référentiels d'évaluation internes plus cohérents au niveau national permettrait d'être plus exigeant sur le contenu du rapport d'évaluation externe, sur l'analyse de l'état des lieux et de l'effet des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

[286] L'élaboration par l'ANESM, avec l'appui de son Comité d'orientation stratégique (COS) et après avis de son Conseil scientifique, d'un cadre minimum commun de références, facultatif (de manière à permettre le maintien des référentiels là où ils sont d'ores et déjà en place) et adapté à chaque catégorie d'ESSMS, viendrait compléter le travail important réalisé pour la mise en œuvre d'une démarche évaluative avec l'élaboration des RBPP.

[287] Cette proposition d'amélioration, plébiscitée par les ARS et largement souhaitée par les DRDJSCS (77 % de réponses favorables), a été évoquée à plusieurs reprises par des gestionnaires d'établissements rencontrés par la mission et figure parmi les pistes d'amélioration citées librement par les gestionnaires d'établissement ayant répondu au questionnaire qui leur a été adressé.

Graphique 19 : Avis des ARS sur la pertinence de l'élaboration d'un référentiel d'évaluation en complément des RBPP

Parmi les pistes d'amélioration envisageables, l'élaboration de référentiels d'évaluation de la qualité en complément des recommandations de bonnes pratiques vous paraît-elle pertinente :



Source : *Enquête ARS – Mission IGAS / SGMAP*

Recommandation n°1: Elaborer un cadre minimum commun de références pour l'évaluation interne, adapté à chaque catégorie d'ESSMS.

7.1.2 La reconnaissance de correspondance entre les référentiels de certification et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes mériterait d'être étendue

[288] Le décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 détermine les conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des ESSMS, afin d'articuler ces deux démarches, en précisant qu'il ne peut être reconnu de correspondance complète entre la procédure de certification et l'évaluation externe.

[289] Aujourd'hui, les arrêtés de reconnaissance partielle publiés concernent les EHPAD, les services aux particuliers et les services à domicile. Le décret n° 2017-705 du 2 mai 2017 prévoit, pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, que lorsque le référentiel de certification respecte l'ensemble des conditions du cahier des charges mentionné à l'annexe 3-10 du CASF, la certification vaut évaluation externe.

[290] La mission n'entend pas remettre en cause la démarche d'évaluation interne et externe instaurée par la loi de 2002 mais estime qu'il serait pertinent de prévoir une extension du champ des établissements pouvant bénéficier de reconnaissances de correspondance partielle entre un référentiel de certification et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes.

[291] En effet, tant pour les ARS que pour les DRDJSCS, le niveau de qualité des prestations délivrées par les ESSMS qui ont recours à la certification est jugé « plutôt bon ».

[292] Il ne s'agit pas de remplacer l'évaluation externe par une démarche de certification mais de permettre à ceux qui étaient déjà engagés dans une telle démarche de pouvoir poursuivre dans cette voie et de la valoriser dans le cadre de l'évaluation externe. L'objectif final réside dans la mise en œuvre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité au bénéfice des personnes prises en charge.

[293] Plusieurs gestionnaires d'établissements rencontrés par la mission ont indiqué que l'évaluation externe et la certification sont des démarches complémentaires mais qu'ils ont dû abandonner la certification compte tenu de la charge de travail et de l'impact financier qu'impliquent ces deux procédures lorsqu'elles sont menées en parallèle, sans aucune reconnaissance partielle. Pour autant, certains continuent à mener ces deux démarches de front.

Graphique 20 : Avis des ARS sur le niveau de qualité des prestations délivrées par les ESSMS ayant recours à la certification

Pour les ESSMS qui ont recours à la certification, les rapports d'évaluation mettent-ils en évidence un niveau de qualité des prestations qu'ils délivrent ?

| | |
|----------------|------|
| Excellent | 0 % |
| Plutôt bon | 88 % |
| Plutôt mauvais | 13 % |
| Médiocre | 0 % |

Source : Enquête ARS – Mission IGAS / SGMAP

Graphique 21 : Avis des DRDJSCS sur le niveau de qualité des prestations délivrées par les ESSMS ayant recours à la certification

Pour les CHRS qui ont recours à la certification, les rapports d'évaluation mettent-ils en évidence un niveau de qualité des prestations qu'ils délivrent ?

| | |
|----------------|-----|
| Excellent | 8% |
| Plutôt bon | 84% |
| Plutôt mauvais | 1% |
| Médiocre | 8% |

Source : Enquête DRDJSCS – Mission IGAS / SGMAP

Recommandation n°2 : Etendre progressivement aux différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux la reconnaissance de correspondance partielle entre un référentiel de certification et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes

7.1.3 L'ANESM devrait développer, en lien avec l'ANAP, des indicateurs de mesure de la qualité de la prise en charge dans les ESSMS

[294] Aujourd'hui, près de 15 000 établissements et services médico-sociaux alimentent le tableau de bord de la performance de l'ANAP, dans des champs qui ne portent pas sur la qualité des prestations (cf. 6.1.1.). Ces remontées sont par ailleurs redondantes avec celles qui alimentent les tableaux de bord des indicateurs de coûts prévus par l'article R. 314-28 du CASF.

[295] Si comme le souligne le conseil scientifique de l'ANESM⁸⁴ « *l'évaluation telle qu'elle est promue par l'Anesm s'écarte résolument d'une référence trop exclusive à des indicateurs.* », il « *considère que les indicateurs restent pertinents pour soutenir la démarche d'évaluation interne et donc qu'il est utile de proposer des indicateurs dans les recommandations* ». L'ANESM a déjà publié deux RBPP sur la conduite de l'évaluation interne proposant des indicateurs (15 indicateurs pour les EHPAD et 12 pour les services à domicile).

[296] Il importe de tenir compte des « *cultures professionnelles des intervenants du secteur* » qui pourraient « *alimenter des résistances à l'égard de l'utilisation d'indicateurs* ». Il faut tenir compte des difficultés que rencontrent les professionnels « *pour décrire précisément ce qui est fait et pour identifier les corrélations entre une action et ses effets (dimension multifactorielle, effet système) notamment pour ce qui concerne leur relation singulière avec la personne accompagnée.* »

[297] L'élaboration d'indicateurs de mesure de la qualité est du ressort de l'ANESM et de son conseil d'orientation stratégique, sur la base de l'avis du conseil scientifique du 12 mars 2015. Si tout indicateur comporte des limites, il peut « *permettre de repérer, à partir de constats simples et compte tenu du contexte, si les objectifs de qualité de l'accompagnement sont bien présents et maîtrisés dans les établissements ou services.* »

[298] Dans cette perspective, il est indispensable de veiller à ce qu'il n'y ait qu'un seul canal de remontée d'informations, intégré dans la procédure d'alimentation du tableau de bord de l'ANAP (cf. 6.1.1.).

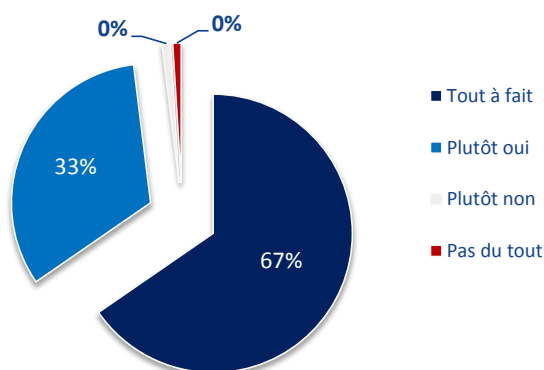
[299] Cette proposition d'amélioration est elle aussi plébiscitée par les ARS et très largement souhaitée par les DRDJSCS (83 % de réponses favorables).

[300] Par ailleurs, la mission considère qu'une réflexion devrait être menée par la DGCS sur l'utilisation de ces indicateurs par les autorités chargées de l'autorisation et de la tarification des ESSMS.

⁸⁴ Avis du conseil scientifique du 12 mars 2015 - Elaboration et utilisation des indicateurs dans la démarche d'évaluation interne.

Graphique 22 : Avis des ARS sur la pertinence de l'élaboration d'indicateurs de qualité en complément des RBPP

L'élaboration d'indicateurs de qualité en complément des recommandations de bonnes pratiques vous paraît-elle une piste d'amélioration pertinente :



N= 15

Source : Enquête ARS – Mission IGAS / SGMAP

Recommandation n°3 : Poursuivre et généraliser à tous les types de prise en charge le développement d'indicateurs de qualité engagé par l'ANESM

Recommandation n°4 : Etendre le champ de compétence de l'actuel tableau de bord de l'ANAP pour en faire un outil commun à l'ANAP et à l'ANESM incluant les indicateurs de qualité

Recommandation n°5 : Supprimer les remontées d'informations redondantes pour l'alimentation des tableaux de bord des ESSMS prévus à l'article R314-28 du CASF

7.2 La méthodologie et la qualité des évaluations externes doit être fiabilisée

[301] Les questions relatives à la compétence des évaluateurs, à leur sélection par les ESSMS évalués et à la rédaction du rapport d'évaluation externe a été régulièrement signalée à la mission par ses interlocuteurs, qu'il s'agisse des ESSMS, des autorités en charge de l'autorisation et de la tarification ou des fédérations d'institutions sociales et médico-sociales.

[302] Ces sujets apparaissent aussi comme des axes d'amélioration cités librement dans les réponses aux enquêtes réalisées auprès des ARS, DRDJSCS et des directeurs d'ESSMS.

[303] La mission estime qu'il est nécessaire d'exiger la certification des évaluateurs externes et de préciser le cahier des charges du rapport d'évaluation externe.

7.2.1 La certification des évaluateurs externes permettrait de fiabiliser la méthodologie de l'évaluation

[304] Les évaluateurs externes sont habilités par l'ANESM. L'habilitation repose sur la simple fourniture d'un dossier complet et est valable sur l'ensemble du secteur social et médico-social, quelles que soient les compétences des évaluateurs dans les différents domaines d'activité (cf. 3.2.1.)

[305] Compte tenu du grand nombre d'organismes habilités, de la diversité du profil des évaluateurs et de l'hétérogénéité des rapports produits, la mission estime qu'il est nécessaire de renforcer les compétences méthodologiques et sectorielles des évaluateurs externes. Comme l'ont souligné plusieurs gestionnaires d'établissements, les évaluateurs externes doivent être formés à la posture évaluative et ne doivent pas comparer la structure évaluée à l'établissement ou au service qu'ils ont pu diriger par le passé.

[306] Le renforcement des compétences méthodologiques implique que les évaluateurs externes soient formés aux méthodes évaluatives et que leurs compétences d'évaluateur externe soient certifiées⁸⁵.

[307] La certification des organismes habilités devrait être établie sur la base d'une norme ou d'un référentiel de compétences dont le contenu devra être validé par les instances de l'ANESM.

Recommandation n°6 : Demander à l'AFNOR d'élaborer en lien étroit avec l'ANESM une norme ou un référentiel de compétences d'évaluateur externe des ESSMS et exiger des organismes habilités qu'ils soient certifiés sur la base de cette norme

7.2.2 Préciser le cahier des charges du rapport d'évaluation externe

[308] La partie diagnostic du présent rapport a décrit le manque d'encadrement des rapports d'évaluation externe produits par les organismes habilités par l'ANESM (cf. 3.2.3). Le cahier des charges figurant à l'annexe 3-10 du CASF ne présente que les grandes lignes du « contenu général » du rapport d'évaluation externe sans aucune précision relative au livrable, laissant à la diligence de chaque évaluateur l'organisation et la nature des points développés dans le rapport.

[309] Ces dispositions, peu contraignantes, ne sont pas à la hauteur des exigences de qualité que l'on devrait attendre d'un rapport d'évaluation externe et ne facilitent pas leur exploitation par les autorités chargées de l'autorisation et de la tarification.

[310] La mission estime qu'il serait souhaitable que l'annexe 3-10 du CASF soit complétée ou précisée pour que soit imposé un plan type du rapport d'évaluation externe.

[311] Ces précisions seraient utiles à la fois pour les ESSMS qui bénéficieraient d'une meilleure garantie sur le contenu du rapport d'évaluation externe et pour les autorités chargées du renouvellement de l'autorisation dont le travail d'exploitation des rapports (analyse, rapprochement entre ESSMS...) serait facilité.

[312] Ces dernières devraient ainsi pouvoir dégager du temps pour effectuer plus systématiquement un retour d'information vers les gestionnaires d'ESSMS qui ont manifesté tant dans les entretiens menés par la mission qu'à travers les réponses aux questions ouvertes posées dans le questionnaire, leur frustration à ce sujet.

[313] Ce retour peut se comprendre comme individuel, à travers notamment le dialogue de gestion, ce qui a été le cas le plus fréquent, ou collectif pour permettre, de progresser collectivement au regard des forces et faiblesses constatées. Les ARS, DRDJSCS et les conseils départementaux devraient être attentifs à cette demande à l'avenir pour crédibiliser davantage la démarche d'évaluation (cf. 5.3).

Recommandation n°7 : Préciser le cahier des charges de l'évaluation externe pour améliorer la qualité des rapports, harmoniser leur présentation et en faciliter l'exploitation.

⁸⁵ L'AFNOR propose déjà des certifications d'« évaluateur externe » et d'« évaluateur externe expert ».

Recommandation n°8 : Systématiser un retour de l'exploitation individuel ou collectif des rapports d'évaluation externe vers les ESSMS

7.3 Inclure le processus d'évaluation dans une démarche globale de dialogue de gestion

7.3.1 Permettre aux autorités d'accorder un renouvellement d'autorisation temporaire pour sortir du lien quasi-automatique entre l'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation

[314] Le lien quasi-automatique entre l'évaluation externe et l'autorisation de fonctionner qui existe actuellement, prévu par l'article L. 313-1 du CASF et rappelé par la circulaire du 21 octobre 2011, paraît peu pertinent et fait l'objet de critiques, tant par les autorités d'autorisation que par les établissements (cf. 6.2.1).

[315] Si ce lien fort entre évaluation et autorisation a pu se justifier dans le cadre de la loi de 2002, pour parvenir à imposer l'évaluation externe face aux réticences initiales des acteurs, les inconvénients engendrés par son caractère quasi-automatique et exclusif ont été soulignés dans le diagnostic. Les autorités chargées de l'autorisation disposent d'une faible marge de manœuvre pour accorder ou refuser le renouvellement d'autorisation hormis les cas d'ordre public (constatations de cas de maltraitance, conditions sanitaires déficientes) qui nécessitent alors une phase d'instruction par le moyen d'une inspection. Dans les faits elles ont été amenées à reconduire les autorisations sauf très rares exceptions.

[316] Le renouvellement, total ou partiel, d'autorisation des ESSMS se révèle dans les faits quasi systématique, et le plus souvent de manière tacite, même s'il peut être assorti, selon l'article L. 313-4 du CASF, de «conditions particulières dans l'intérêt des personnes accueillies » (cf. supra 6.2.1). Les autorités sont parfois confrontées à des ESSMS dont les conditions de fonctionnement ne leur semblent pas satisfaisantes mais pour lesquels le renouvellement d'autorisation s'impose au regard du rapport d'évaluation externe qui leur est adressé. Elles sont alors tentées de les renouveler mais en l'assortissant de conditions dont les gestionnaires doivent justifier la mise en œuvre dans un certain délai, ce que la loi ne prévoit pas. Elles n'ont donc pas d'autre choix que de renouveler l'autorisation pour éviter la fermeture d'un établissement au regard des problèmes humains que cela impliquerait.

[317] La mission recommande d'examiner les conditions d'une modification de l'article L. 313-1 du CASF visant à permettre aux autorités chargées d'accorder les autorisations de délivrer un renouvellement d'autorisation temporaire, d'une durée à préciser (6 à 18 mois), lorsque les conditions de prise en charge le justifient. Il s'agit de sortir du système actuel, binaire et beaucoup trop rigide, en donnant aux autorités chargées des autorisations une plus grande marge de manœuvre pour contraindre, si nécessaire, les ESSMS à corriger les défaillances constatées avant d'accorder un renouvellement d'autorisation.

Recommandation n°9 : Examiner les conditions d'une modification de l'article L. 313-1 du CASF visant à permettre de délivrer une autorisation temporaire, lorsque les conditions de prise en charge le justifient.

7.3.2 Mettre en cohérence les calendriers des démarches d'évaluation et de contractualisation

[318] La loi du 2 janvier 2002 a créé le CPOM, introduit à l'article L. 313-11 du CASF. Ses règles d'usage ont été précisées par les articles R. 314-39 à R. 314-43. « *Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans* ». L'obligation de signature d'un CPOM tend à se généraliser. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement⁸⁶ l'a rendue obligatoire pour les EHPAD et les services soumis à autorisation, puis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016⁸⁷ pour les ESSMS du champ du handicap.

[319] Par conséquent, le CPOM devient le cadre juridique de droit commun de la contractualisation sur objectifs et de la tarification. Il remplace les conventions tripartites pluriannuelles (CTP) pour les EHPAD et devient obligatoire pour les petites unités de vie (PUV) et les établissements d'accueil de jour autonomes. Le CPOM est généralisé dans le secteur des personnes handicapées où il était jusqu'ici facultatif.

[320] Les CPOM sont généralement signés pour 5 ans mais le calendrier des évaluations n'est pas nécessairement articulé avec cette durée. En effet, chaque ESSMS est tenu d'effectuer cinq évaluations : une évaluation interne tous les cinq ans et deux évaluations externes au plus tard sept ans après la date de l'autorisation et deux ans avant la date de renouvellement.

[321] Aujourd'hui, alors que les ESSMS doivent transmettre un rapport d'évaluation interne tous les cinq ans, celui-ci n'est pas obligatoirement produit lors de la négociation du CPOM. Les autorités chargées de l'autorisation ne disposent donc pas de ces données pour les intégrer au cours de la négociation du CPOM. Tout se passe dans ces conditions comme si les résultats de l'évaluation externe étaient destinés d'abord à l'établissement concerné, dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, et de façon secondaire aux ARS, DRDJSCS et conseils départementaux, ce qui ne correspond pas à la lettre de la loi. Celle-ci prévoit en effet que les résultats des évaluations sont transmis aux autorités, encore faut-il qu'ils le soient à un moment où ils peuvent être utilement exploités. Dans ce contexte, le CPOM, document stratégique de pilotage interne, n'est pas en mesure de constituer un levier d'amélioration de la qualité.

[322] Comme le soulignait la circulaire de la DGCS du 25 juillet 2013⁸⁸, « *Le CPOM constitue un instrument approprié pour accompagner une démarche d'engagements en matière de qualité de prise en charge initiée par les gestionnaires eux-mêmes, dans le cadre notamment de démarches projets.*

[323] *Il peut permettre également d'inciter des opérateurs qui seraient moins avancés à progresser dans les domaines de l'évaluation interne et externe et de l'amélioration continue de la qualité ; il conviendra alors d'être particulièrement exigeant sur le caractère opérationnel des objectifs et le suivi des engagements souscrits* ».

[324] Par conséquent, la mission recommande, pour les établissements et services concernés par un CPOM, de faire précéder chaque signature de CPOM d'une évaluation interne, remise au moins six mois avant la date prévue de signature du CPOM.

[325] Ce nouveau rythme des évaluations correspondrait à une mise en cohérence des différentes dispositions applicables aux ESSMS depuis la loi du 2 janvier 2002. Cette

⁸⁶ Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

⁸⁷ Loi 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement pour la sécurité sociale pour 2016. Les CAMPS sont exclus de cette contractualisation obligatoire.

⁸⁸ Circulaire n° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles

recommandation correspond à une simplification de la procédure d'évaluation largement demandée par les directeurs lors des entretiens avec la mission et confirmée dans leurs réponses aux questionnaires sur les pistes d'amélioration. Elle donnerait tout son poids à l'évaluation interne dont les résultats alimenteraient en partie les négociations du CPOM.

[326] Il s'agit de donner une plus grande cohérence entre la démarche d'amélioration continue de la qualité et la démarche de contractualisation.

[327] De surcroît, l'échelonnement sur plusieurs années de la mise en place des CPOM devrait permettre d'atténuer l'afflux simultané de rapports d'évaluation externes pour les ESSMS autorisés et ouverts avant la publication de la loi de 2002, concernés par des échéances identiques.

Recommandation n°10 : Pour les ESSMS engagés dans un CPOM, faire précéder chaque signature de CPOM d'une évaluation interne, remise au moins six mois avant la date prévue de signature du CPOM

[328] Cette recommandation peut être mise en œuvre sans modification de la périodicité des évaluations externes.

7.3.3 Le caractère exclusif du lien entre l'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation ne se justifie plus

[329] La loi dite « HPST » du 21 juillet 2009 a rénové le dispositif d'autorisation des ESSMS en introduisant une procédure d'appels à projets pour répondre aux besoins collectivement identifiés.

[330] Comme le précise la circulaire du 25 juillet 2013 précitée, « *Conformément aux objectifs du législateur de 2002, le CPOM constitue l'instrument privilégié de déclinaison des priorités nationales et territoriales dans le domaine d'intervention de la personne morale gestionnaire. Il est l'occasion de mettre en cohérence les objectifs du gestionnaire et de ses structures avec les priorités de politique publique établies notamment dans les documents de programmation régionaux et/ou départementaux (projets régionaux de santé, schémas régionaux d'organisation médico-sociale, etc.) Il permet à ce titre de prévoir et d'accompagner des opérations de transformation et de restructuration de l'offre d'un ou plusieurs établissements ou services dépendant d'une même personne morale gestionnaire dans son ensemble.* »

[331] Dans ce contexte, il ne paraît plus pertinent de maintenir le lien exclusif entre le rapport d'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation des ESSMS. En effet, si la procédure d'évaluation est globalement considérée comme utile pour améliorer la qualité, cette appréciation ne préjuge pas de la pertinence de l'offre. Une évaluation positive de la qualité n'a aucun lien avec l'organisation optimale de l'offre sur un territoire et le lien exclusif entre évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation peut même parfois contrarier cette organisation optimale⁸⁹.

[332] Le système actuel revient à figer l'offre de places en ESSMS sur la base des besoins identifiés à la date de l'autorisation initiale.

[333] Avec le développement des CPOM et une mise en cohérence des calendriers d'évaluation et de contractualisation, la mission estime qu'il n'est plus adapté de faire reposer le renouvellement de l'autorisation sur le seul résultat de l'évaluation externe. La prise en compte d'un ensemble de facteurs, englobant notamment la qualité des prestations et l'adaptation de l'offre aux besoins des populations mérite d'être étudiée.

⁸⁹ Ont été cités devant la mission les cas d'ESSMS dont l'évaluation externe était très bonne mais que l'autorité chargée de l'autorisation considérait comme trop petits et mal situés.

[334] Une réflexion devra être conduite pour définir les différents critères sur lesquels pourra s'appuyer la décision de renouvellement ou non de l'autorisation.

Recommandation n°11 : Supprimer le caractère exclusif du lien entre le rapport d'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation.

[335] L'attention de la mission a été appelée par ailleurs sur la situation des ESSMS disposant d'un petit nombre de salariés (en général inférieur à 10) quant à leur capacité à procéder à des évaluations interne et externe et à en tirer parti.

[336] Cette observation est revenue à plusieurs reprises au sujet :

- des services à domicile lorsqu'ils ne sont pas adossés à une fédération ou à un CCAS. L'encadrement de ces services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ou de soins infirmier à domicile (SSIAD) dont l'équipe est souvent composée de moins de 10 personnes (un directeur et éventuellement un adjoint).
- des établissements spécialisés en addictologie, CSAPA ou CAARUD, n'appartenant pas à une grande association⁹⁰.

[337] Ce constat montre bien la nécessité pour les autorités d'autorisation et de tarification d'encourager et d'inciter au rapprochement de ces ESSMS afin qu'ils atteignent une taille critique suffisante pour faire face à l'ensemble de leurs obligations.

[338] S'agissant des résidences autonomie, la mission considère qu'il faut s'interroger sur la pertinence du maintien du dispositif actuel.

[339] Enfin, il est nécessaire de sortir les CLIC de ce dispositif qui ne les concerne pas.

Recommandation n°12 : Sortir les CLIC du dispositif d'évaluation interne et externe

7.4 Les EHPAD publics hospitaliers doivent rester soumis aux dispositions prévues par la loi de 2002

[340] Souvent liés à l'histoire des hôpitaux mais aussi à leur nécessaire évolution, la présence d'établissements médico-sociaux au sein des établissements de santé, essentiellement pour les personnes âgées, n'est pas rare. En 2011, il existait 1651 EHPAD publics hospitaliers⁹¹ disposant de 152 840 places.

[341] Ces établissements sont soumis à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 et à la procédure d'évaluation commune à tous les ESSMS. L'établissement public de santé est pour sa part soumis au processus de certification mené par la HAS. Le rythme et la méthodologie de ces procédures ne sont pas nécessairement coordonnés, ce qui peut surprendre car le niveau de qualité des prestations de l'EHPAD dépend en partie de celles de l'établissement hospitalier (pour certains services généraux, tels que la cuisine, l'entretien des locaux, la lingerie, etc.).

[342] La question aurait pu se poser de l'harmonisation des procédures qualité au sein d'un même établissement. Il est clair pour la mission que pour préserver la dimension médico-sociale de

⁹⁰ Pour ces établissements, une mission IGAS portant sur « Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives » de février 2014 émettait déjà des réserves sur leur capacité à s'emparer utilement du dispositif d'évaluation. Dans une note remise à la mission, la Fédération Addiction déclare : « Si le processus évaluatif actuel peut paraître adapté aux gros établissements sociaux et médicosociaux, il semble « surdimensionné » pour la plupart des établissements et services spécialisés en addictologie qui sont, le plus souvent, constitués de petites équipes (moins de 5 ETP pour les CAARUD et moins de 10 ETP pour les CSAPA). »

⁹¹ DREES – Etudes et résultats n°877 - L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 – février 2014

ces EHPAD publics hospitaliers, ceux-ci doivent continuer à relever de la démarche d'évaluation prévue par la loi de 2002.

7.5 Quel est le coût complet de la démarche d'évaluation interne et externe ?

[343] La connaissance du coût complet de la démarche d'évaluation interne et externe des ESSMS n'est pas disponible.

[344] Pour autant, il est possible de citer les dépenses suivantes :

- Au 31 décembre 2015, le coût des missions d'évaluation externe réalisées depuis 2010 s'élève à 142,3 millions d'euros ;
- Le montant des charges inscrites au compte de résultat 2015 de l'ANESM s'élève à 2,7 millions d'euros.

[345] La connaissance du coût complet de la démarche impliquerait d'identifier le coût des ressources humaines consacrées à la démarche au sein :

- des autorités d'autorisation et de tarification (ARS, DRDJSCS, DDCS, conseils départementaux),
- des ESSMS ;
- des groupements et fédérations d'ESSMS.

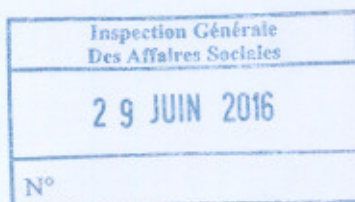
[346] La mission tient à préciser que, contrairement à d'autres secteurs d'activité, il paraît difficile d'identifier avec certitude le coût de la non-qualité au sein du secteur médico-social, qu'il s'agisse des conséquences sanitaires ou humaines.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

| N° | Recommandation | Autorité responsable | Echéance |
|----|---|--------------------------------------|----------------|
| 1 | Elaborer un cadre minimum commun de références pour l'évaluation interne, adapté à chaque catégorie d'ESSMS | ANESM | Juin 2018 |
| 2 | Etendre progressivement aux différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux la reconnaissance de correspondance partielle entre un référentiel de certification et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes | DGCS, en lien avec l'ANESM | Juin 2018 |
| 3 | Poursuivre et généraliser à tous les types de prise en charge le développement d'indicateurs de qualité engagé par l'ANESM | ANESM | Juin 2018 |
| 4 | Etendre le champ de compétence de l'actuel tableau de bord de l'ANAP pour en faire un outil commun à l'ANAP et à l'ANESM incluant les indicateurs de qualité | DGCS, en lien avec l'ANAP et l'ANESM | Décembre 2017 |
| 5 | Supprimer les remontées d'informations redondantes pour l'alimentation des tableaux de bord des ESSMS prévus à l'article R314-28 du CASF | DGCS | Décembre 2017 |
| 6 | Demander à l'AFNOR d'élaborer en lien étroit avec l'ANESM une norme d'évaluateur externe des ESSMS et exiger des organismes habilités qu'ils soient certifiés sur la base de cette norme | DGCS, en lien avec l'ANESM | Juin 2018 |
| 7 | Préciser le cahier des charges de l'évaluation externe pour améliorer la qualité des rapports, harmoniser leur présentation et en faciliter l'exploitation | DGCS, en lien avec l'ANESM | Décembre 2017 |
| 8 | Systématiser un retour de l'exploitation individuel ou collectif des rapports d'évaluation externe vers les ESSMS | Autorités chargées de l'autorisation | |
| 9 | Examiner les conditions d'une modification de l'article L. 313-1 du CASF visant à permettre de délivrer une autorisation temporaire, lorsque les conditions de prise en charge le justifient | DGCS | Septembre 2017 |
| 10 | Pour les ESSMS engagés dans un CPOM, faire précéder chaque signature de CPOM d'une évaluation interne, remise au moins six mois avant la date prévue de signature du CPOM | DGCS | Décembre 2018 |
| 11 | Supprimer le caractère exclusif du lien entre le rapport d'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation | DGCS | Décembre 2018 |
| 12 | Sortir les CLIC du dispositif d'évaluation interne et externe | DGCS | Décembre 2017 |

LETTRE DE MISSION

Le Premier Ministre



Paris, le 27 JUIN 2016

Monsieur le Chef de service,

Le Gouvernement s'est fixé une ambition forte pour une action publique plus efficace, plus économe et plus juste. Les évaluations de politiques publiques menées dans le cadre de la modernisation de l'action publique (MAP) contribueront directement en 2016 à poursuivre notre effort collectif en ce sens.

La prise en charge des publics par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) constitue une priorité pour l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité : personnes âgées dépendantes, personnes en situation de handicap, enfants placés sous la protection de la justice ou de l'aide sociale à l'enfance, personnes précaires et sans logement fixe, demandeurs d'asile. Parmi les leviers d'amélioration de la qualité de prestations et d'accompagnement en ESSMS, la mise en œuvre des évaluations interne et externe, rendues obligatoires pour les ESSMS par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et conditionnant le renouvellement de leur autorisation, jouent un rôle déterminant pour la réussite de politiques sociales connexes, en matière d'égalité, d'accès aux droits et d'insertion notamment. L'exercice d'évaluation des quelques 25 000 ESSMS étant désormais quasi-complet, il apparaît nécessaire d'évaluer ce dispositif et plus largement la politique de contrôle et d'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale afin de préparer les évolutions nécessaires à la poursuite de l'objectif d'amélioration de la qualité de cette offre.

Le Gouvernement a donc décidé d'engager une évaluation de la politique de contrôle et d'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale (*cf.* la fiche de cadrage ci-jointe) sous deux angles principaux :

- l'amélioration de l'organisation et de la mise en œuvre du dispositif d'évaluation actuel des ESSMS ;
- la recherche d'un système novateur et intégrateur favorisant la qualité des ESSMS et visant une meilleure adéquation de l'offre et des besoins dans le domaine social et médico-social.

Sur la base du constat que vous aurez établi, vous formulerez des scénarios d'évolutions possibles en vue d'améliorer la pertinence et l'efficacité de l'offre sociale et médico-sociale.

Conformément à la méthodologie élaborée par le secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP), la maîtrise d'ouvrage de cette évaluation sera assurée par Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé (qui pourra le cas échéant la déléguer à une personnalité qualifiée), tandis que la maîtrise d'œuvre sera assurée par les membres de vos services que vous désignerez ainsi que, si Madame la Ministre le juge pertinent, par des experts ou évaluateurs externes à l'administration qu'elle sollicitera.

Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales
39-43 quai André Citroën
75015 Paris

.../...

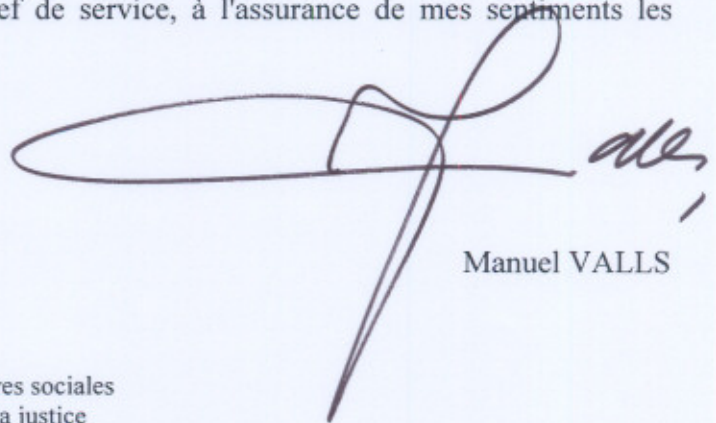
La maîtrise d'œuvre aura pour mission de réaliser les travaux d'évaluation en toute objectivité :

- elle pourra faire appel en tant que de besoin aux administrations et opérateurs publics concernés ;
- elle rendra compte de ses travaux à au moins trois reprises à un comité d'évaluation qui sera présidé par Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé et composé des principales parties prenantes ;
- elle affinera le cadrage et précisera *sous un mois* les modalités opérationnelles de réalisation des travaux (incluant les consultations et enquêtes nécessaires à la prise en compte du point de vue de l'ensemble des acteurs et bénéficiaires-usagers) qu'elle présentera au comité d'évaluation ;
- elle établira, *dans les 5 mois suivants*, un diagnostic et des scénarios de transformation qui seront également discutés en comité d'évaluation et feront l'objet de rapports publics qui seront, ainsi que les données traitées ou produites à cette occasion, mis en ligne ;
- elle veillera à nourrir ses réflexions des grandes orientations qui structurent la modernisation de l'action publique telles que la simplification, l'innovation, le recours aux technologies numériques et l'ouverture des données ;
- elle apportera, en tant que de besoin, son concours aux actions de communication que Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé conduira autour de cette évaluation, en particulier lors de la publication des rapports.

Afin d'assurer la transparence des évaluations, la présente lettre de mission, l'état d'avancement du processus d'évaluation et les rapports de diagnostic et de scénarios seront mis en ligne.

Afin que le SGMAP puisse assurer son rôle d'accompagnement méthodologique, apporter à l'équipe d'évaluation les concours et appuis de sa compétence et rendre compte à mon cabinet de l'avancement et du bon déroulement des travaux engagés, je vous prie de veiller à l'associer tout au long de ces travaux. Le cabinet du secrétaire d'Etat chargé de la réforme de l'Etat et de la simplification, placé auprès de moi, sera à cet effet votre interlocuteur privilégié. Vous le tiendrez informé, ainsi que la Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé, de la composition de la mission et de toute difficulté importante ou retard.

Je vous prie de croire, Monsieur le Chef de service, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Manuel VALLS

Copie à :

- Madame la ministre de la santé et des affaires sociales
- Monsieur le garde des sceaux, ministre de la justice
- Monsieur le ministre de l'intérieur
- Madame la ministre du logement et de l'habitat durable
- Madame la ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes
- Monsieur le ministre de l'aménagement du territoire, de la ruralité et des collectivités territoriales
- Madame la secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées et de l'autonomie
- Madame la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion
- Monsieur le secrétaire d'Etat chargé de la réforme de l'Etat et de la simplification

Fiche de cadrage à produire par le ministère pilote de l'évaluation (à établir avec l'appui méthodologique du département évaluation du SGMAP)

Ministère pilote de l'évaluation : Ministère des Affaires sociales et de la Santé – Direction générale de la cohésion sociale

Personne à contacter au sein du ministère : Julie BARROIS

Autre(s) ministère(s) concerné(s) : Justice (DPJJ), Intérieur (Direction Générale des Étrangers en France), Collectivités territoriales, Logement, Familles.

Politique ou action publique à évaluer

Finalités, principaux objectifs de la politique ou action à évaluer :

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé porte une politique volontariste de contrôle et d'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale sur l'ensemble du territoire. Les publics accompagnés ou hébergés par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sont par définition en situation de vulnérabilité : personnes âgées dépendantes, personnes en situation de handicap, enfants placés sous la protection de la justice ou de l'aide sociale à l'enfance, personnes précaires et sans logement fixe, demandeurs d'asile. Une part importante d'entre eux fait d'ailleurs l'objet de mesures de protection juridique. La puissance publique a donc le devoir de veiller à la qualité de l'offre sociale et médico-sociale, ouverte sur autorisation de différentes autorités publiques : agence régionale de santé (ARS), conseils départementaux, services déconcentrés du ministère.

Trois leviers permettent au ministère des Affaires sociales et de la Santé de mener son action d'amélioration de la qualité de prestations et d'accompagnement en ESSMS : le cadrage réglementaire des conditions de fonctionnement des ESSMS, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles éditées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et l'exercice d'évaluation interne et externe rendu obligatoire pour les ESSMS par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 *renovant l'action sociale et médico-sociale*. L'accomplissement de cette obligation, et le résultat de l'évaluation externe, conditionnent le renouvellement de leur autorisation.

Les quelque 25.000 ESSMS détenteurs des autorisations les plus anciennes, délivrées avant la loi n°2002-2, disposaient d'un délai dérogatoire de 13 ans pour réaliser leur évaluation externe, en vue du renouvellement de leur autorisation pour le 3 janvier 2017. L'exercice d'évaluation des ESSMS étant donc désormais quasi-complet, il apparaît nécessaire d'évaluer ce dispositif et plus largement la politique de contrôle et d'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale afin de préparer les évolutions nécessaires à la poursuite de l'objectif d'amélioration de la qualité de cette offre. La qualité des pratiques et l'efficacité de l'action du secteur social et médico-social, sont déterminantes pour la réussite de politiques sociales connexes, en matière d'égalité, d'accès aux droits et d'insertion notamment.

1. Principales parties prenantes de l'action à évaluer (services de l'État, centraux et déconcentrés, opérateurs nationaux et locaux, collectivités, organismes de sécurité sociale, etc., liste préfigurant la composition du futur comité d'évaluation) :

- **Agences et caisses** : ANESM, Haute autorité de santé (HAS), Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- **Services déconcentrés** : ARS, directions régionales de la jeunesse, sports et cohésion sociale (DRJSCS), directions départementales de la cohésion sociale (DDCS), services préfectoraux, etc.
- **Collectivités territoriales** : conseils départementaux (CD), ADF
- **Administrations centrales** : Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), direction de la sécurité sociale (DSS), direction générale de la santé (DGS), direction générale de l'offre de soins (DGOS), direction générale des collectivités locales (DGCL), direction générale des étrangers en France (DGEF), direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ).
- **Etablissements et services sociaux et médico-sociaux**
- **Usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux**

2. Principales données financières relatives à l'action à évaluer (ordres de grandeur) : 25 000 ESSMS voient leur autorisation renouvelée en janvier 2017 au regard du résultat de leur évaluation externe qui aura coûté en moyenne entre 7 000€ et 10 000€ par établissement. Ces évaluations sont réalisées par des organismes et prestataires habilités (OPH), bureaux d'études, cabinets de conseil, évaluateurs indépendants, sur la base d'une déclaration et d'un contrôle a posteriori pilotés par l'ANESM. Il est à noter que les ESSMS sont bénéficiaires, pour une large part, de financements publics : assurance maladie, Etat, collectivités territoriales, et plus particulièrement conseils départementaux.

Attentes du ministère pilote de l'évaluation

3. Principaux enjeux d'évolution/transformation/réforme de l'action à évaluer :

L'enjeu principal concernant l'action à évaluer est de disposer des éléments d'aide à la décision pour :

- à court terme, sécuriser et renforcer le dispositif d'évaluation actuel des ESSMS
- à moyen terme, faire évoluer le système actuel vers un système plus radicalement novateur et intégrateur favorisant la qualité des ESSMS.

4. Principales questions auxquelles devra répondre l'évaluation :

- Dans quelle mesure le dispositif actuel d'évaluation (habilitation, contrôle a posteriori, annexe 3-10 au code de l'action sociale et des familles, lien avec le renouvellement des autorisations ...) permet-il de renseigner le niveau de qualité de service atteint dans les ESSMS, voire de le renforcer ?
- Plus largement, quelles sont les forces et les faiblesses de l'organisation actuelle ?
- Quels seraient les leviers les plus pertinents de contrôle et d'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint ?

Globalement, cette évaluation visera à améliorer l'action publique en termes :

- d'utilité, de pertinence : oui
- d'efficacité, de service rendu : oui
- d'efficacité, de coûts : oui
- de cohérence, de gouvernance : oui

5. Suites de l'évaluation visées (révision des objectifs de la politique, alimentation d'un projet de loi ou PLF/PLFSS, réorganisation, expérimentations...) et échéances :

Plan de réforme du système actuel des évaluations à la fin du 1^{er} semestre 2016 avec proposition de modifications réglementaires et législatives par le SG-MAP, à opérer au plus tard en décembre 2016 avec le PLF/PLFSS pour 2017 (fin du GIP ANESM - avril 2017).

6. Profil possible/envisagé de l'équipe d'évaluation (évaluateurs internes au ministère, inspection(s), personnalité qualifiée, chercheur/universitaire, prestataire privé...) :

L'évaluation pourrait être confiée à une équipe IGAS accompagnée sur le plan méthodologique par le SGMAP

Principaux risques

7. Principaux risques liés au jeu des acteurs (soutiens/opposants), aux suites de l'évaluation, au calendrier, etc. :

- Risques liés à certains représentants du secteur social et médico-social qui sont attachés à ce système qualité propre au secteur SMS, caractérisé notamment par la participation des fédérations à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, et en opposition à la certification sanitaire.
- Certaines fédérations du secteur pourraient cependant soutenir le projet du fait de leurs liens forts avec le monde sanitaire (FHF, FEHAP par exemple) ou encore du fait d'avoir soutenu/poussé les démarches de certification de services dans le secteur SMS (SYNERPA par exemple).
- La convention constitutive de l'ANESM prenant fin le 30 avril 2017, il conviendra de veiller aux conditions de poursuite des travaux aujourd'hui réalisés par l'Agence, quelle que soit la solution retenue : renouvellement du GIP, prorogation ou dissolution si le dispositif devait profondément être revu.
- La HAS a, quant à elle, rendu public son souhait d'absorption de l'ANESM, suite logique selon elle du rapprochement opéré depuis 2014 entre les deux opérateurs.

8. Évolutions, projets parallèles ou travaux en cours ou prévus (réorganisation, projet de loi, études, consultations, assises...) susceptibles d'avoir un impact sur l'action évaluée ou sur le déroulement des travaux d'évaluation :

Généralisation des CPOM prévue par la loi relative à l'adaptation au vieillissement (remplacement des conventions tripartites des EHPAD) et par la LFSS pour 2016 (secteur PH).

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

| Personnes rencontrées | Fonction |
|---|--|
| Cabinet de la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes | |
| Isabelle BILGER | Conseillère en charge des personnes âgées, des personnes handicapées, et de la cohésion sociale |
| Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) | |
| Eric GINESY | Chef de service, responsable du pôle stratégie nationale de santé - ARS |
| Pierre OUDOT | Directeur du projet Pilotage et animation du nouveau réseau territorial "jeunesse, sports et cohésion sociale" |
| Fanny DANELON | Pôle stratégie nationale de santé - ARS Accompagnement réforme territoriale |
| Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) | |
| Jean-Philippe VINQUANT | Directeur général |
| Corinne MICHEL | Cheffe du service des politiques d'appui, adjointe au Directeur général |
| Cécile LAMBERT | Sous-directrice des affaires financières et de la modernisation |
| Boris MINOT | Chef du bureau gouvernance du secteur social et médico-social |
| Geneviève NGUYEN | Adjointe au chef du bureau gouvernance du secteur social et médico-social |
| Ellen CHANTEUR | Chargée de mission |
| Loïc TANGUY | Chargé de mission |
| Dominique TERRASSON | Cheffe de projet |

| Direction générale de l'offre de soins (DGOS) | |
|---|---|
| Thierry KURTH | Chef du bureau prises en charge post-aiguës, maladies chroniques et santé mentale |
| Julie BIGA | Adjointe au chef de bureau prises en charge post-aiguës, maladies chroniques et santé mentale |
| Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) | |
| Agnès JEANNET | Présidente de l'Assemblée générale |
| Didier CHARLANNE | Directeur |
| André DUCOURNAU | Président du Comité d'orientation stratégique |
| Annie FOUQUET | Présidente du Conseil scientifique |
| Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) | |
| Geneviève GUEYDAN | Directrice générale |
| Xavier DUPONT | Directeur des établissements et services médico-sociaux |
| Haute autorité de santé (HAS) | |
| Dominique MAIGNE | Directeur |
| Laurence GARO | Cheffe du service certification |
| Catherine GRENIER | Responsable qualité |
| Nicolas LABRUNE | Conseiller du directeur |

| | |
|---|--|
| Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) | |
| Sophie MARTINON | Directrice générale |
| Christian ESPAGNO | Directeur du pôle déploiement et maintenance |
| Assemblée des départements de France (ADF) | |
| Pierre MONZANI | Directeur général |
| Jean-Michel RAPINAT | Directeur délégué politique sociale |
| REPRESENTANTS D'USAGERS, DE DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS ET DE GROUPEMENTS OU FEDERATIONS DES INSTITUTIONS SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES AU NIVEAU NATIONAL | |
| Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) | |
| Sylvain DENIS | Représentant « retraités et personnes âgées » |
| Groupe national des directeurs généraux d'association (GNDA) | |
| Marc MONCHAUX | Coprésident |
| Roland JANVIER | Administrateur, membre de la Commission évaluation |
| Adessadomicile | |
| Didier DUPLAN, | Directeur général adjoint |
| Catherine REQUIN | Responsable qualité |

| | |
|--|--|
| Union nationale ADMR (ADMR) | |
| Maud COLLOMB | Directrice adjointe, Département développement et Qualité |
| Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et métropoles (ANDASS) | |
| Roland GIRAUD | Président |
| Fondation Armée du salut | |
| Daniel NAUD | Président |
| Edith MARION | Responsable qualité |
| Association des paralysés de France (APF) | |
| Aude BOURDIN | Conseillère nationale santé médico-sociale |
| Alexis HUBERT | Conseiller qualité |
| Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant (CNAPE) | |
| Sophie BOURGEOIS | Conseillère technique |
| Fédération des acteurs de la solidarité | |
| François BREGOU | Responsable du service stratégie et analyse des politiques publiques |
| Nathalie CROUZET | Responsable du service des missions d'appui |
| Alexandra DUHAMEL | Chargée de mission |

| | |
|--|--|
| Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) | |
| Adeline LEBERCHE | Directrice du secteur social et médico-social |
| Suzanne MALISSARD | Conseillère |
| Fédération du service aux particuliers (FESP) | |
| Guillaume STAUB | Président de la commission maintien à domicile |
| Mehdi TIBOURTINE | Responsable juridique |
| Fédération hospitalière de France (FHF) | |
| David GRUSON | Délégué général |
| Annie LELIEVRE | Responsable du pôle autonomie |
| Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Agées (FNAQPA) | |
| Didier SAPY | Directeur général |
| Serge DUVER | Responsable juridique |

| | |
|---|--|
| NEXEM | |
| Marie ABOUSSA | Directrice |
| Laurence MAZET | Adjointe à la directrice du pôle gestion des organisations |
| Richard CZAJKOWSKI | Directeur général de l'APEI |
| Syndicat National des Établissements et Résidences privés pour Personnes Âgées (SYNERPA) | |
| Antoine FRAYSSE | Responsable du pôle médico-social |
| Union Nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) | |
| Christophe PELLETIER | Responsable qualité |
| Nicole STREIGNART | Directrice générale |
| Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) | |
| Thierry COUVERT LEROY | Directeur de l'animation |
| Roland MAIRE | Conseiller technique |
| Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI) | |
| Yann LE BERRE | Conseiller technique Appui Réseau-Qualité |

| | |
|---|--|
| ILE-DE-FRANCE | |
| ARS | |
| Marc BOURQUIN | Directeur médico-social |
| Sandrine COURTOIS | Directrice du pôle autonomie |
| Ingrid KANTOUAN | Chargée de mission au pôle autonomie |
| Anne GARREC | Responsable de l'offre à destination des personnes handicapées |
| Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL) | |
| Marie-Françoise LAVIELLEVILLE | Directrice régionale adjointe |
| DRJSCS | |
| Marie-Hélène RANCK | Responsable de la mission inspection contrôle évaluation |
| Sophie MAUPILIER | Adjointe à la responsable du Pôle social, jeunesse et vie associative, cheffe du service développement social et intégration |

| Conseil départemental du Val-de-Marne | |
|---|---|
| Chantal RIMBAULT | Directrice de la protection sociale et de la jeunesse |
| Stéphanie CASALTA | Cheffe du service accueil public |
| Mélanie BOURJAL | Directrice adjointe de la direction de l'autonomie |
| Laurence PLANCHAIS | Cheffe du service de l'offre médico-sociale |
| Gestionnaires d'établissements et de fédérations | |
| Isabelle MULLER | Responsable qualité - Association des Cités du Secours catholique |
| PAYS DE LA LOIRE | |
| ARS | |
| François GRIMONPREZ | Directeur de l'efficience de l'offre |
| Elodie PERIBOIS | Responsable du département de l'offre médico-sociale |
| Catherine MESTRE | gestionnaire de dossiers |

| DRDJSCS | |
|--|--|
| Stéphane GUIMARD | Responsable du pôle urgence sociale de la DDD Loire-Atlantique |
| Carine VERITE | Cheffe du pôle cohésion sociale |
| Conseil départemental de Loire-Atlantique | |
| Jérôme JUMEL | Directeur général solidarité |
| Karine VIOT | Responsable personnes handicapées |
| Gestionnaires d'établissement et de fédérations | |
| Chantal MARSAC | CCAS de Nantes – CHRS La Parenthèse |
| Fanny AUZERAL | Responsable qualité - CHRS la Parenthèse |
| Véronique LAMBERT | Directrice générale de l'association « L'étape » - CHRS |
| Rachid HASSINI | Chef de service au pôle insertion de l'association « L'étape » |
| Patricia FAURE | Directrice de l'EHPAD Saint Hilaire de Chaléons |
| Nathalie THIETARD | Directrice CSAPA OPPELIA |
| Elsa PEYRONNE | Chargée de mission évaluation interne CSAPA OPPELIA |
| Sylvie ABLINE | directrice qualité MFAM 49-53 secteur PH |
| Sophie BIETTE | Présidente de l'Adapei Loire-Atlantique |

| NOUVELLE AQUITAINE | |
|---|---|
| ARS | |
| Jean JAOUEN | Directeur de la santé publique |
| Said ACEF | Directeur délégué à l'autonomie |
| Nadiegé NECKER DE BARBEYRAC | Inspectrice à la délégation territoriale |
| Aurélié GUILLOUT | Responsable du pôle qualité |
| Xavier BEILLEVAIRE | Contrôleur interne |
| Delphine FLESCQ | Chargée de mission |
| DRDJSCS | |
| Patrick BAHEGNE | Directeur régional |
| Isabelle PANTEBRE | Directrice départementale déléguée |
| Hervé GALBRUN | Chef du service hébergement |
| Isabelle AMEDRO | Adjointe au chef de service |
| Conseil départemental de Gironde | |
| Claude CAYZAC | Directrice protection de l'enfance |
| Sabrina BORDIER | Chargée de tarification direction de la protection de l'enfance |
| Christine TREVISIOL | Directrice des actions pour l'autonomie |
| Stéphanie BONAVENTURE | Adjointe à la directrice des actions pour l'autonomie |
| Gestionnaires d'établissements et de fédérations | |
| Olivier COLSON | Directeur du CHRS « Le Petit Ermitage » |
| Stéphanie CASULA | Directrice du CHRS « France Horizon » (Pessac) |
| Maryse PICHON | Directrice de l'EHPAD « Le Hameau de la Pelou » |
| Daniel MOJICA | Directeur de l'IME et SESSAD « Saute-mouton » |

| HAUTS-DE-FRANCE | |
|--------------------------------------|--|
| ARS | |
| Françoise VAN RECHEM | Directrice de l'offre médico-sociale |
| Dorothee GRAMONT | Direction de l'offre médico-sociale, responsable du pôle proximité |
| Fanny DREMAUX | Responsable DU service programmation autorisation personnes âgées |
| DRJSCS | |
| André BOUVET | Directeur régional |
| Christine JAAFARI | Directrice régionale adjointe |
| Hocine DRISSI | Responsable du pôle « politiques sociales » |
| Patrick ZEGHOU | Responsable de la mission inspection, contrôle, audit, évaluation |
| Julien KOUNOWSKI | Responsable du pôle études et missions d'appui |
| Conseil départemental du Nord | |
| Evelyne SYLVAIN | Directrice générale adjointe chargée de la solidarité |
| Arnaud LOPEZ | Directeur adjoint à la direction de l'offre de service à l'autonomie |
| Vincent GUILLUY | Directeur de projets CPOM |
| Aurélien CREPEL | Direction de l'aide à l'autonomie |
| Valéry BIDAUT | Responsable du pôle établissements et services |

| Gestionnaires d'établissements et de fédérations | |
|---|---|
| Jacques THUREAU | Directeur d'unité territoriale chez Coalia |
| Bruno SANCHEZ | Directeur de l'établissement « Le chemin » |
| Serge GUNST | Directeur du centre hospitalier du Pays d'Avesnes, vice-président FHF Hauts de France |
| François-Emmanuel BLANC | Directeur du groupe AHNAP, membre de la FEHAP |
| Carmen SOLE | Secrétaire FHF Hauts-de-France |
| David BARONNET | Directeur de l'Etablissement Public Social et Médico-Social Georges-Couthon, représentant FHF |
| Corinne DARRE-BERANGER | Directrice d'établissement, Déléguée régionale FEHAP |
| Richard CZAJKOWSKI | Directeur général APEI-GAM, délégué régional NEXEM |

| ÉVALUATEURS | |
|--|--|
| Luc DAHAN | Dirigeant et fondateur du cabinet d'évaluation BLEU SOCIAL |
| Marc CHAUVEAU | Consultant du cabinet HIBOU CONSEIL |
| François BARISSAT | Evaluateur externe |
| Irène SCOLAN | Directrice de mission ESS, santé et service public chez KPMG |
| Anthony GESRET | Manager ESS et santé chez KPMG |
| AFNOR | |
| Marie MUSSARD | Ingénieure certification |
| Nathalie GREGOIRE | Responsable produit |
| Société française de l'évaluation (SFE) | |
| Pierre SAVIGNAT | Directeur |
| Catherine GERHART | Médecin en santé publique |

ANNEXE 1

LA PROCEDURE DE CERTIFICATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE⁹²

[347] La certification a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé et autres structures soumises à la présente procédure. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients. La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prises en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

[348] La certification est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Des professionnels de santé mandatés par la HAS réalisent les visites de certification sur la base d'un manuel. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé.

[349] La certification ne s'applique ni aux activités médico-sociales, ni aux activités de recherche et d'enseignement même lorsque ces activités s'exercent au sein d'un établissement de santé.

1 ENGAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT DANS LA PROCEDURE ET PRODUCTION DU DOCUMENT D'INTERFACE

[350] L'objectif de ce document est de fournir à la HAS des informations sur l'établissement de santé et d'organiser une articulation entre la HAS et les autorités de tutelle compétentes, en particulier les ARS pour les établissements de santé. Il comporte deux volets :

- des informations générales sur le fonctionnement de l'établissement ;
- une synthèse des inspections et contrôles sanitaires réalisés ainsi que leurs résultats et les suites qui y sont données par l'établissement.

[351] Ce document est adressé par l'établissement à la HAS six mois avant la date d'envoi du compte qualité précédant la visite. La HAS saisit l'autorité de tutelle compétente pour un examen contradictoire qui lui retourne le document accompagné de ses éventuelles observations dans un délai de quatre mois à compter de sa réception. Pour toute modification importante de son activité, l'établissement doit adresser une mise à jour de la fiche interface au plus tard deux mois avant la date de la visite.

[352] Les observations formulées par l'autorité de tutelle, notamment sur la sécurité sanitaire, peuvent conduire la HAS à différer la visite de certification dans l'attente de la mise en conformité de l'établissement.

[353] Lorsque l'établissement n'envoie pas le document d'interface dans les délais fixés par la procédure, la HAS prononce un constat de carence. L'établissement est alors mis en demeure de retourner son document dans le délai d'un mois. En cas de non-production de ce document dans ce nouveau délai, la HAS prononce une décision de non certification de l'établissement.

⁹² Extraits de : HAS – Procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L.6147-7 et L.6322-1 du Code de la santé publique – Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins – juin 2015

2 ELABORATION ET TRANSMISSION D'UN COMPTE QUALITE TOUS LES VINGT-QUATRE MOIS

[354] Le compte qualité traduit la synthèse des engagements de l'établissement concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration. Il permet notamment de répondre à l'obligation d'auto-évaluation de chaque établissement prévue à l'article R.6113-13 du CSP.

[355] Ces engagements portent sur toutes les thématiques définies en fonction du manuel de certification et publiées sur le site internet de la HAS.

[356] L'établissement formule, pour chacune de ces thématiques, ses engagements en matière d'amélioration de la qualité et de maîtrise des risques. L'établissement doit s'appuyer sur les résultats des indicateurs nationaux au recueil desquels il est tenu, mais aussi sur tout indicateur ou résultat d'évaluation qu'il estime utile d'exploiter. Dans ce dernier cas, il les porte à la connaissance de la HAS.

[357] L'établissement rend compte des actions d'amélioration prioritaires qu'il a définies pour les vingt-quatre mois qui suivent l'envoi du compte qualité. Le compte qualité comprend également les actions mises en œuvre pour répondre au précédent rapport de certification. Les modalités d'élaboration du compte qualité sont définies dans un guide méthodologique accessible sur le site internet de la HAS.

[358] Tous les vingt-quatre mois, l'établissement adresse à la HAS un compte qualité selon un calendrier qui lui a été indiqué au moment de son engagement dans la procédure. L'établissement précise, à cette occasion, les modalités internes qui ont été suivies pour l'élaboration du compte qualité, en particulier la manière dont ont été associés les professionnels de santé et les représentants des usagers.

[359] À réception du compte qualité, la HAS s'assure de l'exhaustivité et de la cohérence d'ensemble de son contenu au regard des actions d'amélioration proposées par l'établissement. Lorsque la HAS l'estime nécessaire, elle demande à l'établissement d'apporter d'éventuels compléments dans un délai maximum d'un mois.

[360] Lorsque l'établissement n'envoie pas le compte qualité dans les délais fixés par la HAS, cette dernière prononce un constat de carence. L'établissement est alors mis en demeure de retourner son compte qualité dans un délai d'un mois.

[361] En cas de non production de ce document dans ce délai, la HAS prononce une décision de non certification. Elle en informe l'autorité de tutelle concernée et publie cette décision sur son site internet.

3 VISITE DE L'ETABLISSEMENT

[362] La visite permet à la HAS de fonder la décision en vue de la certification de l'établissement. La HAS recourt à trois types de visite :

- la visite à caractère obligatoire et programmée par la HAS ;
- la visite de suivi décidée par la HAS ;
- la visite de suivi non annoncée demandée par l'établissement.

[363] La visite a pour objectif de permettre aux experts visiteurs d'identifier les points de conformité et les écarts par rapport aux critères du manuel de certification. Les experts-visiteurs

mobilisent différentes méthodes d'investigation, telles que l'audit de processus et la méthode du patient traceur.

[364] La HAS établit pour chaque établissement un programme de visite comprenant :

- des audits sur des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement après analyse du compte qualité et de toute autre information dont elle a eu connaissance ;
- le cas échéant, des investigations selon la méthode du patient traceur.

[365] Au cours de la visite, l'établissement doit communiquer aux experts-visiteurs tout document nécessaire à l'objectivation de leurs constats. Les experts-visiteurs sont amenés à rencontrer les professionnels des secteurs d'activité concernés.

[366] Chaque jour, les experts-visiteurs présentent à l'établissement un bilan des investigations et des observations réalisées la veille. Ils recueillent le point de vue de l'établissement, enregistrent les accords ou les opinions divergentes quant aux principaux écarts identifiés et formulent d'éventuelles demandes d'informations complémentaires.

[367] Le dernier jour de la visite, une séance de restitution est organisée avec la direction, la présidence de la conférence/commission médicale d'établissement, la direction des soins ainsi qu'avec les personnes impliquées dans le pilotage de la démarche qualité que l'établissement souhaite associer. Dans tous les cas, les éléments ainsi présentés sont donnés à titre informatif et n'engagent pas la HAS sur la décision qu'elle prendra.

[368] Le rapport de visite rend compte de l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins et des prestations délivrées au sein de l'établissement. Il est élaboré à partir des données issues des constats des experts-visiteurs, du compte qualité, des résultats des indicateurs et du document d'interface.

[369] Les écarts identifiés et rapportés dans le rapport de visite par les experts-visiteurs au regard des critères définis dans le manuel de certification et de la réglementation en vigueur sont qualifiés par la HAS sur proposition des experts-visiteurs, en fonction d'une analyse de leur criticité, en :

- point sensible ;
- non-conformité ;
- non-conformité majeure.

[370] Au terme de cette étape, la HAS établit le pré-rapport de certification adressé à l'établissement dans un délai maximum de cinq semaines après la fin de la visite.

[371] À compter de la réception du pré-rapport, l'établissement dispose d'une phase contradictoire d'un mois au cours de laquelle il peut formuler toute observation qu'il estime nécessaire.

4 PROCESSUS DECISIONNEL

[372] Au terme de la phase contradictoire, le dossier de l'établissement, composé du pré-rapport de certification et du document retraçant le traitement des observations de l'établissement, est transmis à la Commission de revue des dossiers de certification.

[373] Pour chaque dossier, la Commission de revue des dossiers de certification émet un avis sur l'évaluation de chacune des thématiques investiguées en visite et propose l'une des décisions suivantes :

- une décision de certification pour une durée de six ans ;
- une décision de certification, assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration sur les thématiques investiguées en visite, pour une durée de quatre ans ;
- une décision de certification, assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite, pour une durée de quatre ans ;
- une décision de non-certification ;
- une décision de surseoir à la certification en raison de réserves ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux.

[374] La HAS examine la proposition de la Commission de revue des dossiers de certification, rend sa décision et adopte le rapport définitif.

[375] L'établissement adresse un compte qualité à la HAS tous les vingt-quatre mois. Une visite obligatoire est programmée dans un délai maximum de six ans à compter de la notification de la décision de certification.

ANNEXE 2

COMPOSITION DU GROUPEMENT D'INTERET PUBLIC : « AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX »⁹³

[376] Le groupement d'intérêt public est constitué entre :

[377] 1.1.- l'Etat, représenté par :

- la direction générale de la cohésion sociale,
- l'inspection générale des affaires sociales,
- la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques,
- la direction de la protection judiciaire de la jeunesse,
- la direction de la sécurité sociale,
- la direction générale de l'offre de soins;

[378] 1.2.- la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;

[379] 1.3.- des personnes morales représentant, au niveau national, les organismes gérant des établissements sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles :

- la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) ;
- la Fédération hospitalière de France (FHF) ;
- la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) ;
- le Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA) ;
- l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI) ;
- la Convention nationale des associations de protection de l'enfant (CNAPE);
- l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) ;
- l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) ;
- l'Union nationale inter fédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)
- la Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Agées (FNAQPA)
- l'Union Nationale des Associations de Service à Domicile en Milieu Rural (Union nationale ADMR).

⁹³ Article 1 de la convention constitutive du GIP ANESM

ANNEXE 3
EXPLOITATION DE L'ENQUETE
ADRESSEE AUX ARS



EPP « contrôle et amélioration de
l'offre sociale et médico-sociale »

Exploitation de l'enquête adressée aux ARS

Sommaire du rapport

Introduction : objectifs et méthodes de l'enquête

- | | |
|---|------|
| 1. Chiffres-clés | p.4 |
| 2. Mise en œuvre du dispositif | p.5 |
| 3. L'exploitation des rapports d'évaluation | p.11 |
| 4. Les organismes habilités à réaliser des évaluations externes | p.18 |
| 5. La qualité des prestations délivrées par les ESSMS | p.21 |
| 6. Pistes d'amélioration | p.25 |

Introduction : objectifs et méthode de l'enquête

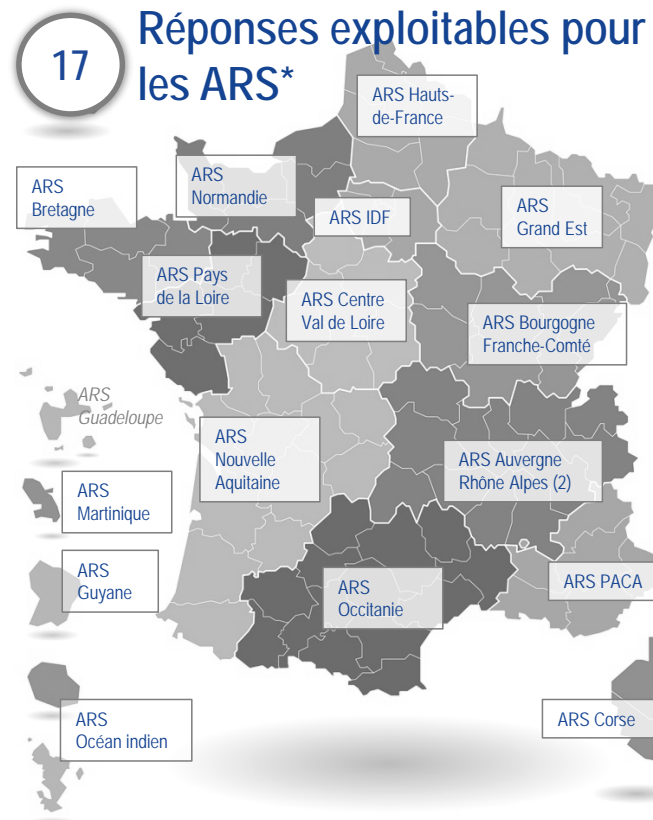
Contexte et objectifs de l'enquête

A la demande du Premier ministre, l'Inspection générale des affaires sociales a été chargée, avec le concours et l'appui du Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP), d'évaluer la politique de contrôle et d'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale.

Dans cette perspective, et en lien avec le Secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la mission a souhaité recueillir l'avis de l'ensemble des agences régionales de santé (ARS) sur les démarches d'évaluation interne et externe conduites par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sur leurs territoires, cet exercice étant désormais quasi complet.

Les résultats de l'enquête présentés ci-après s'appuient donc sur l'exploitation d'un questionnaire en ligne administré par mail à l'ensemble des ARS sur la période du 20 janvier au 1^{er} mars 2017.

Au total, 16 ARS ont fourni des réponses exploitables* au questionnaire, couvrant ainsi la quasi-totalité des ARS sur le périmètre des nouvelles régions.



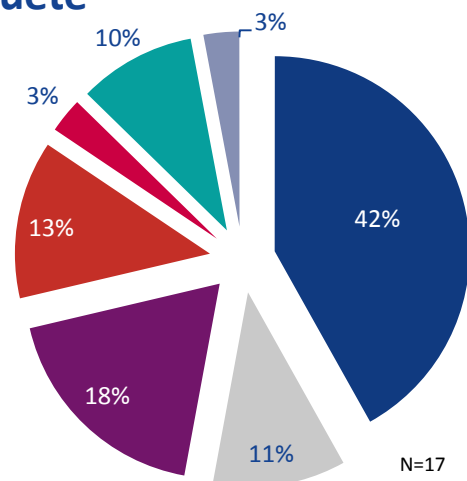
Précision méthodologique

L'enquête a été administrée sur une durée totale de 6 semaines à partir d'un lien Internet renvoyant vers le questionnaire établi par la mission d'évaluation IGAS et testé préalablement auprès de 2 ARS. Le lien a été diffusé à l'ensemble du réseau des ARS via un courrier électronique adressé par le SGMAS. Ce courrier spécifiait aux ARS de ne compléter autant que faire se peut qu'un seul questionnaire par ARS, sur la base du découpage des nouvelles Régions telles qu'issues de la loi Notre de 2015.

* Les réponses exploitables correspondent aux réponses complétées à un taux > 80 % et ne présentant pas d'incohérences a priori dans les modalités de réponse

1. Chiffres clés : nombre d'ESSMS et de renouvellements

➤ Au 1^{er} janvier 2017, 20 960 ESSMS présents sur le territoire des 16 ARS ayant répondu à l'enquête



| | |
|--|---------------|
| Etablissements pour personnes âgées | 8 775 |
| Services de soins infirmiers à domicile | 2 314 |
| Etablissements pour adultes handicapés | 3 860 |
| Etablissements pour enfants handicapés | 2 747 |
| Services à domicile pour adultes handicapés | 606 |
| Services à domicile pour enfants handicapés | 2 035 |
| Etablissements et services spécialisés en addictologie | 623 |
| Total ESSMS | 20 960 |

➤ **14 586** renouvellements d'autorisations au 1^{er} janvier 2017

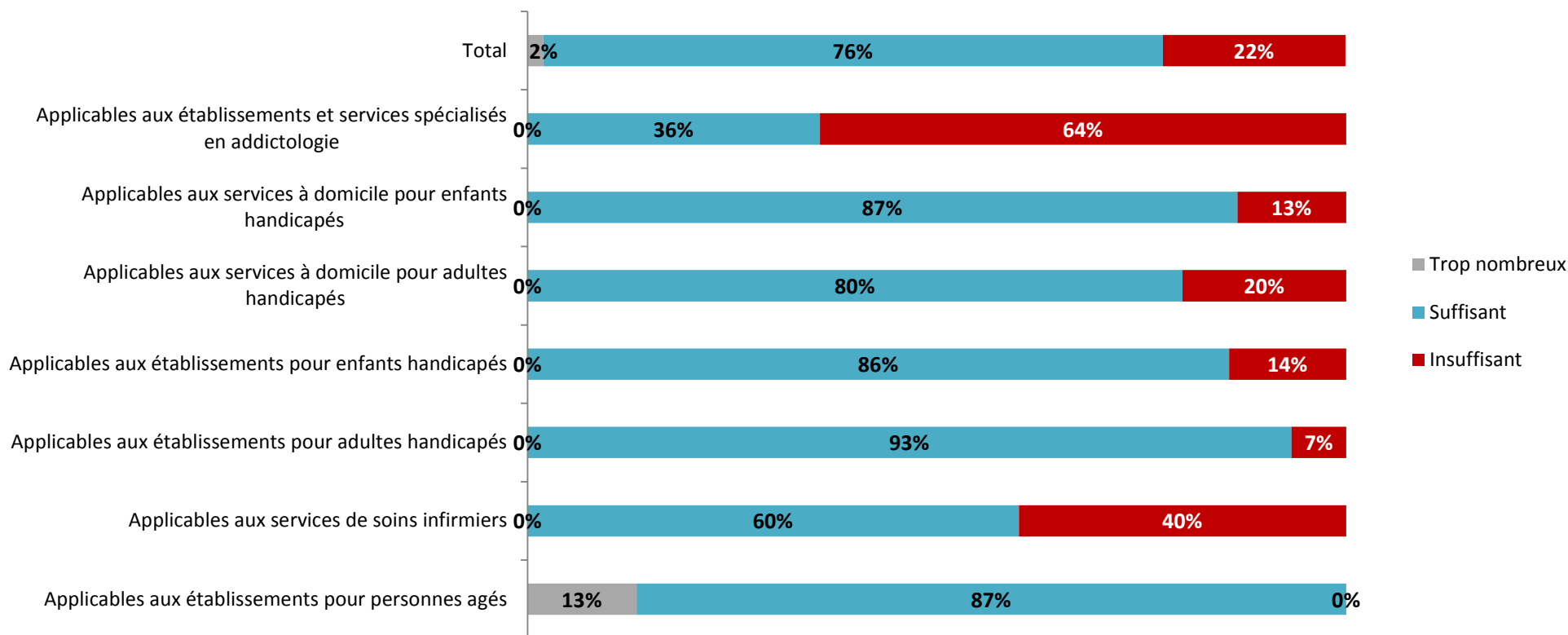
- 13 846 autorisations tacites
- 740 autorisations exprès

| | Nombre de renouvellement total par entité | Part de renouvellements tacites | Part de renouvellements exprès |
|--|---|---------------------------------|--------------------------------|
| Etablissements pour personnes âgées | 6 685 | 94% | 6% |
| Services de soins infirmiers à domicile | 1 802 | 96% | 4% |
| Etablissements pour adultes handicapés | 2 416 | 96% | 4% |
| Etablissements pour enfants handicapés | 2 386 | 95% | 5% |
| Services à domicile pour adultes handicapés | 47 | 100% | 0% |
| Services à domicile pour enfants handicapés | 1 242 | 96% | 4% |
| Etablissements et services spécialisés en addictologie | 8 | 100% | 0% |
| Total et moyenne | 14 586 | 95% | 5% |

2. Mise en œuvre du dispositif d'évaluation

2.1 – Les recommandations de l'ANESM

Pour chaque type d'établissement ou service suivant, comment estimez-vous le nombre de recommandations de bonnes pratiques (tous types de recommandations) publiées par l'ANESM ?

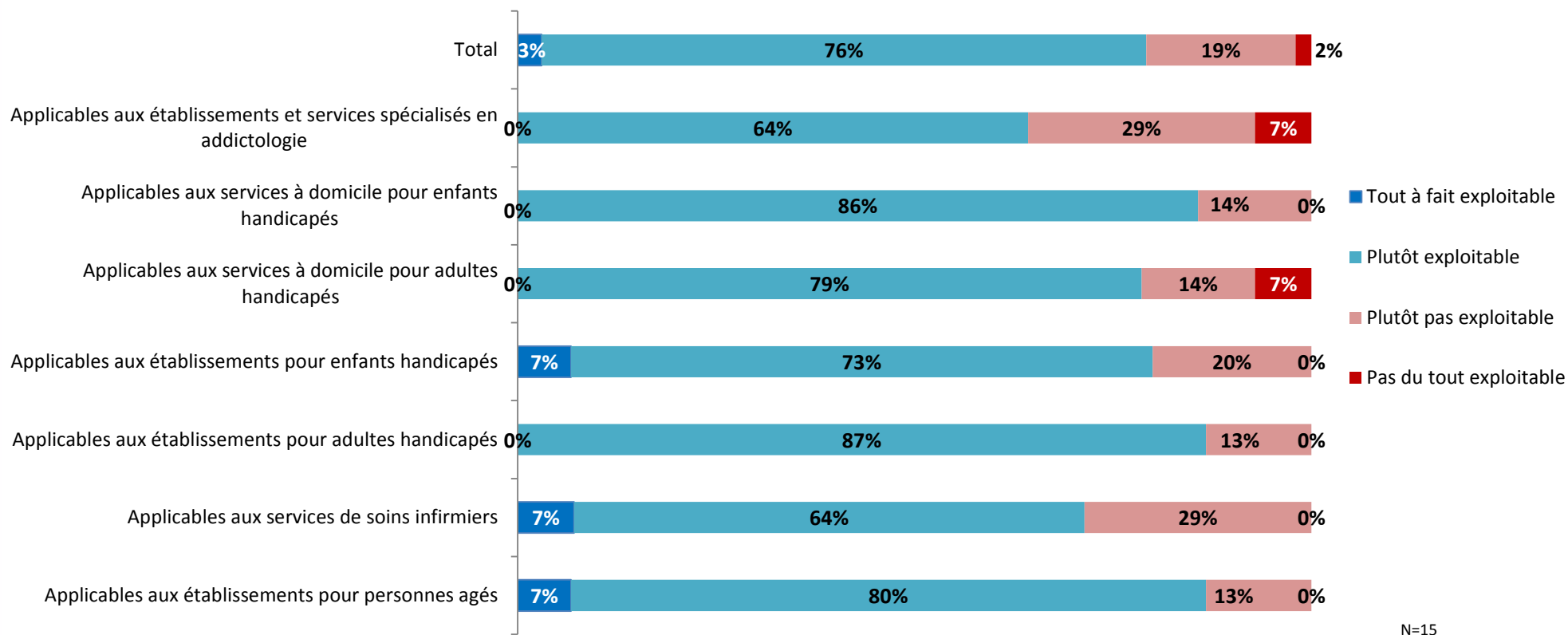


N=15

2. Mise en œuvre du dispositif d'évaluation

2.1 – Les recommandations de l'ANESM (suite)

Pour chaque type d'établissement ou service suivant, comment estimez-vous les recommandations de bonnes pratiques (tous types de recommandations) publiées par l'ANESM ?



N=15

2. Mise en œuvre du dispositif d'évaluation

2.2 – Les référentiels

Selon le type d'établissement ou service, les structures utilisent-elles fréquemment des référentiels issus des recommandations et si oui quelle en est l'origine ?

| | 10 % NON | 90 % OUI | | |
|--|---|--|--------------------------------------|-----------------------|
| | Non, pas d'utilisation fréquente de référentiel | Oui, référentiels internes à la structure ou au groupe | Oui, référentiels provenant de l'ARS | Oui, autre provenance |
| Etablissements pour personnes âgées | 0% | 75% | 0% | 25% |
| Services de soins infirmiers à domicile | 25% | 58% | 8% | 8% |
| Etablissements pour adultes handicapés | 8% | 75% | 0% | 17% |
| Etablissements pour enfants handicapés | 7% | 77% | 0% | 15% |
| Services à domicile pour adultes handicapés | 16% | 78% | 0% | 15% |
| Services à domicile pour enfants handicapés | 17% | 67% | 0% | 17% |
| Etablissements et services spécialisés en addictologie | 15% | 69% | 0% | 15% |
| Moyenne ESSMS | 10% | 60% | 0% | 30% |

N=13

Si les structures disposent d'un référentiel, vous semble-t-il pertinent ?

| | Tout à fait | Plutôt oui | Plutôt non |
|--|-------------|------------|------------|
| Etablissements pour personnes âgées | 8% | 84% | 8% |
| Services de soins infirmiers à domicile | 0% | 80% | 20% |
| Etablissements pour adultes handicapés | 0% | 100% | 0% |
| Etablissements pour enfants handicapés | 0% | 100% | 0% |
| Services à domicile pour adultes handicapés | 0% | 90% | 10% |
| Services à domicile pour enfants handicapés | 0% | 90% | 10% |
| Etablissements et services spécialisés en addictologie | 0% | 100% | 0% |
| Moyenne ESSMS | 1% | 92% | 7% |

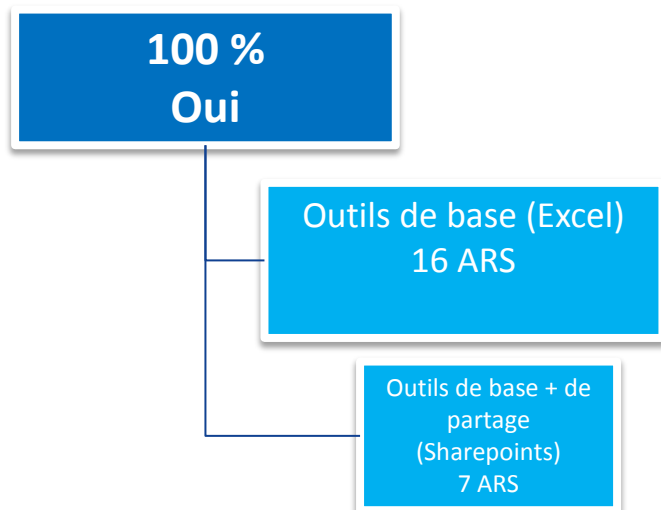
N=12

2. Mise en œuvre du dispositif d'évaluation

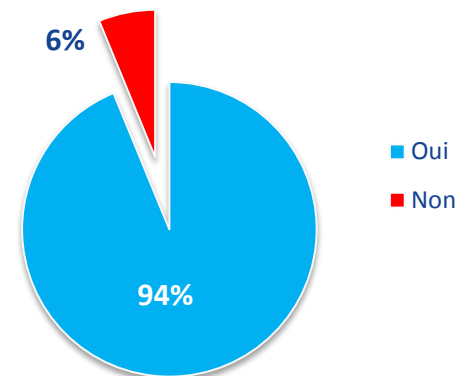
2.3 – Suivi et relances

- La totalité des ARS ont mis en place un suivi des démarches d'évaluation
- 94 % des ARS ont procédé à des relances dans les cas de retard dans la production des rapports d'évaluation

Au sein de l'ARS, des outils de suivi du calendrier de réalisation des évaluations externes ont-ils été mis en place ?



Les retards dans la production des rapports font-ils l'objet de relances systématiques ?



N=16

2. Mise en œuvre du dispositif d'évaluation

2.4 – Les évaluations externes

➤ Selon le comptage ARS, 15 085 ESSMS ont réalisé une démarche d'évaluation externe au 1^{er} mars 2017

| | Structures ayant fait l'objet d'une évaluation externe* | | Structures dont l'autorisation arrive à échéance en janvier 2017 et qui n'ont pas transmis leur rapport d'évaluation externe | |
|--|---|------------|--|-----------|
| Etablissements pour personnes âgées | 7 026 | 80% | 51 | 1% |
| Services de soins infirmiers à domicile | 1 724 | 75% | 23 | 1% |
| Etablissements pour adultes handicapés | 2 478 | 64% | 12 | 0% |
| Etablissements pour enfants handicapés | 2 290 | 83% | 16 | 1% |
| Services à domicile pour adultes handicapés | 81 | 13% | 4 | 1% |
| Services à domicile pour enfants handicapés | 1 449 | 71% | 14 | 1% |
| Etablissements et services spécialisés en addictologie | 37 | 6% | 0 | 0% |
| Total et moyenne | 15 085 | 72% | 120 | 1% |

*Une seule évaluation externe comptabilisée par ESSMS

N=17

N=17

➤ Zoom sur la certification

| | Etablissements dont la certification des activités a été prise en compte pour l'évaluation externe |
|--|--|
| Etablissements pour personnes âgées | 73 |
| Services de soins infirmiers à domicile | 19 |
| Etablissements pour adultes handicapés | 5 |
| Etablissements pour enfants handicapés | 3 |
| Services à domicile pour adultes handicapés | 0 |
| Services à domicile pour enfants handicapés | 2 |
| Etablissements et services spécialisés en addictologie | 0 |
| Total | 102 |

N=10

➤ Zoom sur les crédits ARS

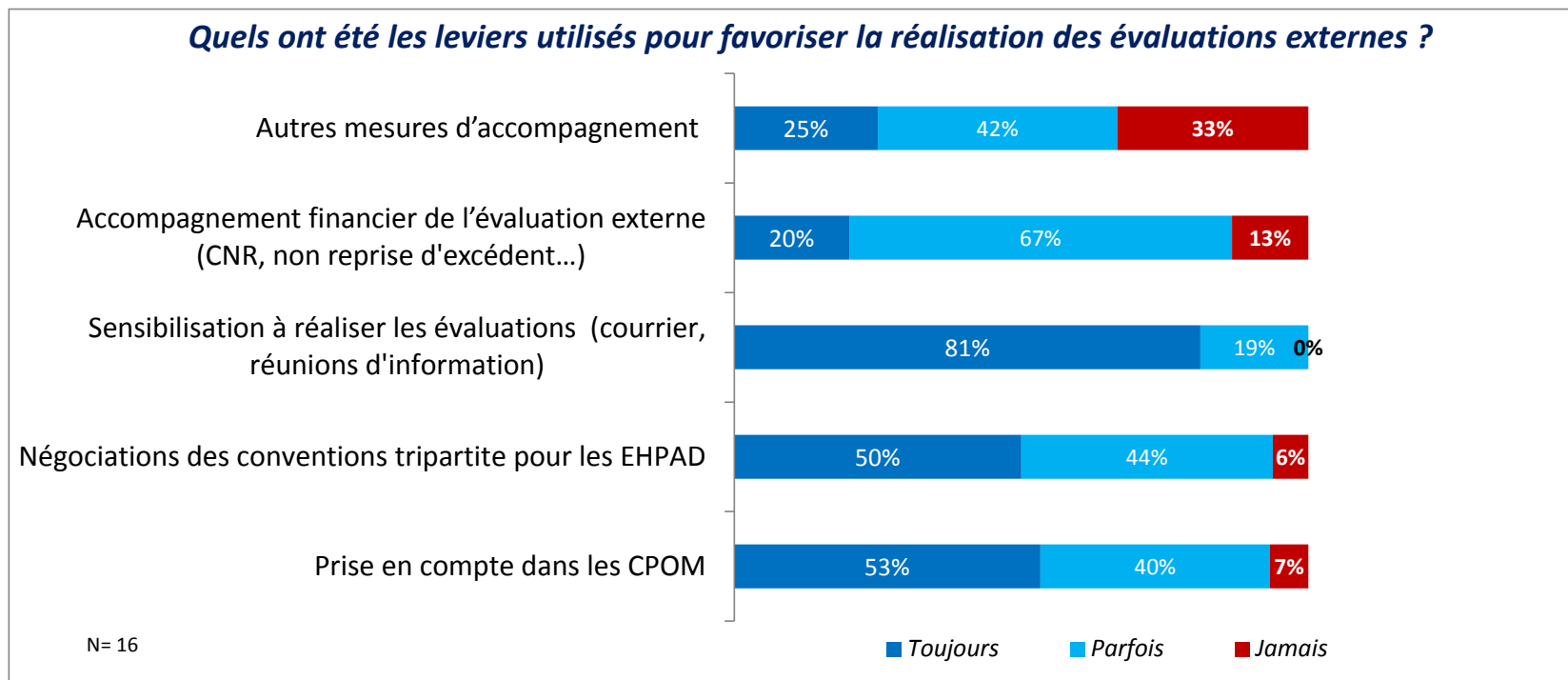
| | Aucun crédit | Crédits non renouvelables | Autres crédits (mesures d'accompagnement, formation...) |
|--|--------------|---------------------------|---|
| Etablissements pour personnes âgées | 13% | 81% | 6% |
| Services de soins infirmiers à domicile | 25% | 69% | 6% |
| Etablissements pour adultes handicapés | 31% | 69% | 0% |
| Etablissements pour enfants handicapés | 31% | 69% | 0% |
| Services à domicile pour adultes handicapés | 38% | 63% | 0% |
| Services à domicile pour enfants handicapés | 38% | 63% | 0% |
| Etablissements et services spécialisés en addictologie | 33% | 60% | 7% |
| Moyenne | 30% | 68% | 3% |

N=16

2. Mise en œuvre du dispositif d'évaluation

2.4 – Les évaluations externes (suite)

➤ Les leviers qui ont facilité la mise en œuvre des évaluations externes

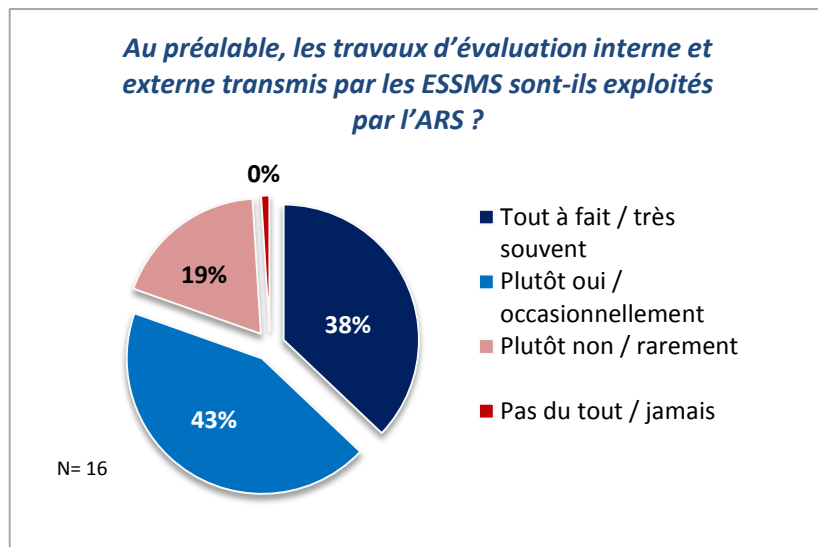


3. L'exploitation des rapports d'évaluation

3.1 – Exploitation et injonctions

➤ 80 % des ARS ont procédé à l'exploitation des évaluations internes préalablement

➤ Près de 500 injonctions adressées aux ESSMS en 2016 (art. L 313-5 du CASF)



Nombre d'injonctions adressées par les ARS aux structures en 2016
(art. L 313-5 du CASF)

| | | |
|--|------------|-----------|
| Etablissements pour personnes âgées | 284 | 3% |
| Services de soins infirmiers à domicile | 54 | 2% |
| Etablissements pour adultes handicapés | 59 | 2% |
| Etablissements pour enfants handicapés | 73 | 3% |
| Services à domicile pour adultes handicapés | 1 | 0% |
| Services à domicile pour enfants handicapés | 30 | 1% |
| Etablissements et services spécialisés en addictologie | 0 | 0% |
| Total et moyenne | 501 | 2% |

➤ Principaux motifs d'injonctions

- Non transmission des rapports d'évaluation internes et externes
- Non réception dans les délais
- Qualité de l'évaluation non satisfaisante ou peu objective
- Sécurité des conditions d'hébergement et d'accueil
- Projets personnalisés des hébergés insatisfaisants

3. L'exploitation des rapports d'évaluation

3.2 – Non-renouvellement et autorisations partielles

- 1 seul non renouvellement d'autorisation et 82 renouvellements d'autorisations assortis de conditions particulières dans l'intérêt des personnes accueillies
- 19 missions de contrôles engagées suite une évaluation externe

| | Nombre de non renouvellements d'autorisation | Nombre de renouvellements partiels envisagés | Nombre de renouvellements d'autorisations assortis de conditions particulières dans l'intérêt des personnes accueillies | Nombre de missions de contrôle engagées suite à une évaluation externe sur la base de celle-ci |
|--|--|--|---|--|
| Etablissements pour personnes âgées | 0 | 0 | 47 | 10 |
| Services de soins infirmiers à domicile | 1 | 0 | 3 | 2 |
| Etablissements pour adultes handicapés | 0 | 0 | 18 | 1 |
| Etablissements pour enfants handicapés | 0 | 0 | 11 | 3 |
| Services à domicile pour adultes handicapés | 0 | 0 | 2 | 1 |
| Services à domicile pour enfants handicapés | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Etablissements et services spécialisés en addictologie | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 1 | 0 | 82 | 19 |

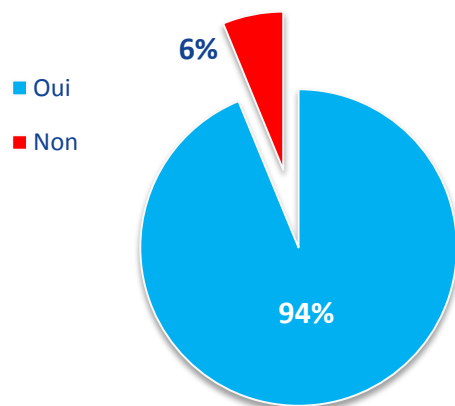
N=16

3. L'exploitation des rapports d'évaluation

3.3 – Instruction des rapports d'évaluation

- 15 ARS ont formalisé méthodologiquement l'instruction des rapports d'évaluation externe

L'instruction des rapports d'évaluation externe a-t-elle été formalisée méthodologiquement par l'ARS ?



N= 16

- Selon des modalités diverses mais complémentaires

Si oui, selon quelles modalités / par quels moyens ? (plusieurs réponses possibles)

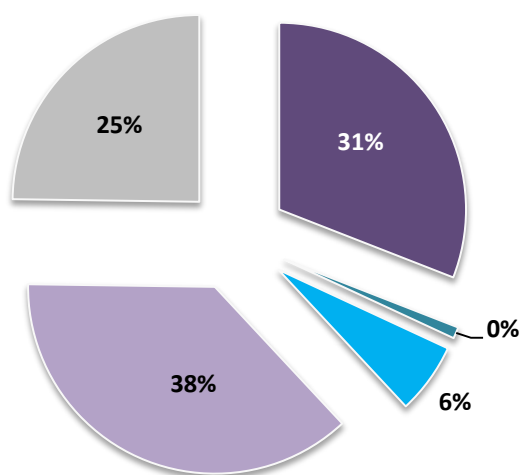


3. L'exploitation des rapports d'évaluation

3.3 – Instruction des rapports d'évaluation (suite)

- En moyenne, les ARS ont consacré 1,8 jours d'analyse par rapport
- L'analyse des rapports a été effectuée majoritairement (68%) par les équipes en charge de la tarification et du contrôle technique des ESSMS, notamment au niveau des DD

Qui assure l'exploitation des rapports ?



- Les personnes qui assurent la tarification / contrôle technique des ESSMS
- Une équipe ad hoc permanente en charge du suivi de la qualité des ESSMS
- une équipe ad hoc provisoire le temps de l'exploitation des rapports d'évaluation externe
- L'instruction des rapports d'évaluation externe a été déléguée aux délégations territoriales
- Autre(s)

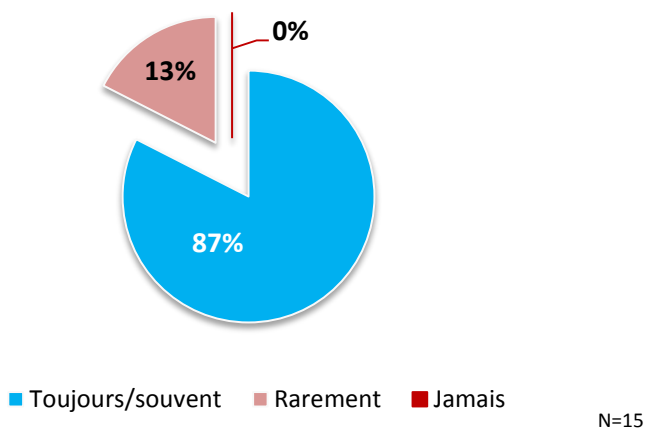
N= 16

3. L'exploitation des rapports d'évaluation

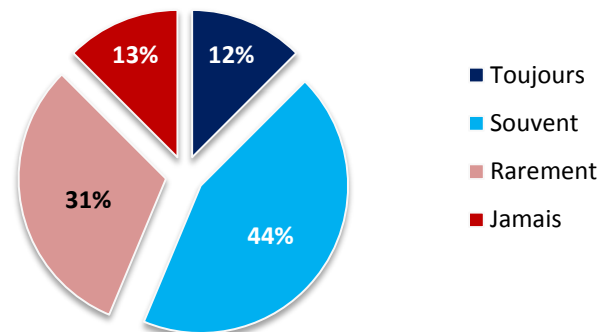
3.4 – Apports de l'évaluation externe

- Une démarche jugée utile dans 87 % des cas
- Lors d'évènements indésirables graves, dans 56 % des cas les rapport d'évaluation externe sont mobilisés pour rechercher des faiblesses...
- ...avec cependant une efficacité variable

Au-delà de l'analyse nécessaire au processus de renouvellement de l'autorisation, l'exploitation des rapports d'évaluation externe vous a-t-elle apporté des informations utiles sur les ESSMS ?



En cas de remontée d'évènements indésirables graves, est-il recherché dans le contenu des rapports d'évaluation externe si des faiblesses avaient été mentionnées ?



Dans ce cas, le rapport avait-il identifié des faiblesses ?

| Response | Percentage |
|--------------------------|------------|
| Dans la majorité des cas | 0% |
| Souvent | 14% |
| Parfois | 86% |
| Jamais | 0% |

N=16

3. L'exploitation des rapports d'évaluation

3.5 – Utilisation par les ARS

- Dans 71 % des cas, les ARS ont mis en regard chaque recommandation de bonne pratique par rapport aux constats du rapport

Selon quelles modalités l'instruction des rapports d'évaluation a-t-elle été réalisée ?

| | Oui | Non |
|--|------------|------------|
| En mettant en regard chaque recommandation de bonne pratique / constats du rapport | 71% | 29% |
| En ciblant des thématiques prioritaires | 87% | 13% |
| Moyenne | 79% | 21% |

N=16

- Le retour d'analyse n'est pas systématique

Quel retour d'analyse des rapports a été fait par l'ARS ?

| | |
|---|-----|
| Un retour de l'analyse de son rapport d'évaluation externe à chaque établissement | 44% |
| Un retour d'analyse collective des rapports d'évaluation externe aux établissements | 19% |
| Autre(s) | 63% |

N=16

- ✓ « Pas de retour »
- ✓ « Manque de temps matériel pour finaliser l'étude des rapports »
- ✓ « Exploitation des rapports sous un angle thématique : outils loi 2002-2 »
- ✓ « Rapports transmis aux DDCS/PP »
- ✓ « La MRIICE a procédé à une instruction des rapports (expérimentation qui entre dans le cadre du repérage des risques en ESMS). Par la suite, un retour d'analyse individuel et collectif a été fait aux établissements. »
- ✓ « Certains CHRS ont été destinataires d'un courrier pour leur signifier les pièces manquantes à adresser pour renouveler leur autorisation. »

3. L'exploitation des rapports d'évaluation

3.5 – Certification et qualité

➤ Un lien entre certification et qualité des prestations perçue dans les évaluations

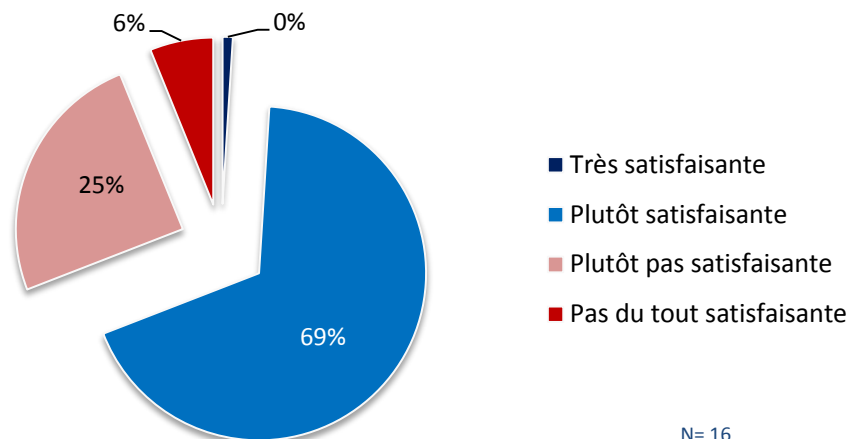
Pour les ESSMS qui ont recours à la certification, les rapports d'évaluation mettent-ils en évidence un niveau de qualité des prestations qu'ils délivrent ?

| | |
|----------------|------|
| Excellent | 0 % |
| Plutôt bon | 88 % |
| Plutôt mauvais | 13 % |
| Médiocre | 0 % |

N= 10

➤ Un taux de satisfaction de 69 % en ce qui concerne la qualité des rapports d'évaluation externe

Comment jugez-vous globalement la qualité des rapports d'évaluation externe ?



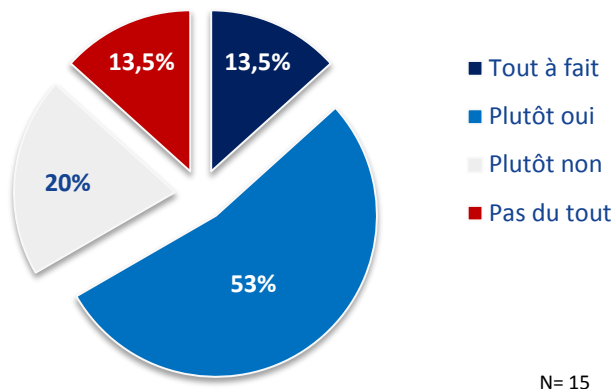
N= 16

4. Les organismes habilités

4.1 – Sélection des organismes

- **2/3 des ARS ont rencontré des difficultés pour s'assurer du respect des procédures de mise en concurrence des ESSMS par rapport au choix des OH**

Par rapport aux organismes habilités (OH) à réaliser ces évaluations, diriez-vous que : vous avez rencontré des difficultés pour vous assurer du respect des procédures de mise en concurrence des ESSMS ?



Comment vous assurez-vous de l'indépendance de l'évaluateur ?

| | Non formalisé | Formalisé |
|-----------------------|--|---|
| Contrôle a priori | 4 ARS ✓ « Vérification de la qualification et les antériorités des évaluateurs par rapport la structure ciblée » ✓ « Connaissance par DD, CD et les acteurs du territoire » ✓ « Recherche des profils et antécédents des évaluateurs » | 5 ARS ✓ « Vérification de l'habilitation ANESM » ✓ « Certificat d'absence de conflit d'intérêt » ✓ « Vérification du contrat passé entre l'évaluateur et l'établissement » ✓ « Elaboration d'une grille d'analyse de conformité (vérification composition et 'expérience de l'équipe d'évaluateurs externes) » ✓ « Examen du CV des évaluateurs et de la charte de déclaration de non conflit d'intérêt » |
| | 1 ARS ✓ « De manière informelle ou a posteriori » | 1 ARS ✓ « Mise en place d'un critère de contrôle intégré sur la grille d'analyse d'évaluation externe, élaborée en interne » |
| Contrôle a posteriori | | |

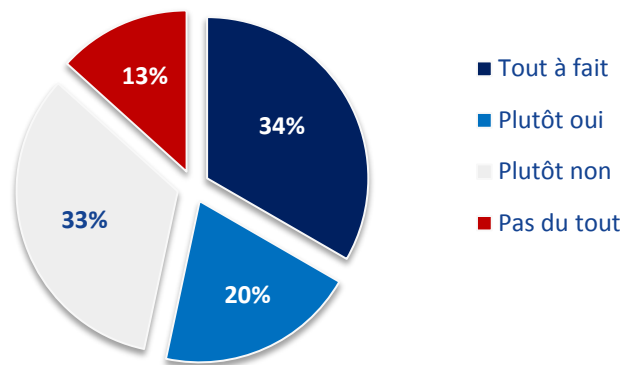
Autre commentaire : « Les certificat d'absence de conflit d'intérêt fournis ne suffisent pas car nous avons eu parfois des doutes sur la rédaction des rapports »

4. Les organismes habilités

4.2 – Signalements et suites

- En moyenne 3 signalements par ARS mais avec de fortes disparités selon les territoires
- Les suites des signalements connues dans 54 % des cas

Avez-vous connaissances des suites données par l'ANESM lorsque des OH font l'objet de signalements ?



N= 15

4. Les organismes habilités

4.3 – Connaissance et perception des travaux des OH

- La durée moyenne passée par les évaluateurs externes dans les ESSMS est estimée à 4,3 jours/homme sur l'ensemble des ARS

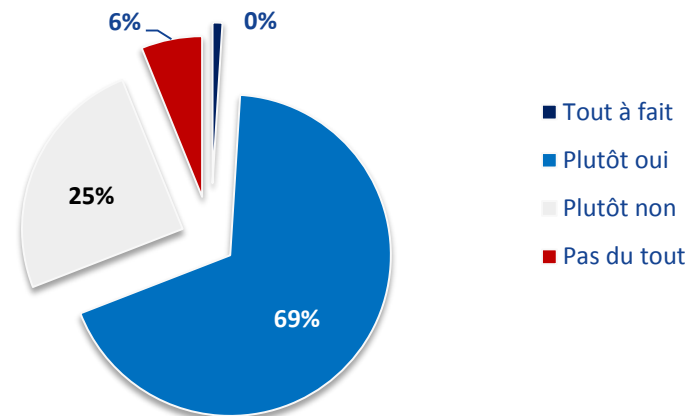
Quelle a été la durée moyenne passée par les évaluateurs externes (en jour/ homme) dans les établissements de votre région ?

| | |
|-----------------|------------------|
| Moins de 1 jour | 7 % |
| De 1 à 3 jours | 36 % |
| De 4 à 5 jours | 43 % |
| De 6 à 7 jours | 0 % |
| 8 jours et plus | 14 % |
| Moyenne | 4,3 jours |

N= 14

- 69 % des ARS sont plutôt satisfaites des compétences des OH ayant réalisé les rapports d'évaluation externe

Estimez-vous globalement que les prestataires qui ont réalisé les rapports d'évaluation externe disposent des compétences suffisantes ?



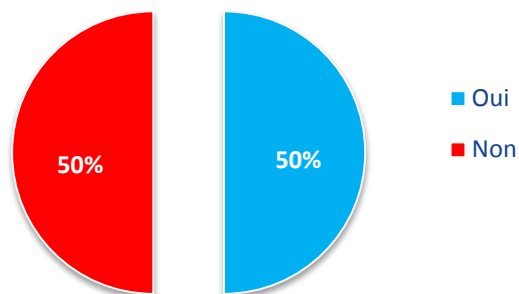
N= 16

5. Qualité des prestations des ESSMS

5.1 – Suivi et évaluation

➤ Un suivi de la qualité de l'offre des ESSMS possible dans la moitié des cas

L'évolution de la qualité de l'offre depuis la mise en oeuvre de la démarche d'évaluation interne et externe est-elle mesurable par vos services ?



N= 16

Si oui, par quels moyens ?

- ✓ Avec les indicateurs de l'ANAP mis en œuvre en 2016
- ✓ Changement ressenti lors des missions de suivi des établissements (projet d'établissement, projets individuels, procédures...)
- ✓ Via les indicateurs qualité suivis dans le cadre de l'enquête Flash annuelle
- ✓ Via les travaux e des CPOM et CTP
- ✓ Via la désignation d'un référent qualité ou la mise en place de plans d'action qualité
- ✓ A travers les plans d'amélioration de la qualité des ESSMS.
- ✓ Lors de la contractualisation (CPOM, renouvellement CPOM, CTP)
- ✓ Mise en place d'un plan d'action après l'évaluation externe (2ARS)
- ✓ Bilan des évaluations externes

➤ Une utilisation des observations des rapports d'évaluation externe dans les négociation des CPOM par l'ensemble des ARS

Les observations figurant dans les rapports d'évaluation externe sont-elles utilisées dans la négociation des CPOM ?

| | Nb d'ARS | % |
|-------------|----------|-----|
| Tout à fait | 12 | 75% |
| Plutôt oui | 4 | 25% |

N= 16

5. Qualité des prestations des ESSMS

5.2 – Indicateurs de qualité

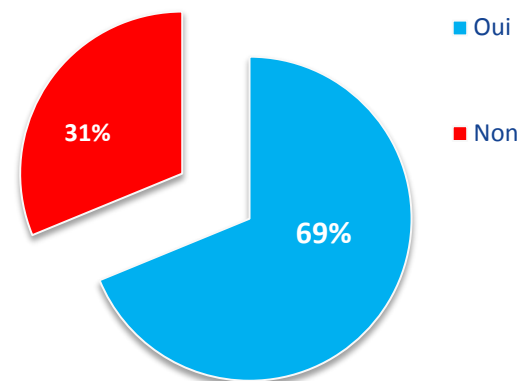
- La mise en place d'indicateurs de qualité de l'offre dans la plupart des ESSMS (87%)
- 69 % des ARS interrogées estiment qu'il est possible d'identifier des indicateurs partageables avec le grand public comme dans le champ sanitaire

Pour chaque type d'établissement ou service suivant, savez-vous si les structures ont mis en place en interne des indicateurs de qualité de l'offre ?

| | La majorité des structures | Certaines | Une minorité |
|--|----------------------------|------------|--------------|
| Etablissements pour personnes âgées | 43% | 50% | 7% |
| Services de soins infirmiers à domicile | 7% | 79% | 14% |
| Etablissements pour adultes handicapés | 36% | 57% | 7% |
| Etablissements pour enfants handicapés | 36% | 57% | 7% |
| Services à domicile pour adultes handicapés | 36% | 57% | 7% |
| Services à domicile pour enfants handicapés | 29% | 64% | 7% |
| Etablissements et services spécialisés en addictologie | 8% | 50% | 42% |
| Moyenne ESSMS | 28% | 59% | 13% |

N= 14

Peut-on identifier des indicateurs de qualité partageables avec le grand public comme dans le sanitaire ?



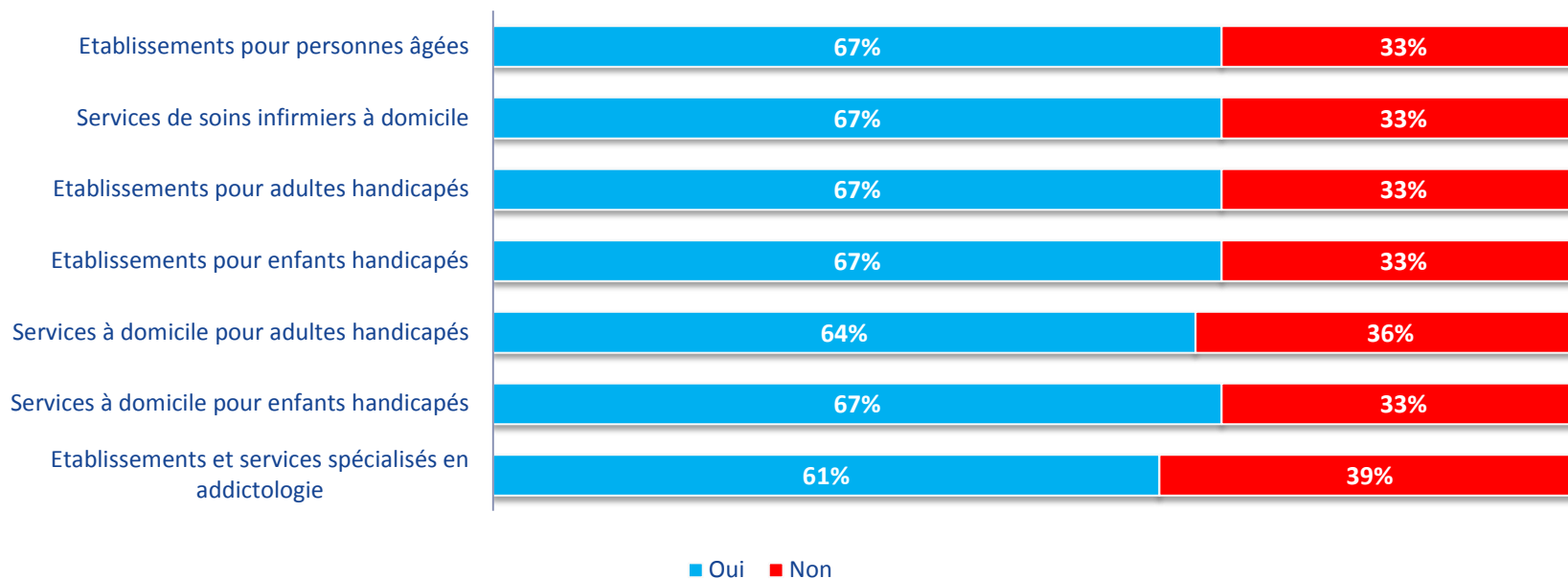
N= 16

5. Qualité des prestations des ESSMS

5.3 – Transparence

- En moyenne, 66 % des ARS sont favorables à la publication des rapports d'évaluation externe quel que soit le type d'ESSMS

Faut-il rendre publics les rapports d'évaluation externe selon le type d'établissement ?

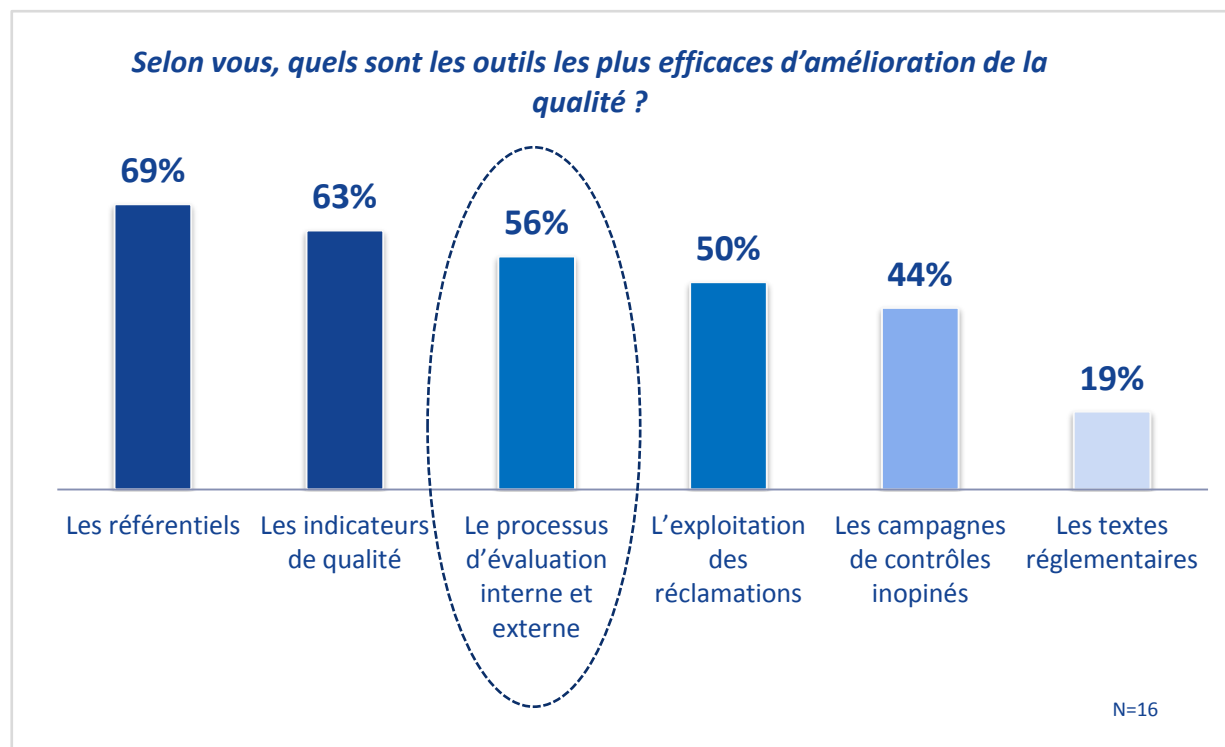


N=15

5. Qualité des prestations des ESSMS

5.4 – Outils d'amélioration de la qualité

- Les démarches d'évaluation I et E sont citées à 56 % comme outils efficaces d'amélioration de la qualité mais derrière les référentiels et les indicateurs de qualité

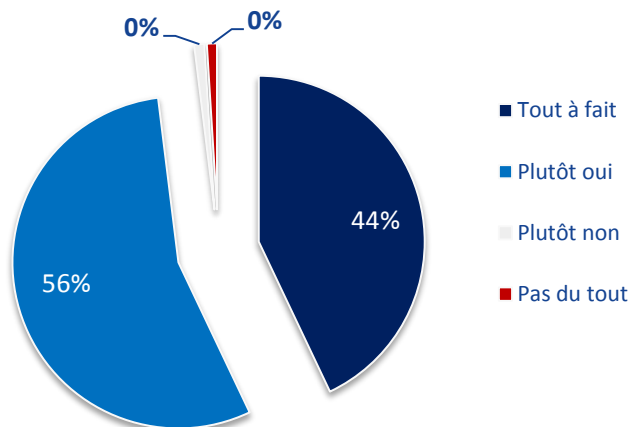


6. Pistes d'amélioration

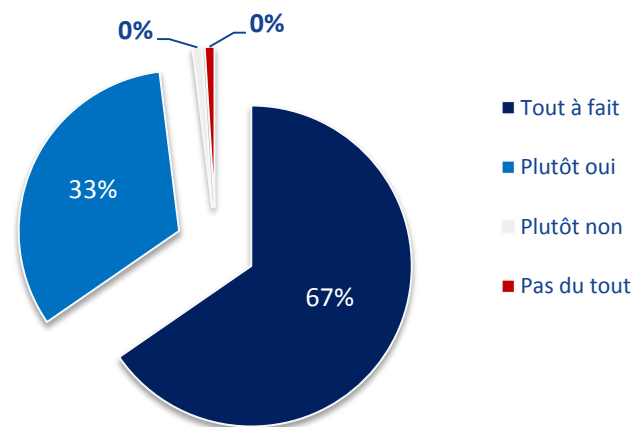
6.1 – Référentiels d'évaluation et indicateurs

- Parmi les pistes d'amélioration, la totalité des ARS jugent :
 - pertinente l'élaboration de référentiels d'évaluation de la qualité
 - pertinente l'élaboration d'indicateurs de qualité en complément des recommandations de bonnes pratiques

Parmi les pistes d'amélioration envisageables, l'élaboration de référentiels d'évaluation de la qualité en complément des recommandations de bonnes pratiques vous paraît-elle pertinente :



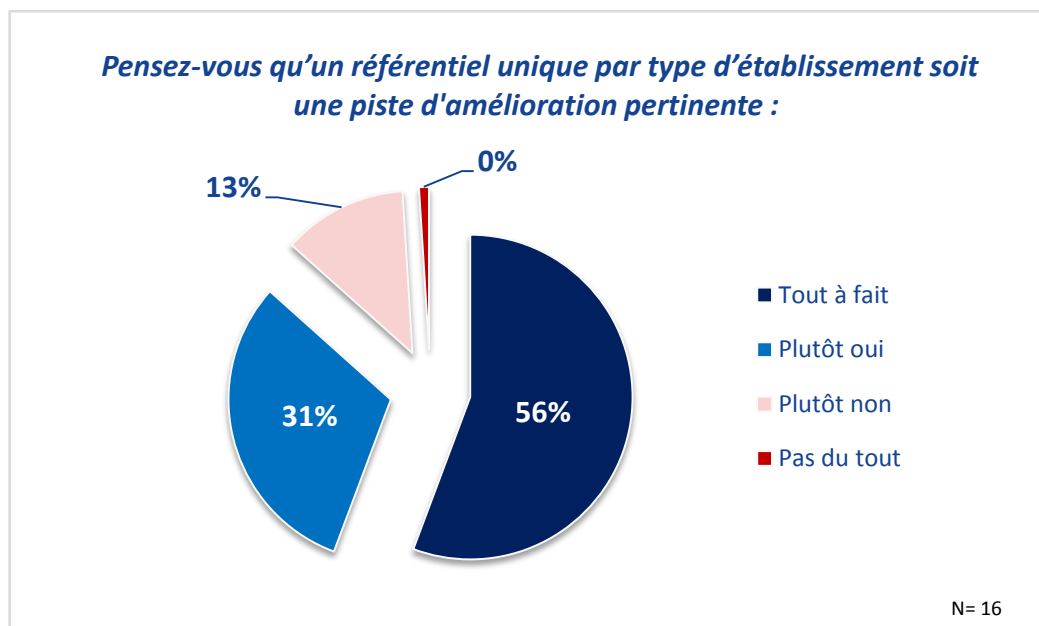
L'élaboration d'indicateurs de qualité en complément des recommandations de bonnes pratiques vous paraît-elle une piste d'amélioration pertinente :



6. Pistes d'amélioration

6.2 – Référentiel unique

- Pour 14 ARS sur les 16 ayant répondu, l'élaboration d'un référentiel unique par type d'ESSMS est considérée comme une piste pertinente



6. Pistes d'amélioration

6.3 – Compléments et autres pistes

- Parmi les pistes d'amélioration proposées librement par les ARS en fin de questionnaire, 6 catégories de propositions :

| Axes d'amélioration consolidés | Nb ARS | Détails (extraits) |
|---|--------|--|
| Améliorer le cadrage national (référentiel national, CPOM, autorisation, certification) | 7ARS | <ul style="list-style-type: none"> « Nécessité d'avoir un cadrage national, des modèles standardisés » « Développer un outil d'analyse nationale » « Des textes réglementaires clairs et précis avec décrets et circulaires ne laissant pas de place à l'interprétation » « Inscription d'engagements contractuels dans les CPOM » « S'inspirer du processus de certification des établissements de santé » « Clarifier le sort de l'autorisation » - « Ne pas lier le processus d'évaluation externe à celui des renouvellement des autorisations » |
| Renforcer la qualité et la fiabilité des OH | 4ARS | <ul style="list-style-type: none"> « Noter les organismes agréés » « Renforcer le contrôle des OH au niveau national » « Vérifier les éventuels conflits d'intérêts » « La procédure d'habilitation doit être plus rigoureuse » |
| Optimiser les outils et méthodes | 3ARS | <ul style="list-style-type: none"> « Mettre en place des rapports normalisés » « Développer une application nationale » « Dématérialiser les rapports d'évaluation » |
| Développer la formation et professionnaliser la démarche | 3ARS | <ul style="list-style-type: none"> « Proposer plus de formations aux établissements / évaluateurs / autorités compétentes » « Professionnalisation et accompagnement » « Professionnaliser la fonction de qualificateur de » |
| Harmoniser le calendrier | 3ARS | <ul style="list-style-type: none"> « Meilleure articulation avec les CPOM » « Mieux répartir la charge de travail » |
| Traiter la question des coûts et RH | 2ARS | <ul style="list-style-type: none"> « Renforcer les moyens de suivi » « Recruter des spécialistes de la qualité dans les autorités » |

ANNEXE 4
EXPLOITATION DE L'ENQUETE
ADRESSEE AUX DRDJSCS



EPP « contrôle et amélioration de l'offre sociale et médico-sociale »

Exploitation de l'enquête adressée aux DRDJSCS

Sommaire du rapport

Introduction : objectifs et méthodes de l'enquête

- | | |
|---|------|
| 1. Chiffres-clés | p.4 |
| 2. Mise en œuvre du dispositif | p.5 |
| 3. L'exploitation des rapports d'évaluation | p.10 |
| 4. Les organismes habilités à réaliser des évaluations externes | p.18 |
| 5. La qualité des prestations délivrées par les ESSMS | p.22 |
| 6. Pistes d'amélioration | p.26 |

Introduction : objectifs et méthode de l'enquête

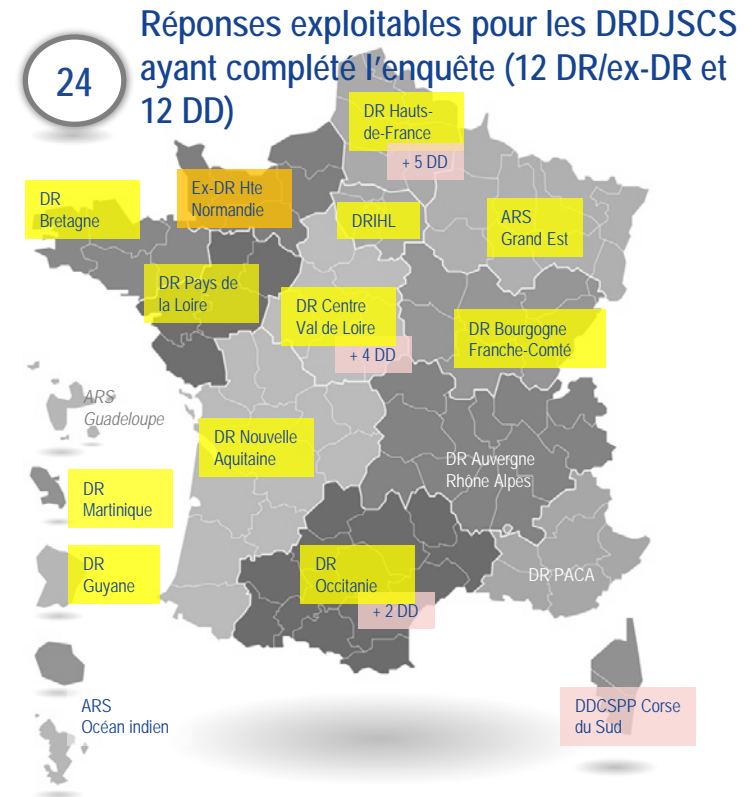
Contexte et objectifs de l'enquête

A la demande du Premier ministre, l'Inspection générale des affaires sociales est chargée, avec le concours et l'appui du Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP), d'évaluer la politique de contrôle et d'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale.

Dans cette perspective, et en lien avec le Secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la mission a souhaité recueillir l'avis de l'ensemble des Directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) sur les démarches d'évaluation interne et externe conduites par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sur leurs territoires, cet exercice étant désormais quasi complet.

Les résultats de l'enquête présentés ci-après s'appuient sur l'exploitation d'un questionnaire en ligne administré par mail à l'ensemble des DRDJSCS sur la période du 20 janvier au 1^{er} mars 2017.

Au total, 24 DRDJSCS (12 DR/ex-DR et 12 DD) ont fourni des réponses exploitables* au questionnaire, couvrant ainsi près de 75 % du périmètre des nouvelles régions.



Précision méthodologique

L'enquête a été administrée sur une durée totale de 6 semaines à partir d'un lien Internet renvoyant vers le questionnaire établi par la mission d'évaluation IGAS. Le lien a été diffusé à l'ensemble du réseau des ARS via un courrier électronique adressé par le SGMAS. Ce courrier spécifiait aux DRDJSCS de ne compléter qu'un seul questionnaire par structure, en privilégiant les réponses agrégées au niveau régional sur la base du découpage des nouvelles Régions telles qu'issues de la loi Notre de 2015, et à défaut au niveau départemental.

* Les réponses exploitables correspondent aux réponses complétées à un taux > 80 % et ne présentant pas d'incohérences a priori dans les modalités de réponse

1. Chiffres clés : nombre d'ESSMS et de renouvellements

- 716 CHS recensés sur le territoire des 13 régions au 1^{er} janvier 2017

| | | |
|-------------------|-----|-------|
| Total CHRS | 716 | |
| <i>Moyenne</i> | 45 | |
| <i>Mini</i> | 2 | |
| <i>Max</i> | 116 | N= 16 |

- 571 renouvellements d'autorisations au 1^{er} janvier 2017

- 450 autorisations tacites
- 121 autorisations exprès

| | Nombre de renouvellement total | Part de renouvellements tacites | Part de renouvellements exprès |
|------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| CHRS | 571 | 63% | 17% |

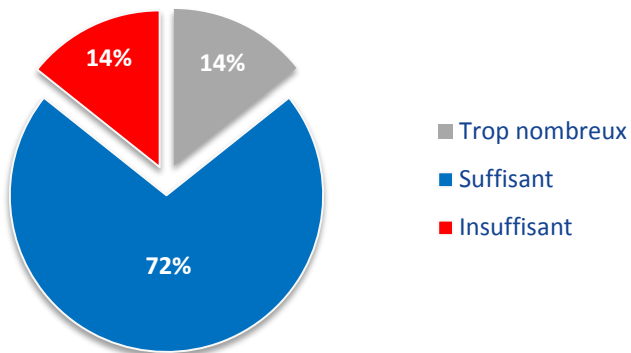
N= 15

2. Mise en œuvre du dispositif d'évaluation

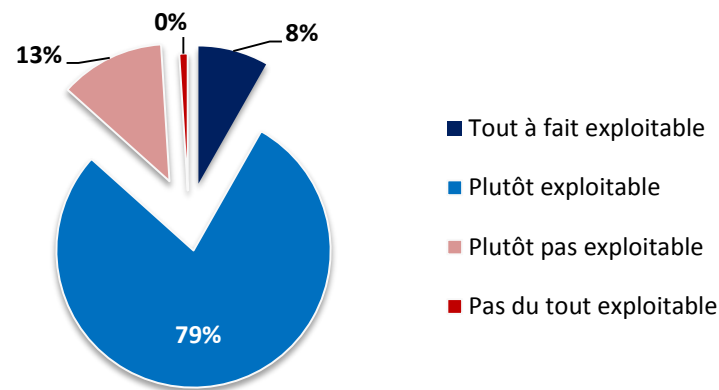
2.1 – Les recommandations de l'ANESM

- La qualité et le nombre de recommandations de l'ANESM jugées favorablement par les trois quart des DRDJSCS

Comment estimez-vous le nombre de recommandations de bonnes pratiques (tous types de recommandations) publiées par l'ANESM et applicables aux CHRS ?



Comment estimez-vous la qualité des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM et applicables aux CHRS ?



2. Mise en œuvre du dispositif d'évaluation

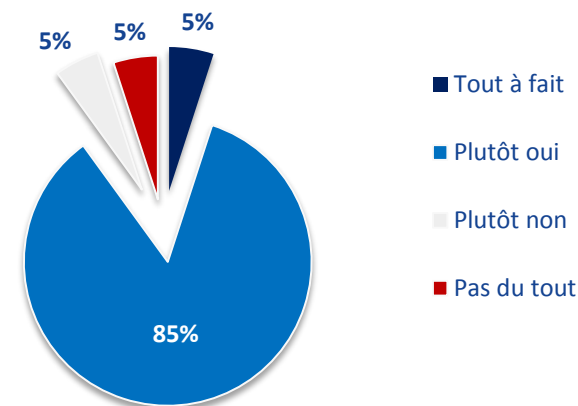
2.2 – Les référentiels

- D'après les DRDJSCS, la majorité des CHRS utilisent des référentiels
- Les DRDJSCS jugent cet outil pertinent

Les CHRS utilisent-ils fréquemment des référentiels issus des recommandations et si oui quelle en est l'origine ?

| 14 % NON | 84 % OUI | | |
|---|--|---------------------------------------|-----------------------------|
| Non, pas d'utilisation fréquente de référentiel | Référentiels internes à l'établissement ou au groupe | Oui, référentiels provenant des DR/DD | Oui, autre(s) provenance(s) |
| 14% | 67% | 0% | 19% |

Si les CHRS disposent d'un référentiel, vous semble-t-il pertinent ?



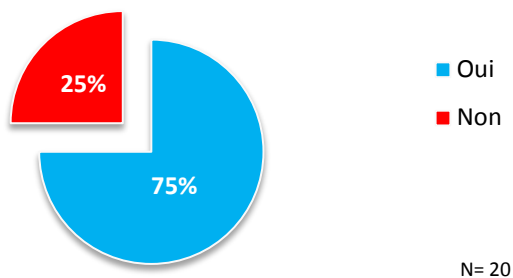
N= 20

2. Mise en œuvre du dispositif d'évaluation

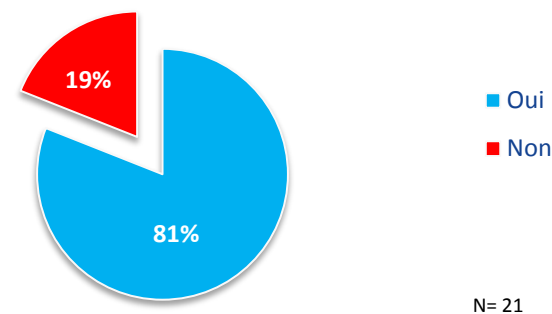
2.3 – Suivi et relances

- 75 % des DRDJSCS ont mis en place un suivi des démarches d'évaluation
- 81 % des DRDJSCS ont procédé à des relances dans les cas de retard dans la production des rapports d'évaluation

Plus globalement, au sein de la DRDJSCS, des outils de suivi du calendrier de réalisation des évaluations externes ont-ils été mis en place ?



Les retards dans la production des rapports font-ils l'objet de relances systématiques ?



2. Mise en œuvre du dispositif d'évaluation

2.4 – Les évaluations externes

- 503 CHRS ont réalisé leur démarche d'évaluation externe (70 %) et 2 n'ont pas transmis leur rapport d'évaluation externe au 1^{er} janvier 2017

Indiquez le nombre de CHRS ayant fait l'objet d'une évaluation externe ?

| | |
|--|-----|
| Nombre de CHRS TOTAL | 716 |
| Nombre de CHRS ayant fait l'objet d'une évaluation externe | 503 |
| Part de CHRS ayant fait l'objet d'une évaluation externe | 70% |

2

Le nombre de CHRS dont l'autorisation arrive à échéance en janvier 2017 et qui n'ont pas transmis leur rapport d'évaluation externe

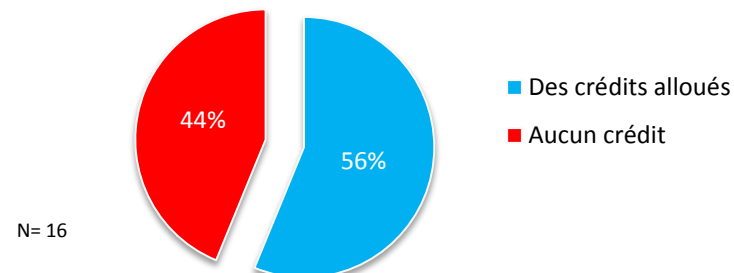
- 7 % des CHRS pour lesquels la certification a été prise en compte

Indiquez le nombre de CHRS dont la certification des activités a été prise en compte pour l'évaluation externe ?

| | |
|--|-----|
| Nombre de CHRS TOTAL | 716 |
| Nombre de CHRS dont la certification des activités a été prise en compte pour l'évaluation externe | 49 |
| Part de CHRS dont la certification des activités a été prise en compte pour l'évaluation externe | 7% |

- Pour 56 % des évaluations, des crédits DRDD ont été alloués

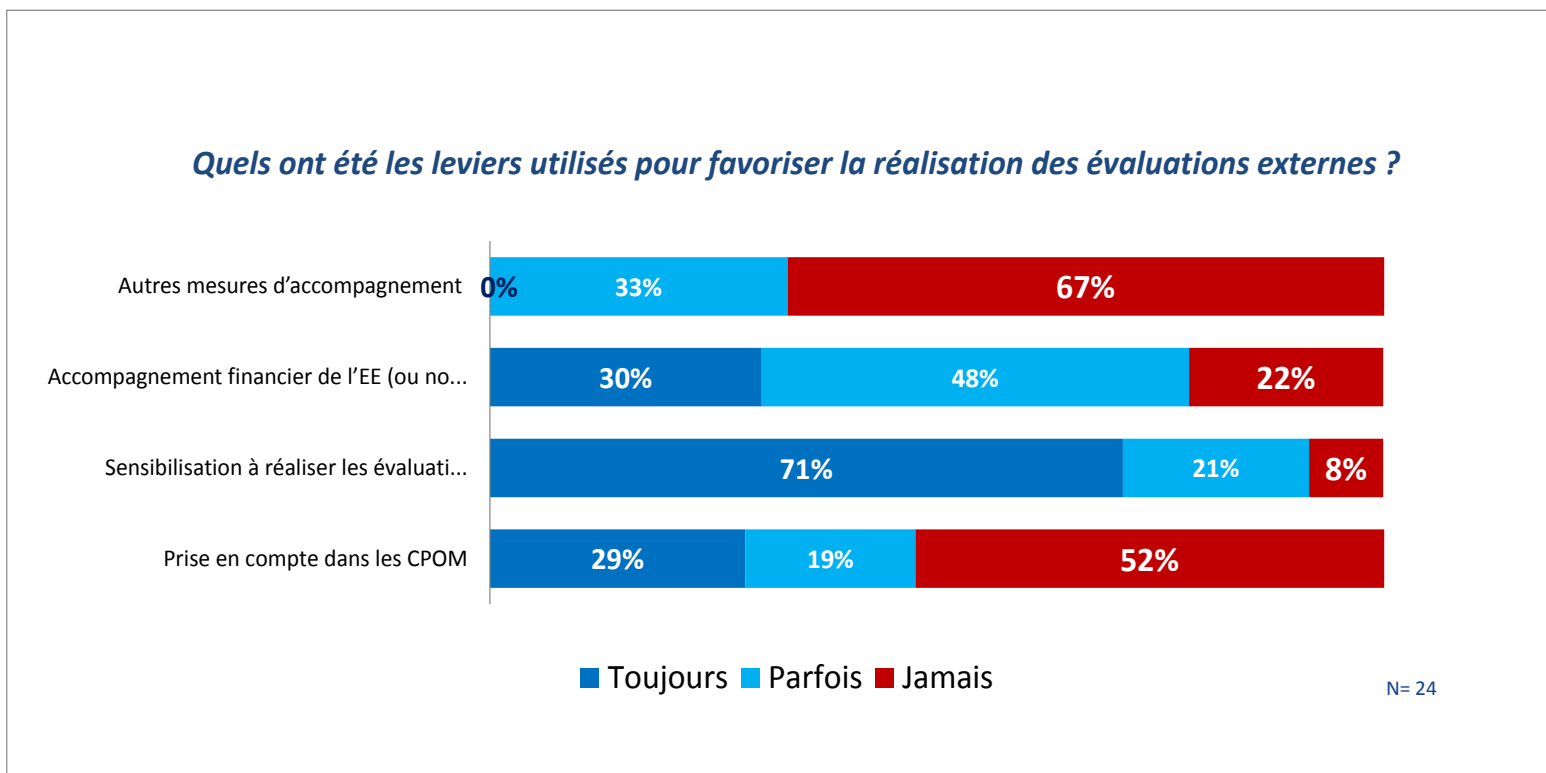
Pour les CRHS, indiquez si des crédits ont été éventuellement alloués pour financer les évaluations externes ?



2. Mise en œuvre du dispositif d'évaluation

2.4 – Les évaluations externes (suite)

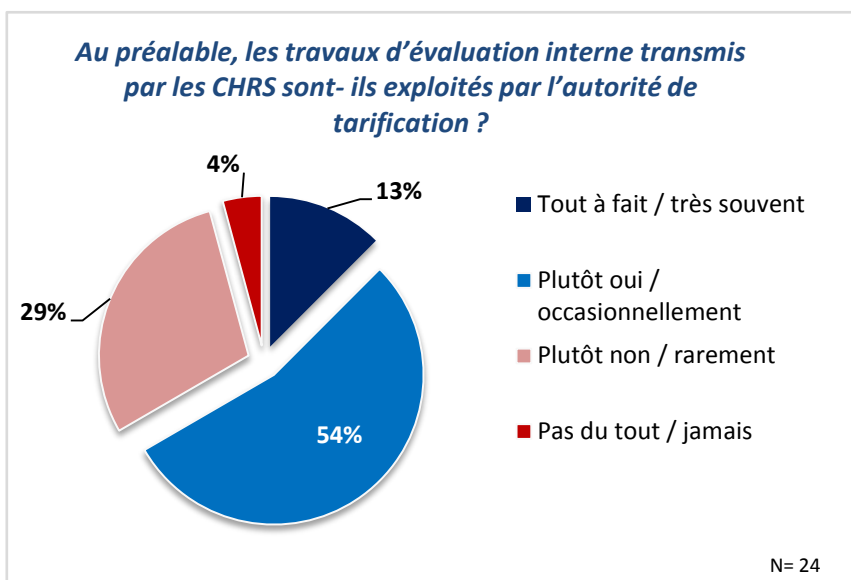
➤ Les leviers qui ont facilité la mise en œuvre des évaluations externes



3. L'exploitation des rapports d'évaluation

3.1 – Exploitation et injonctions

- **67 % des DRDD ont procédé à l'exploitation des évaluations internes préalablement**



- **26 injonctions adressées aux CHRS en 2016 (art. L 313-5 du CASF)**

Pour les CHRS, indiquez le nombre d'injonctions adressées en 2016 (art L.313-5 du CASF)

Nombre d'injonctions adressées en 2016
(art L.313-5 du CASF)

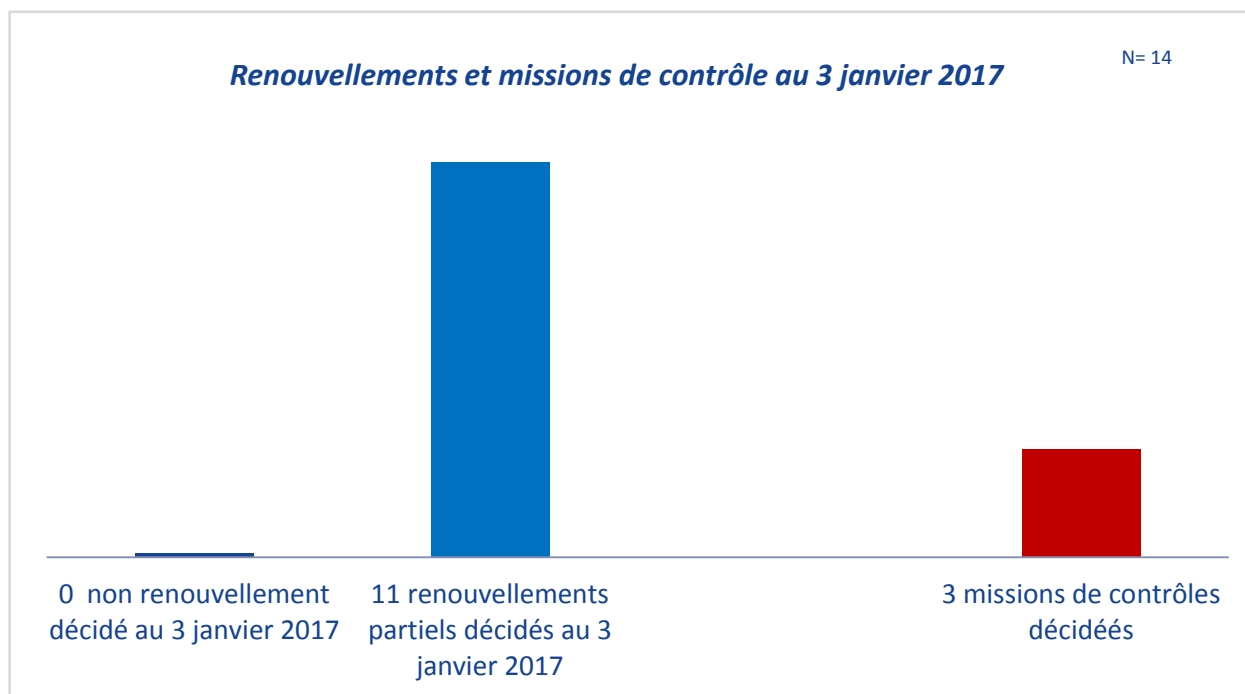
26

N= 15

3. L'exploitation des rapports d'évaluation

3.2 – Non-renouvellement et autorisations partielles

- **Aucun non renouvellement d'autorisation et 1 renouvellement d'autorisations assortis de conditions particulières dans l'intérêt des personnes accueillies**
- **3 missions de contrôles engagées suite une évaluation externe**

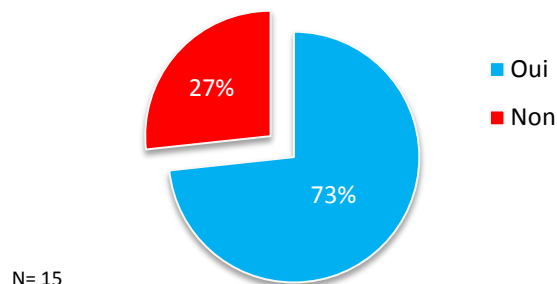


3. L'exploitation des rapports d'évaluation

3.3 – Instruction des rapports d'évaluation

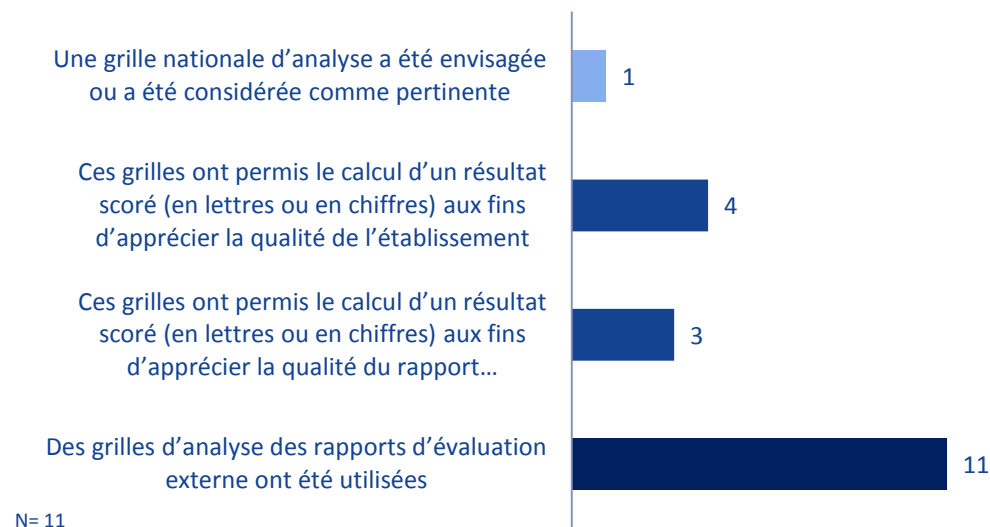
- **73 % des rapports d'évaluation externe ont fait l'objet d'une formalisation méthodologique par les DRDJSCS**

L'instruction des rapports d'évaluation externe a-t-elle été formalisée méthodologiquement au niveau de la DRDJSCS ?



- **Selon des modalités diverses**

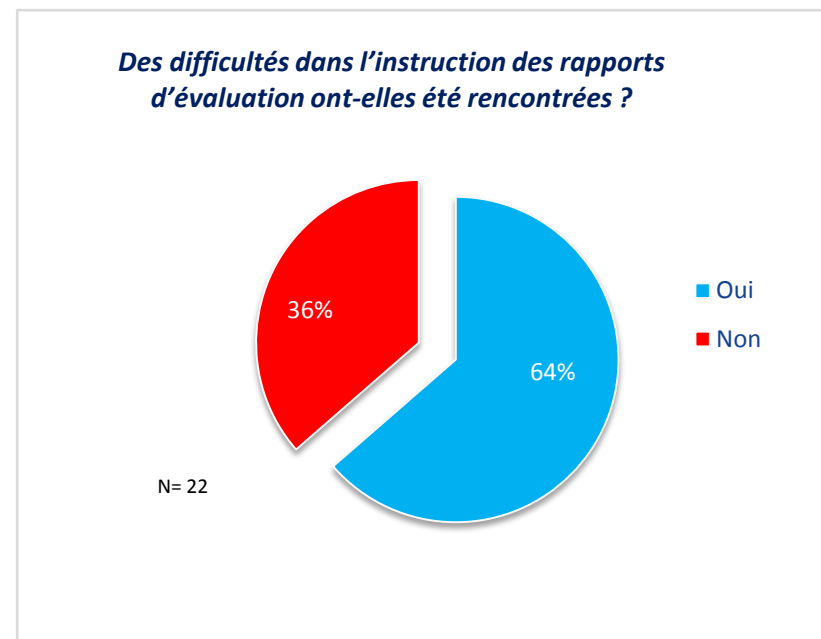
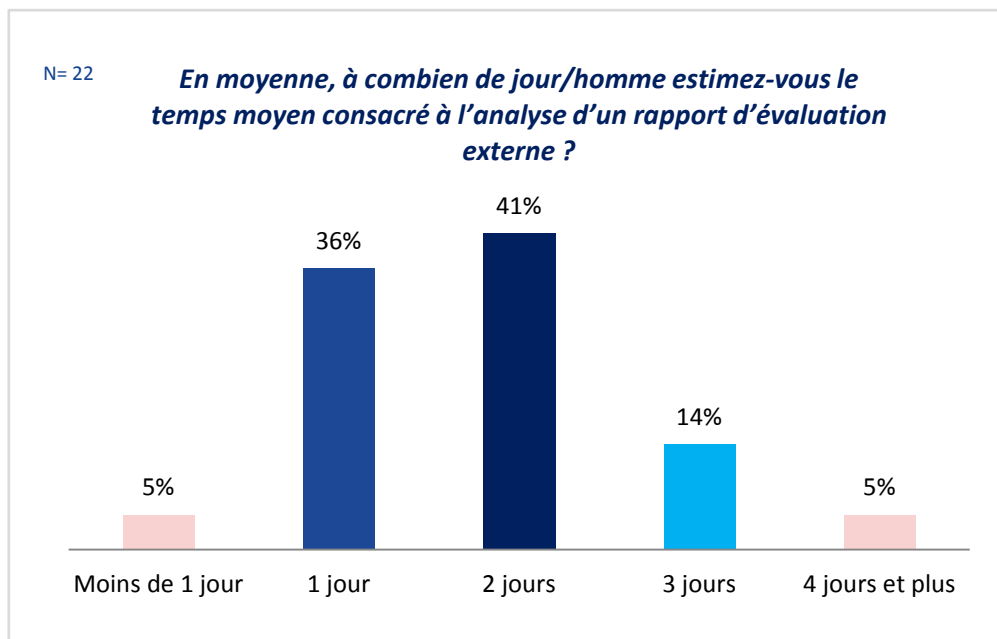
Si oui, selon quelles modalités / par quels moyens ? (plusieurs réponses possibles)



3. L'exploitation des rapports d'évaluation

3.3 – Instruction des rapports d'évaluation (suite)

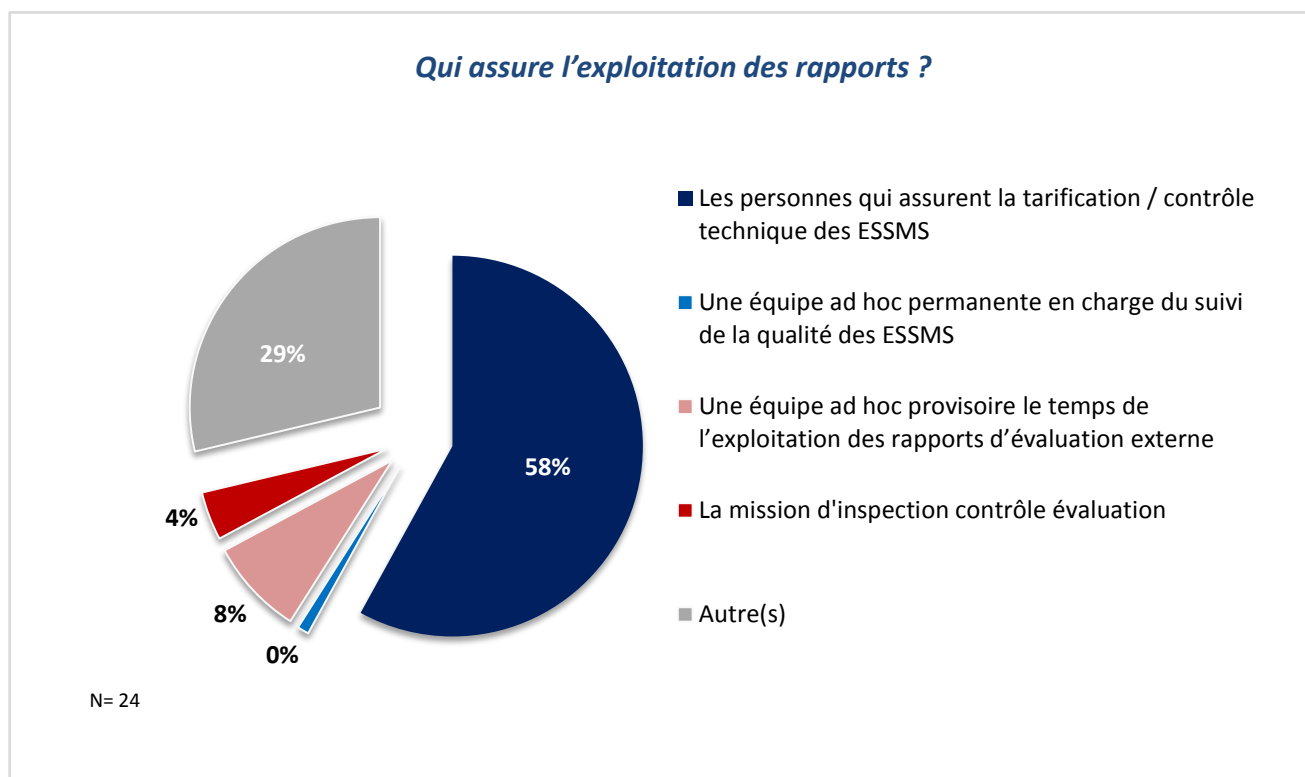
- En moyenne, les DRDJSCS ont consacré 1,7 jours d'analyse par rapport d'évaluation
- 64 % des DRDJSCS ont rencontré des difficultés dans l'instruction des rapports



3. L'exploitation des rapports d'évaluation

3.4 – Apports de l'évaluation externe

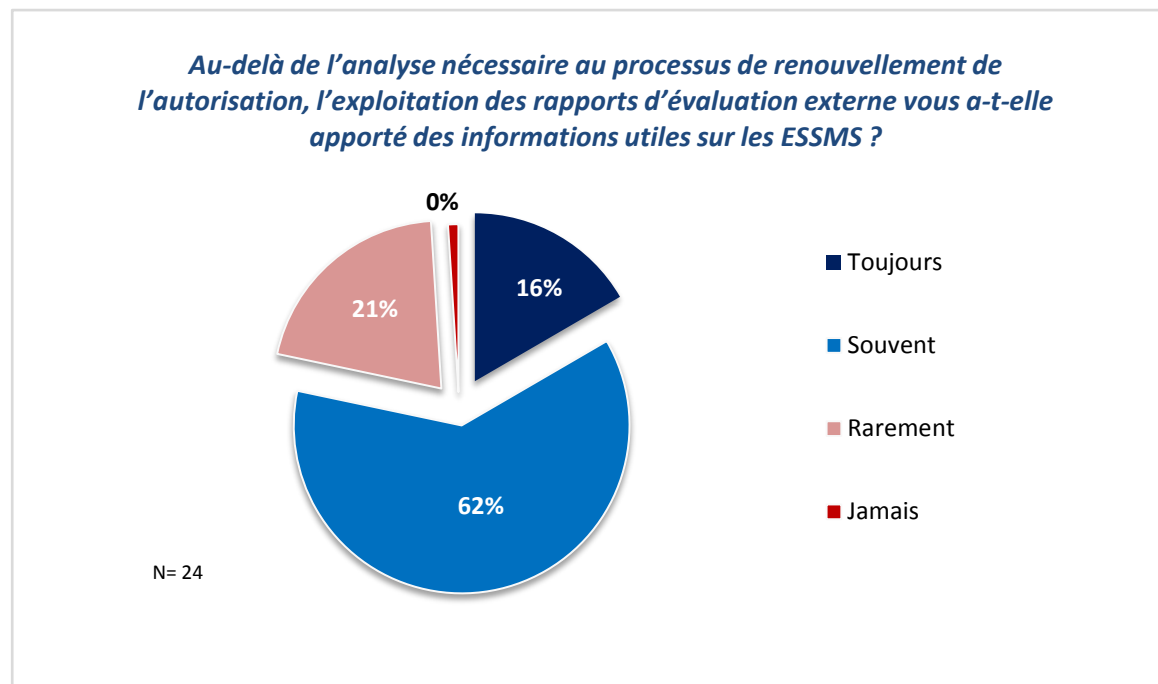
- A 87 % les rapports sont analysés par les personnes en charge de la tarification / contrôle technique des ESSMS



3. L'exploitation des rapports d'évaluation

3.4 – Apports de l'évaluation externe

- Des rapports d'évaluations qui apportent aux DRDD des informations utiles sur les ESSMS dans 78 % des cas

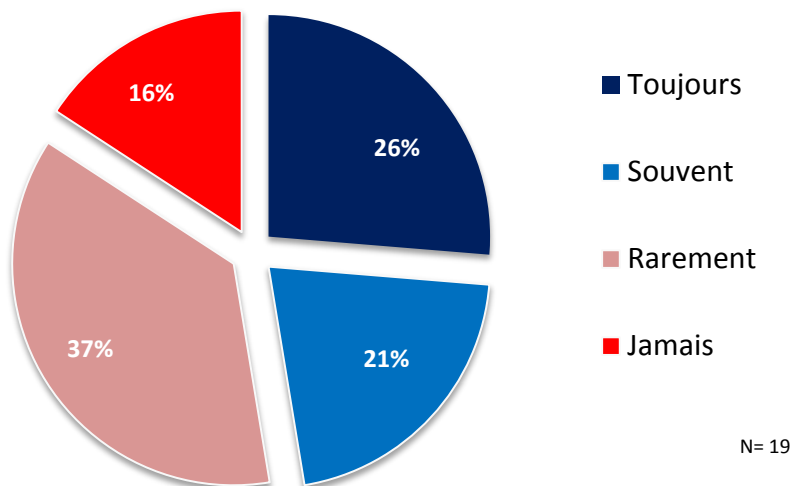


3. L'exploitation des rapports d'évaluation

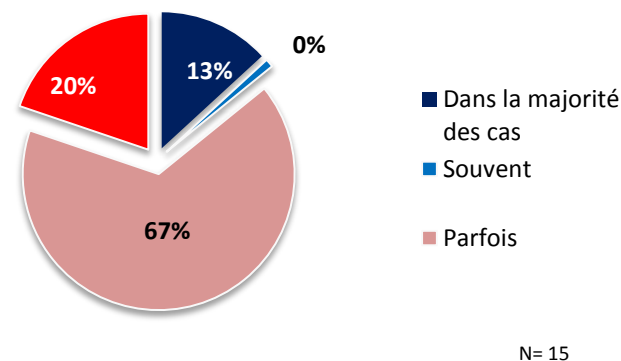
3.4 – Apports de l'évaluation externe

- Des rapports d'évaluations externe qui apportent des informations utiles dans certains cas seulement

En cas de remontée d'évènements indésirables graves, est-il recherché dans le contenu des rapports d'évaluation externe si des faiblesses avaient été mentionnées ?



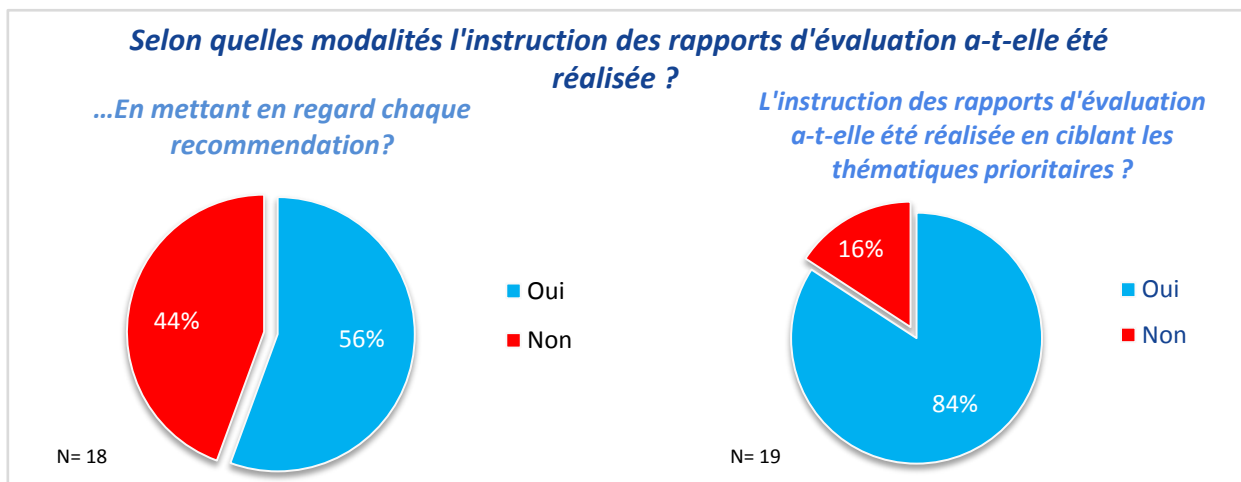
Dans ce cas, le rapport avait-il identifié des faiblesses ?



3. L'exploitation des rapports d'évaluation

3.5 – Utilisation par les ARS

- Dans 56 % des cas les rapports d'évaluations des CHRS ont été instruits en mettant en regard chaque recommandation



- Un retour d'analyse des rapports qui n'est pas systématique

Quel retour d'analyse des rapports a été fait par la DRDJSCS ?

| | |
|---|-----|
| Un retour de l'analyse de son rapport d'évaluation externe à chaque établissement | 24% |
| Un retour d'analyse collective des rapports d'évaluation externe aux établissements | 18% |
| Autre(s) | 71% |

N= 17

3. L'exploitation des rapports d'évaluation

3.5 – Certification et qualité

➤ Un lien entre certification et qualité des prestations perçue dans les évaluations

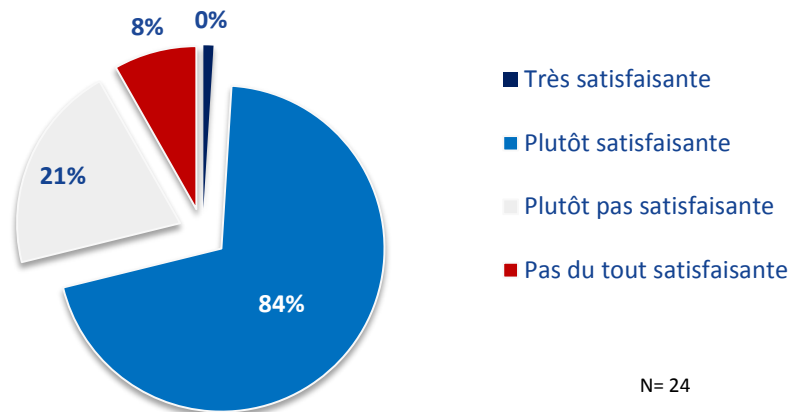
Pour les CHRS qui ont recours à la certification, les rapports d'évaluation mettent-ils en évidence un niveau de qualité des prestations qu'ils délivrent ?

| | |
|----------------|-----|
| Excellent | 8% |
| Plutôt bon | 84% |
| Plutôt mauvais | 1% |
| Médiocre | 8% |

N= 12

➤ Un taux de satisfaction de 69 % en ce qui concerne la qualité des rapports d'évaluation externe

Comment jugez-vous globalement la qualité des rapports d'évaluation externe ?

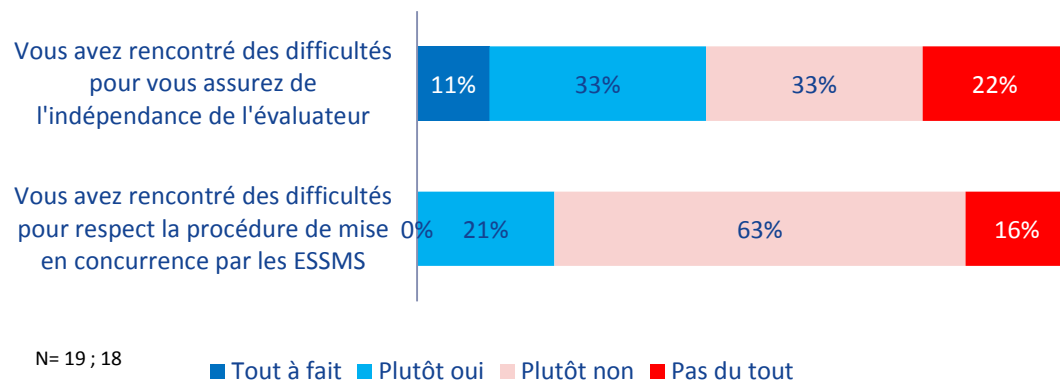


4. Les organismes habilités

4.1 – Sélection des organismes

- 44 % des DRDJSCS ont rencontré des difficultés pour s'assurer de l'indépendance de l'évaluateur
- 21 % des DRDJSCS ont rencontré des difficultés pour respecter la procédure de mise en concurrence des ESSMS

Par rapport aux organismes habilités (OH) à réaliser ces évaluations, diriez-vous que :



Comment vous assurez-vous de l'indépendance de l'évaluateur ?

- ✓ Déclaration d'absence de conflit d'intérêt
- ✓ Contrat signé entre l'association et le prestataire pour la réalisation de l'évaluation externe
- ✓ Composition de l'équipe des intervenants
- ✓ Qualification des intervenants
- ✓ Evalueur certifié ANESM ou par le ministère

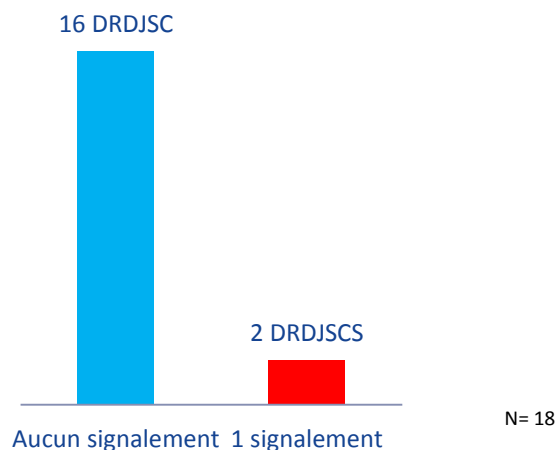
- ✓ Cela n'a pas été vérifié
- ✓ Difficilement appréciable

4. Les organismes habilités

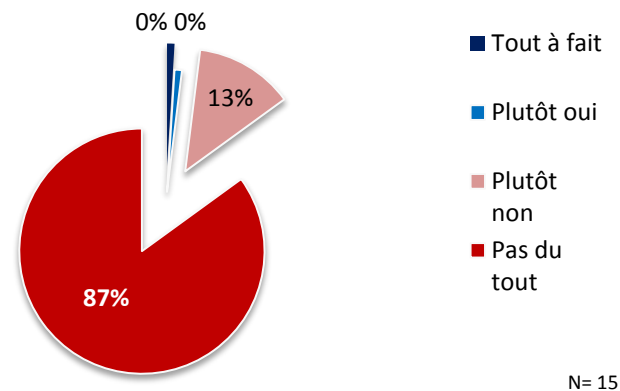
4.2 – Signalements et suites

- Au total 2 signalements sur les 18 DRDJSCS
- Dans 87% des cas, les DRDJSCS n'ont pas connaissance des suites données par l'ANESM lorsque les OH font l'objet de signalements

Combien de signalements ont été faits à l'ANESM à l'issue de la procédure d'évaluation externe ?



Avez-vous connaissances des suites données par l'ANESM lorsque des OH font l'objet de signalements ?



4. Les organismes habilités

4.3 – Connaissance et perception des travaux des OH

- La durée moyenne passée par les évaluateurs externes dans les CHRS est estimée à 4,1 jours/homme sur l'ensemble des DRDJSCS

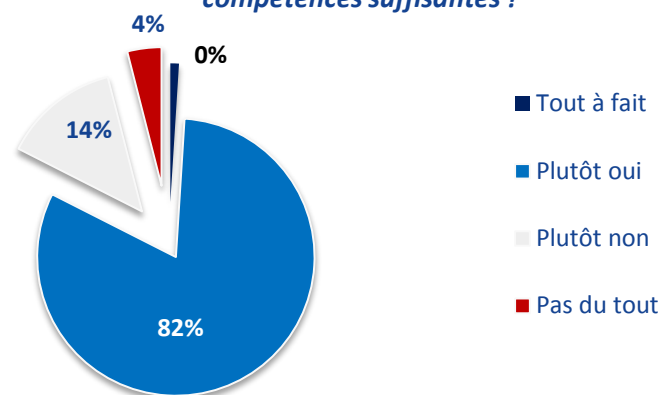
Quelle a été la durée moyenne passée par les évaluateurs externes dans les établissements de votre région ? (en jours/homme)

| | |
|-----------------|------------------|
| Moins de 1 jour | 7% |
| De 1 à 3 jours | 36% |
| De 4 à 5 jours | 36% |
| De 6 à 7 jours | 21% |
| 8 jours et plus | 0% |
| Moyenne | 4,1 jours |

N= 14

- 82 % des DRDJSCS estiment que les prestataires qui ont réalisé les rapports d'évaluation externe pour les CHRS disposent des compétences suffisantes

Estimez-vous globalement que les prestataires qui ont réalisé les rapports d'évaluation externe pour les CHRS disposent des compétences suffisantes ?



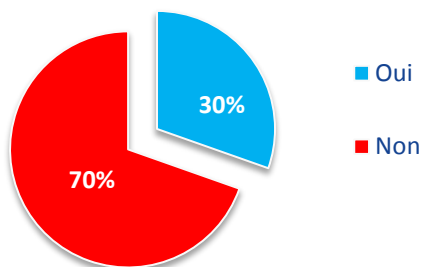
N= 22

5. Qualité des prestations des ESSMS

5.1 – Suivi et évaluation

- Pour 71 % des DRDJSCS, les CHR ne sont pas dotés d'indicateurs de qualité de l'offre
- Seuls 30 % des DRDJSCS déclarent pouvoir mesurer l'évolution de la qualité de l'offre

L'évolution de la qualité de l'offre depuis la mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne et externe est-elle mesurable par vos services ?

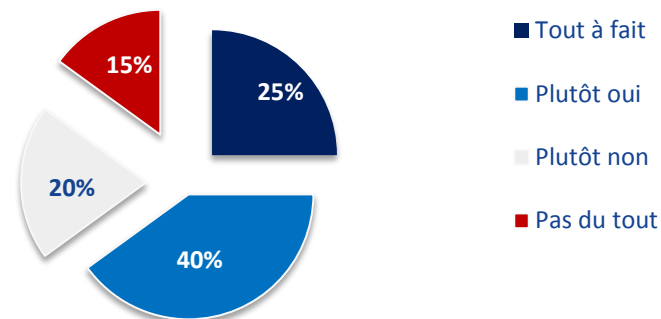


N= 23

Si oui, par quels moyens ?

- ✓ Par les démarches d'évaluation interne et externe
- ✓ A travers la procédure de renouvellement des autorisations et les grilles d'analyse des évaluations
- ✓ Mise en place d'un plan d'action
- ✓ Certains indicateurs permettent de rendre compte de l'évolution (par exemple, le taux de sortie de CHR vers le logement adapté ou autonome)

Les observations figurant dans les rapports d'évaluation externe sont-elles utilisées dans la négociation des CPOM ?



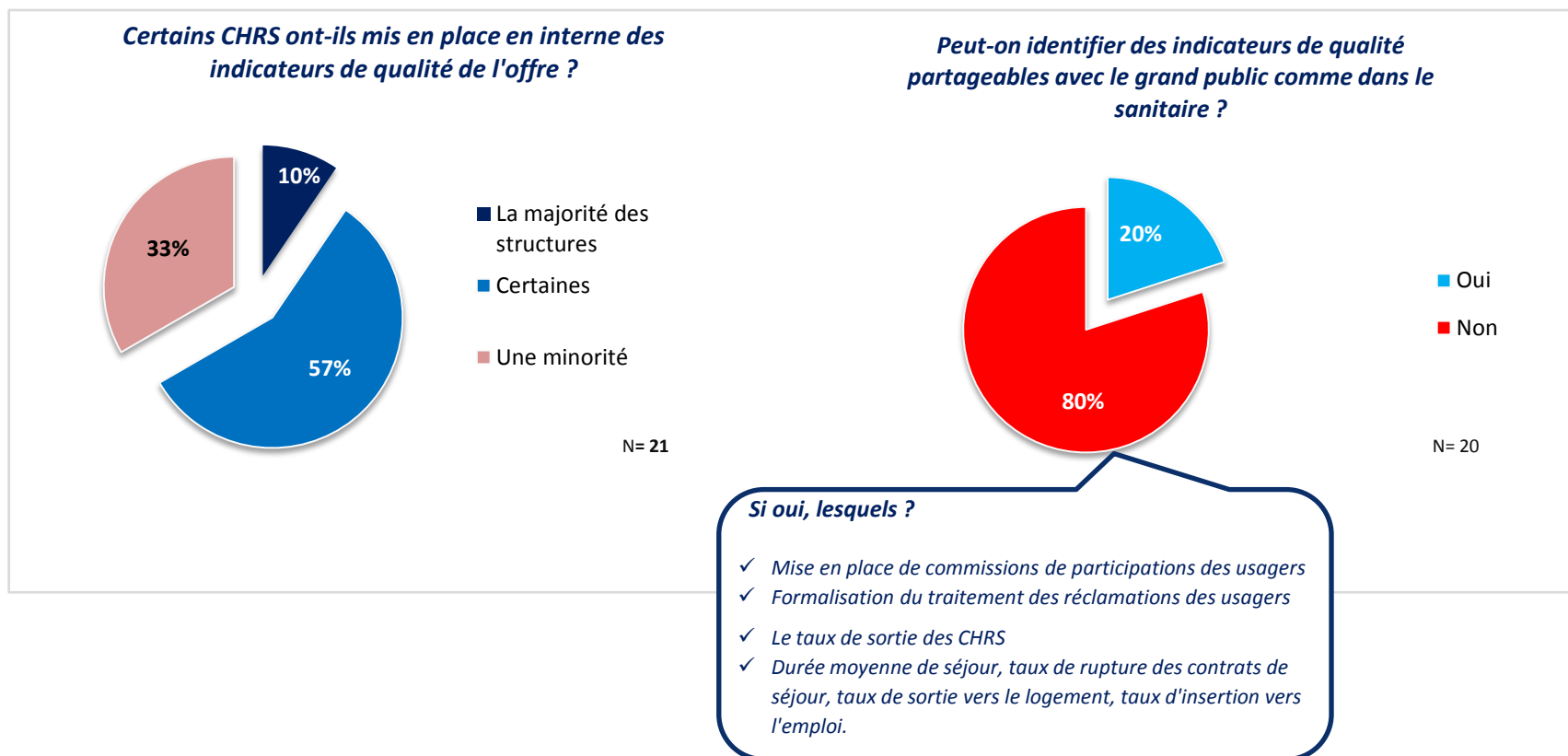
N= 20

- Une utilisation des observations des rapports d'évaluation externe dans les négociations des CPOM qui n'est pas systématique.

5. Qualité des prestations des ESSMS

5.2 – Indicateurs de qualité

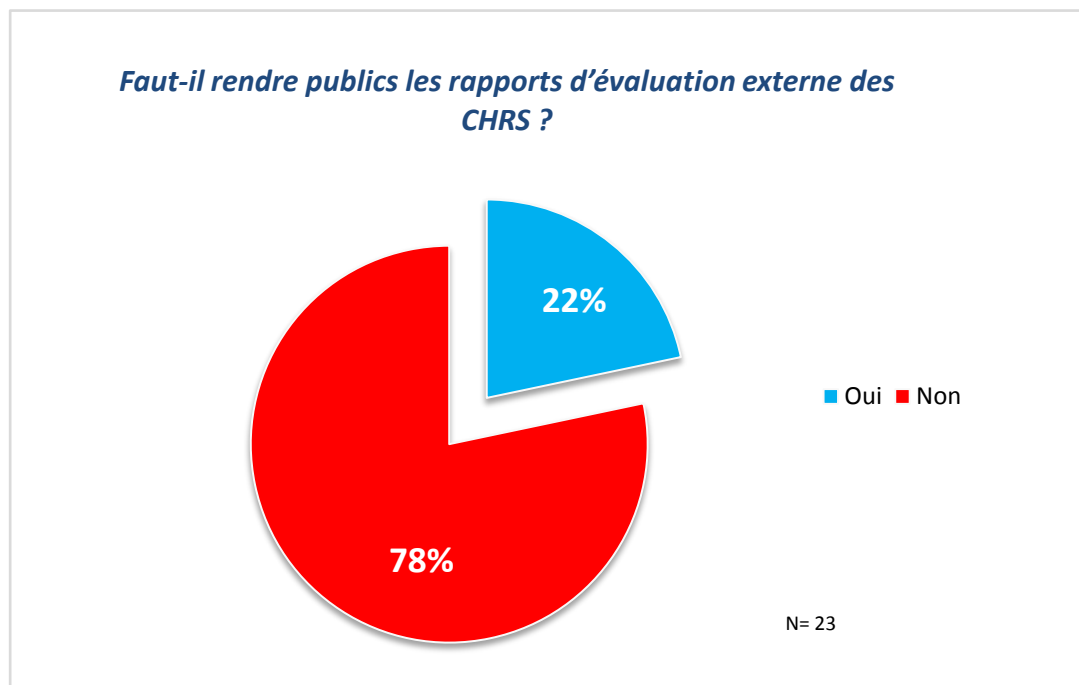
- La plupart des CHRS ont mis en place en interne des indicateurs de qualité de l'offre
- 80% des DRDJSCS ont le souci de partager ces indicateurs avec le grand public comme dans le champ sanitaire



5. Qualité des prestations des ESSMS

5.3 – Transparence

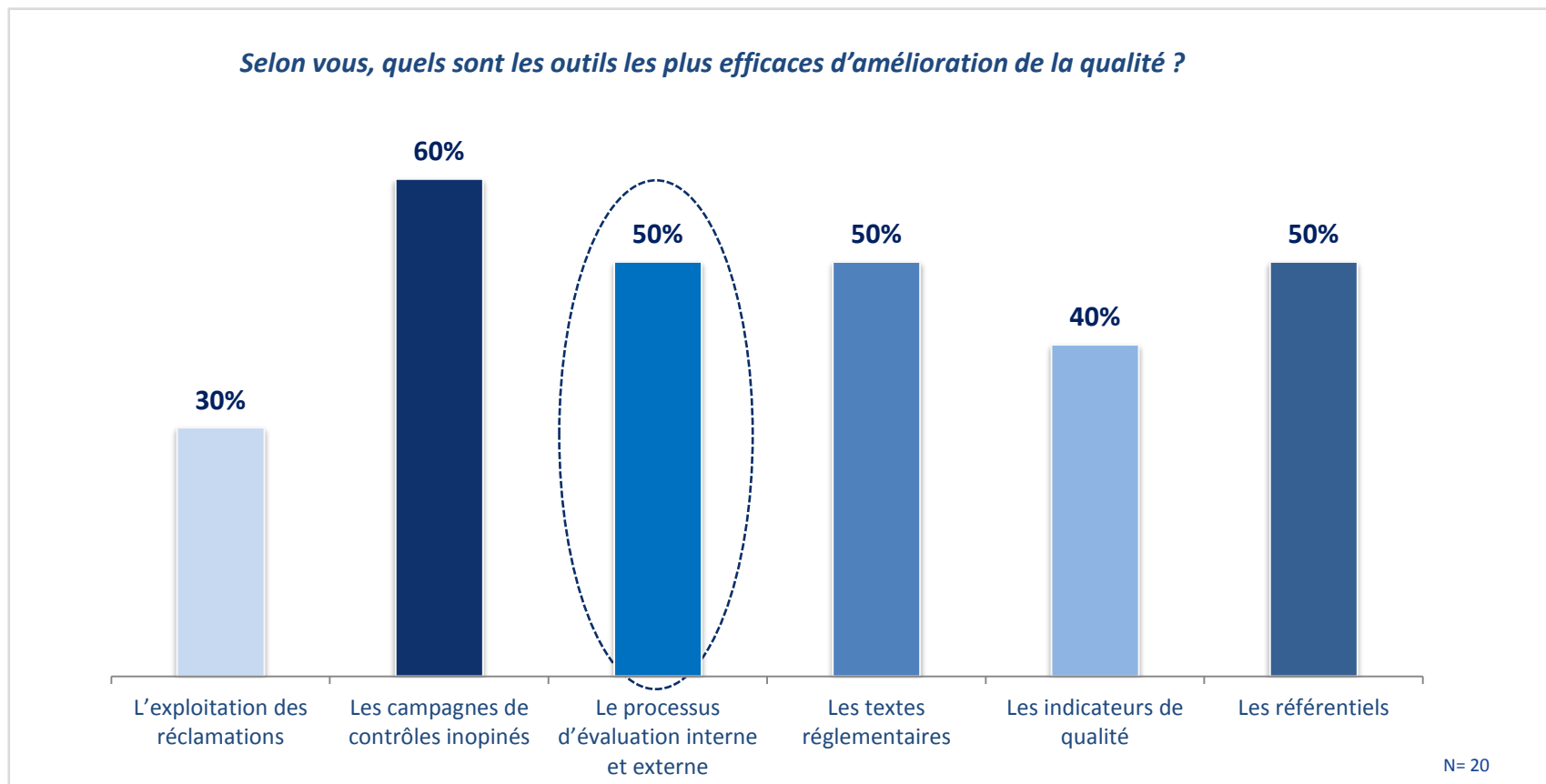
- A 78 % les DRDJSCS sont favorables à la publication des rapports d'évaluation externe



5. Qualité des prestations des ESSMS

5.4 – Outils d'amélioration de la qualité

- Les démarches d'évaluation I et E sont citées à 50 % comme outils efficaces d'amélioration de la qualité, après les campagnes de contrôles inopinés

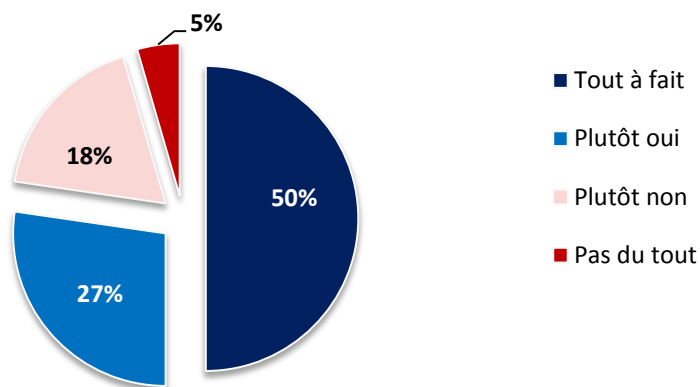


6. Pistes d'amélioration

6.1 – Référentiels d'évaluation et indicateurs

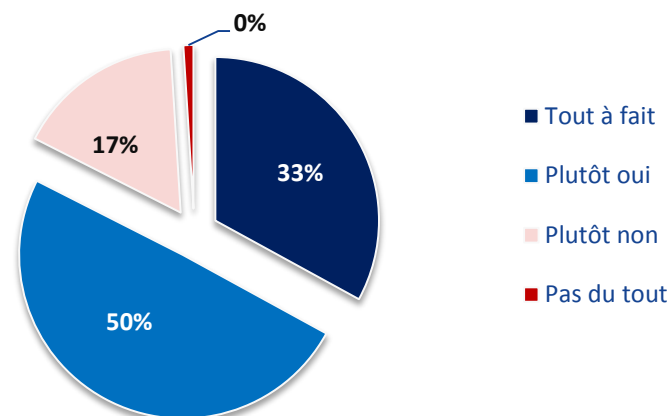
- Parmi les pistes d'amélioration, la plupart jugent :
 - pertinente l'élaboration de référentiels d'évaluation
 - pertinente l'élaboration d'indicateurs de qualité en complément des recommandations de bonnes pratiques

Parmi les pistes d'amélioration envisageables, l'élaboration de référentiels d'évaluation de la qualité en complément des recommandations de bonnes pratiques vous paraît-elle pertinente ?



N= 22

L'élaboration d'indicateurs de qualité en complément des recommandations de bonnes pratiques vous paraît-elle une piste d'amélioration pertinente ?

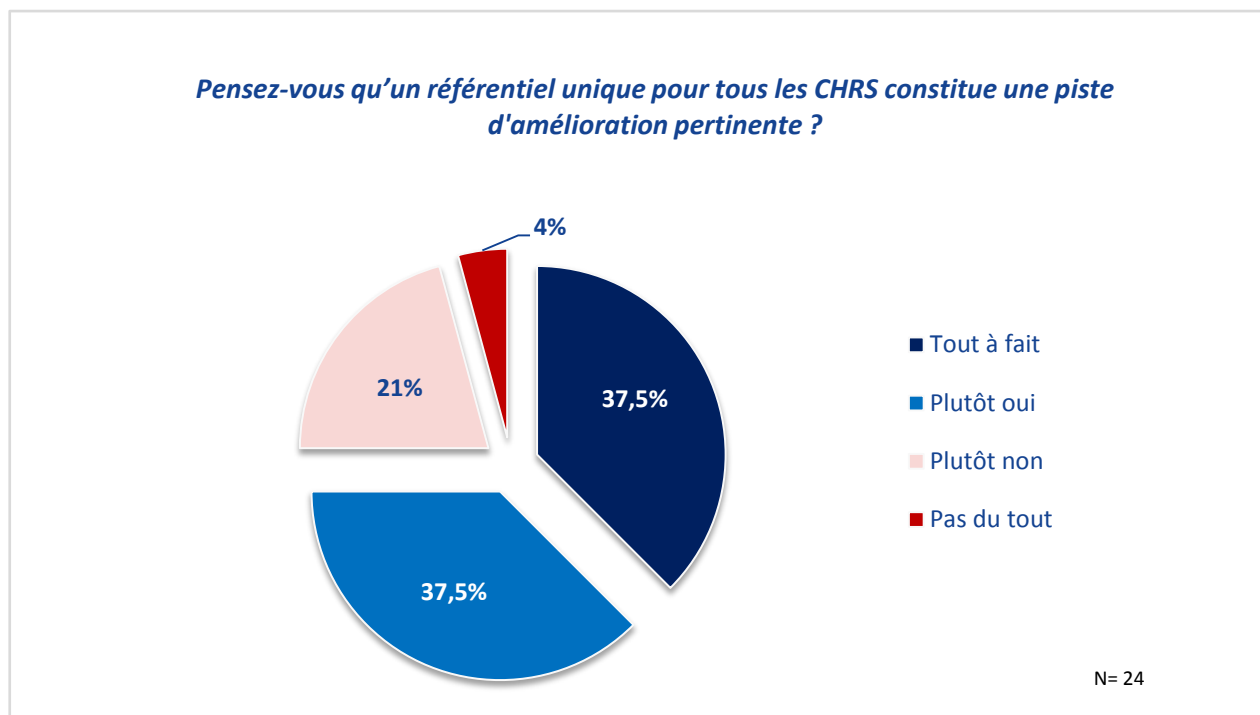


N= 24

6. Pistes d'amélioration

6.2 – Référentiel unique

- Pour 70 % des DRDJSCS ayant répondu, l'élaboration d'un référentiel unique pour tous les CHRS constitue une piste d'amélioration pertinente



6. Pistes d'amélioration

6.3 – Compléments et autres pistes

- Les pistes d'amélioration proposées librement par les DRDJSCS en fin de questionnaire se répartissent en 7 catégories de propositions :

| Axes d'amélioration consolidés | Nb DR/DD | Détails (extraits) |
|---|--------------|--|
| Améliorer le cadrage national (cadre, CPOM, autorisation, certification) | 7 DR et 1 DD | « Conception des outils d'analyse des évaluations externe et interne au niveau régional ou national » « Disposer d'outils nationaux pour analyser les rapports d'évaluation externe. » |
| Optimiser les outils et méthodes | 3 DR et 1 DD | « Diffusion d'outils et échange de bonnes pratiques en terme de démarche qualité » |
| Développer la formation et professionnaliser la démarche | 4 DR | « Actions de sensibilisation/formation des agents chargés de l'exploitation des rapports d'évaluation » |
| Renforcer la qualité et la fiabilité des OH | 2 DR et 1 DD | « Choix du prestataire par l'organisme gestionnaire ne permet pas de garantir son entière indépendance » « L'objectivité des OH est discutable » |
| Traiter la question des coûts et RH | 3 DR | « Renforcement des moyens humains des DDCS(PP) » « S'interroger aussi sur la difficulté pour les CHRS de prendre en charge dans un même établissement des publics très différents » |
| Internaliser les démarches de contrôle et d'évaluation | 2 DR | « Laisser plus de temps aux IASS d'effectuer leur mission d'inspection-contrôle et en parallèle que ce soit réalisé par des inspecteurs en DR » « L'amélioration devrait se faire en interne .. une procédure et des outils au niveau régional seraient à mettre en place » |
| Calendrier et délais | 2 DR | « Alléger le deuxième exercice d'évaluation » |

ANNEXE 5
EXPLOITATION DE L'ENQUETE
ADRESSEE AUX DIRECTEURS D'ESSMS



EPP « contrôle et amélioration de l'offre sociale et médico-sociale »

Exploitation de l'enquête adressée aux directeurs d'ESSMS

Sommaire du rapport

| | |
|--|-------------|
| <i>Introduction : objectifs et méthodes de l'enquête</i> | <i>p.3</i> |
| 1. Présentation | <i>p.4</i> |
| 2. Contexte | <i>p.6</i> |
| 3. Mise en œuvre <i>évaluation interne</i> | <i>p.7</i> |
| 4. Mise en œuvre <i>évaluation externe</i> | <i>p.13</i> |
| 5. Pistes d'amélioration et commentaires | <i>p.23</i> |

Introduction : objectifs et méthode de l'enquête

Contexte et objectifs de l'enquête

A la demande du Premier ministre, l'Inspection générale des affaires sociales a été chargée, avec le concours et l'appui du Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP), d'évaluer la politique de contrôle et d'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale.

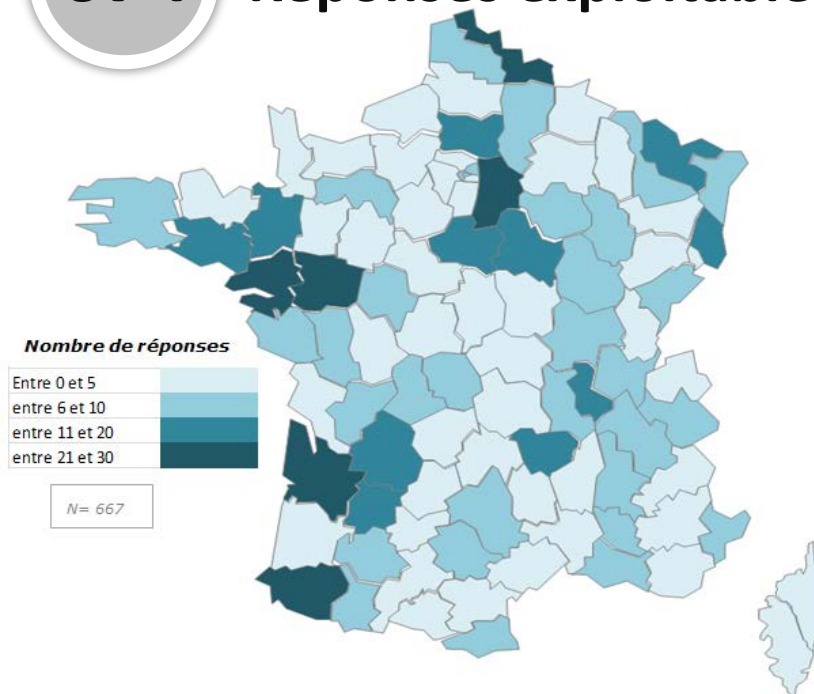
Dans cette perspective, et en lien avec le Secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la mission a souhaité recueillir l'avis des directeurs d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sur les démarches d'évaluation interne et externe conduites par leur structure, cet exercice étant désormais quasi complet.

Les résultats de l'enquête présentés ci-après s'appuient sur l'exploitation d'un questionnaire en ligne administré par mail via les fédérations professionnelles (FHF, FEHAP, FEGAPEI, SYNERPA, NEXEM, ADMR, ADESSA A DOMICILE) à l'ensemble de leurs membres sur la période du 14 février au 19 mars 2017.

Au total, 674 directeurs d'ESSMS ont fourni des réponses exploitables* au questionnaire, reflétant la diversité des types de structures et des territoires concernés.

674

Réponses exploitables



Précision méthodologique

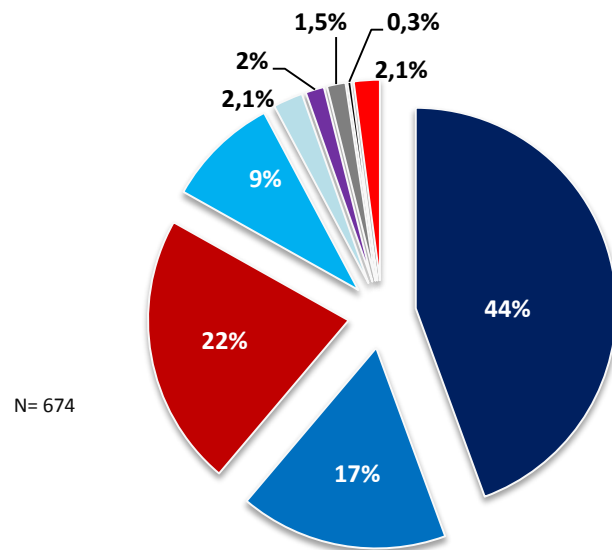
L'enquête a été administrée sur une durée totale de 5 semaines à partir d'un lien Internet renvoyant vers le questionnaire établi par la mission d'évaluation IGAS. Le lien a été diffusé à l'ensemble des structures membres des 7 fédérations ciblées via un courrier électronique adressé par la mission d'évaluation. Une assistance téléphonique a été mise en place par le SGMAP et un mail de relance a été envoyé aux 7 fédérations le 1^{er} mars 2017.

* Les réponses exploitables correspondent aux réponses complétées à un taux > 70 % et ne présentant pas d'incohérences a priori dans les modalités de réponse

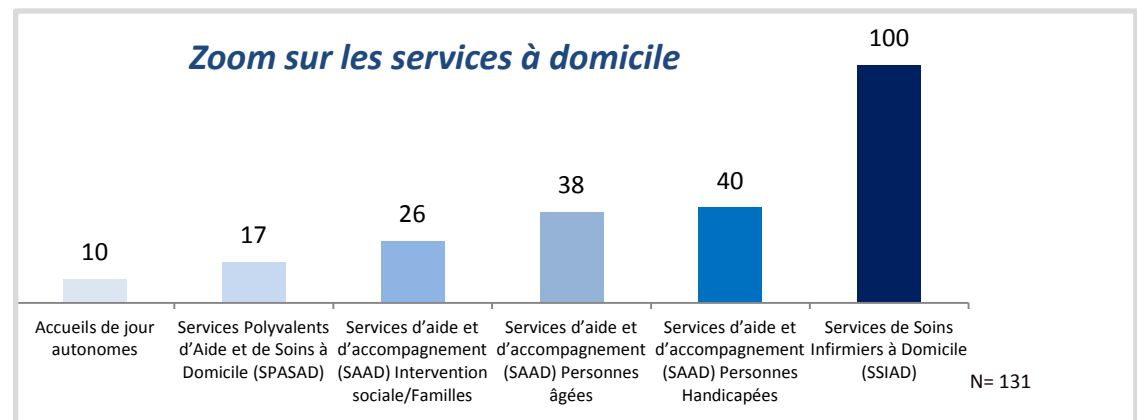
1. Présentation

1.1 Type d'ESSMS ayant répondu à l'enquête

➤ 674 directeurs d'établissements ou services ayant répondu à l'enquête au 1^{er} janvier 2017



| Type d'ESSMS | Nb |
|--|-----|
| Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes | 300 |
| Service à domicile pour personnes âgées | 113 |
| Etablissement pour adultes handicapés | 148 |
| Etablissement pour enfants handicapés | 61 |
| Service à domicile pour adultes handicapés | 16 |
| Service à domicile pour enfants handicapés | 10 |
| Etablissement d'hébergement pour personnes précaires | 10 |
| Etablissement et service spécialisé en addictologie | 2 |
| Etablissement ou service de protection de l'enfance | 14 |

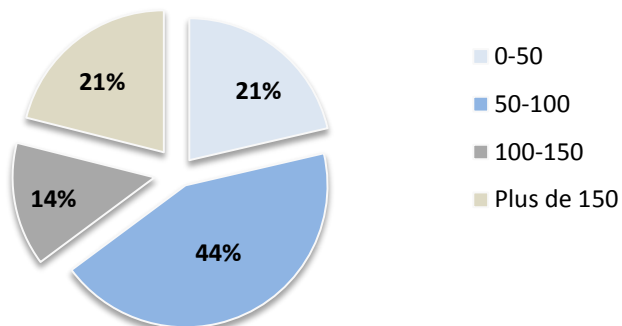


1. Présentation

1.2 Taille, ancienneté et spécificité des ESSMS

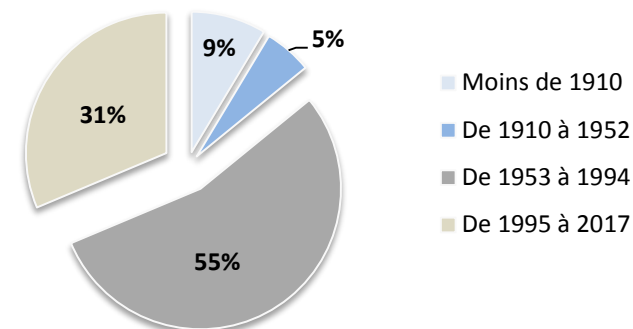
- Une diversité de répondants en termes
 - d'ancienneté
 - de taille
 - de lien avec l'autorisation

Quelle est la taille de cet établissement / service (en nombre de lits/places ou nombre de personnes accompagnées si service à domicile) ?



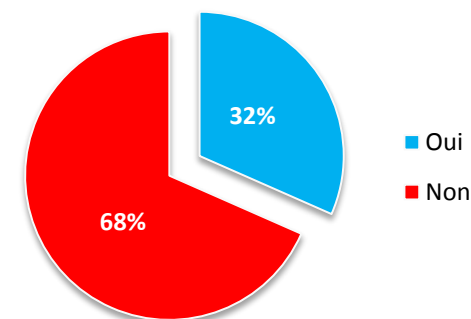
N= 674

Quelle est son ancienneté (date d'ouverture) ?



N= 651

Etiez-vous auparavant un service d'aide à domicile sous le régime de l'agrément pour au moins une de vos activités ?

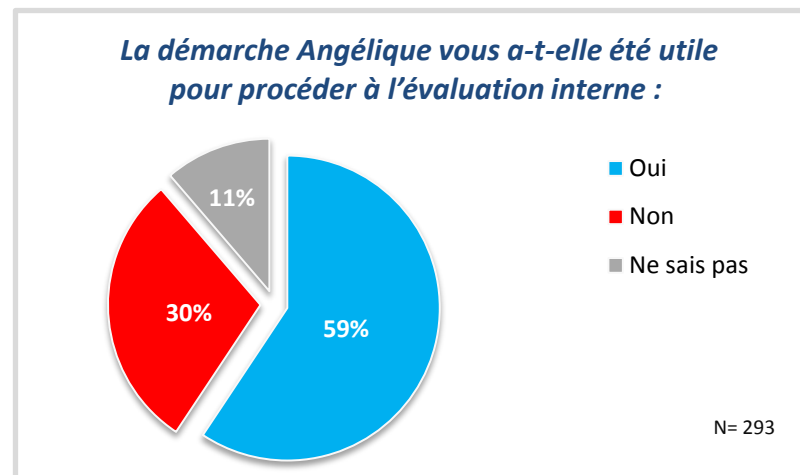
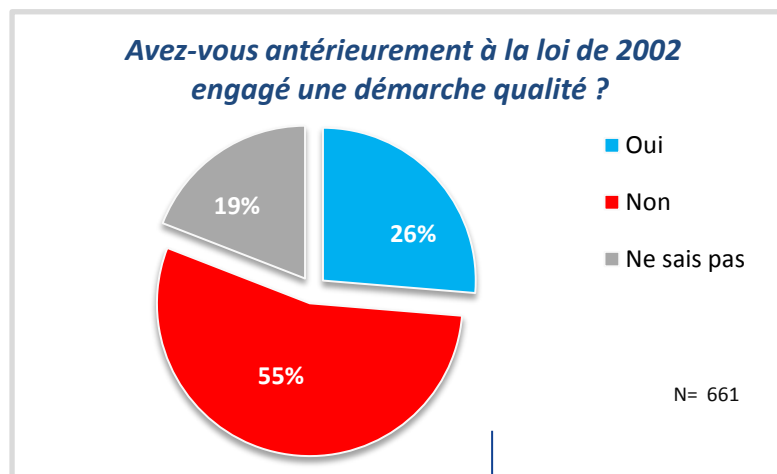


N= 136

2. Contexte

2.1 Démarche qualité et démarche Angélique

- 26 % des ESSMS ont procédé à une démarche qualité avant la loi de 2002



Si oui, laquelle ?

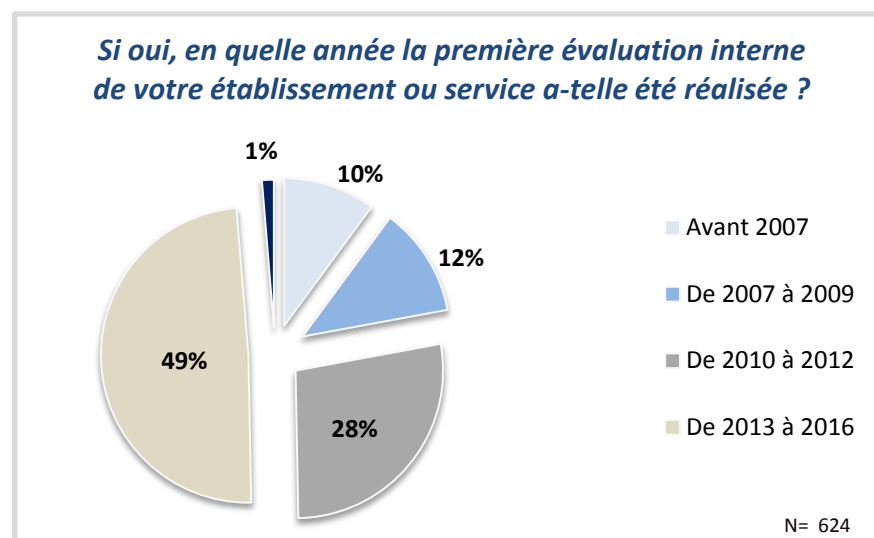
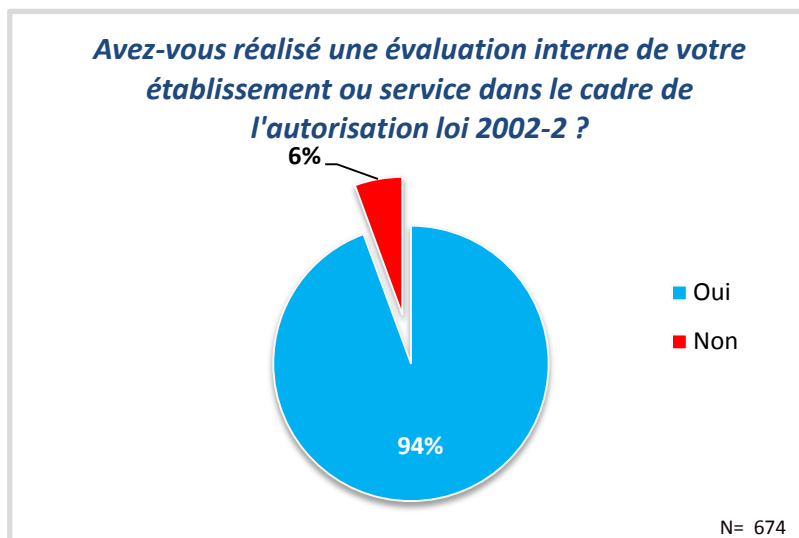
| | |
|-------------------------------|-----|
| Certification HAS | 19% |
| Certification AFNOR | 9% |
| Référentiel interne | 54% |
| Audit | 23% |
| Autre(s) (chartes, labels...) | 20% |

- ✓ Angélique
- ✓ Démarche qualité AFNOR sans avoir demandé la certification
- ✓ Charte Nationale Qualité depuis 2014
- ✓ Référentiel de certification d'engagement de service AFAQ
- ✓ HUMANITUDE - BIEN TRAITEMENT - AQUALIE
- ✓ ISO 9001
- ✓ Chartes du personnel soignant et médical
- ✓ Charte qualité des agréés
- ✓ Charte qualité propre à notre structure
- ✓ Charte Droits des patients
- ✓ Charte FEHAP

3. Mise en œuvre

3.1 Evaluation interne

- 94 % des ESSMS ont réalisé leur évaluation interne dans le cadre de l'autorisation loi 2002-2



Si non, pourquoi ?

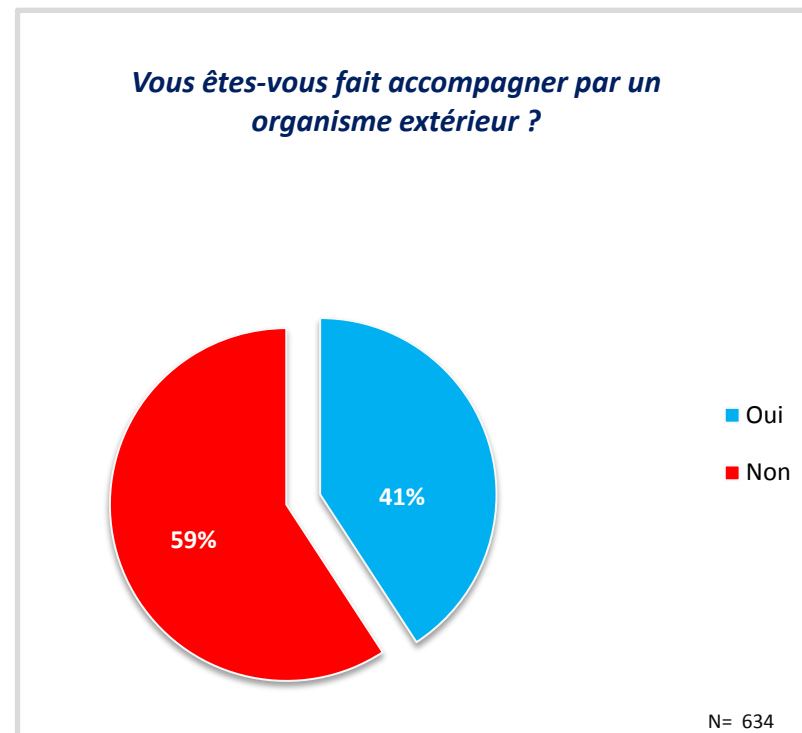
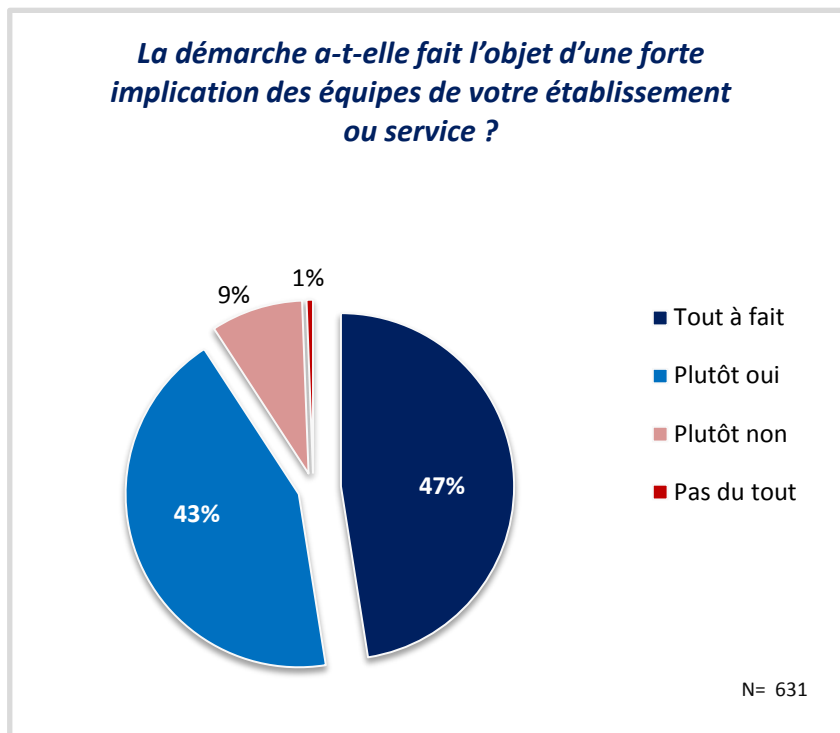
| | |
|---|----|
| En raison de la date d'autorisation | 46 |
| Car auparavant sous le régime de l'agrément | 11 |
| Autre(s) | 3 |
| Total | 58 |

- ✓ En cours mars 2017
- ✓ Pour répondre au mieux à une démarche d'amélioration continue du service, en lien avec la politique de l'apajh86
- ✓ Méconnaissance du mécanisme et des obligations réglementaires
- ✓ Etablissement fusionné à une autre structure, en intérim donc avec une implication moindre au niveau de la direction.
- ✓ 1ère évaluation Interne en 2017

3. Mise en œuvre

3.1 Evaluation interne

- En moyenne, la direction de l'établissement ou du service a consacré 29 jours à l'évaluation interne

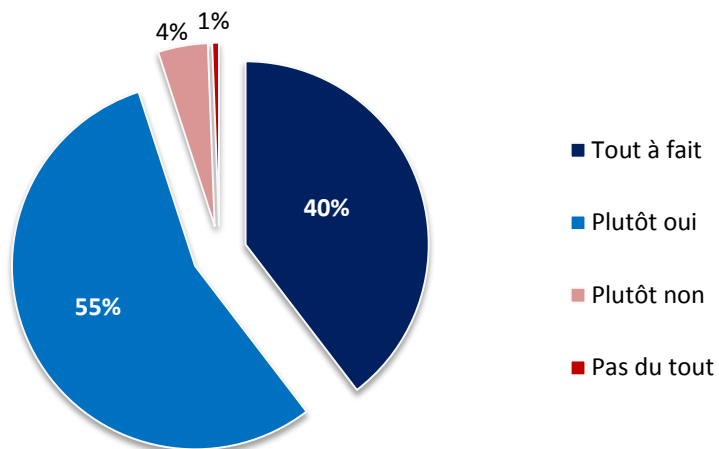


3. Mise en œuvre

3.1 Evaluation interne

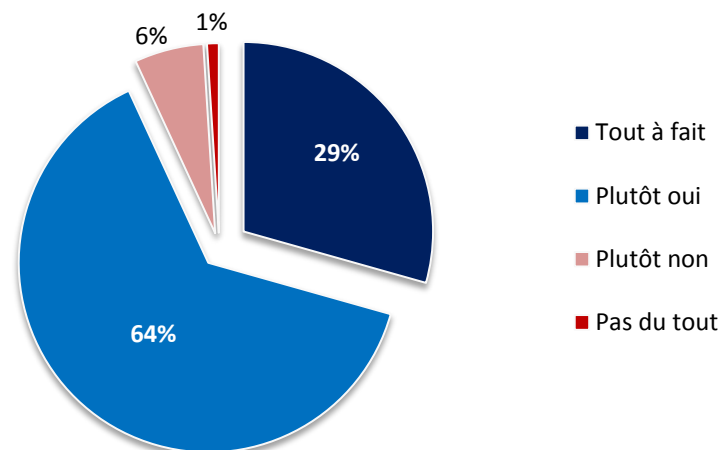
- 95 % des directeurs considèrent que l'évaluation a été utile à leur établissement ou service
- Dans 83 % des cas, l'évaluation interne a permis d'améliorer la qualité des prestations délivrées

Diriez-vous que cette évaluation a été utile à votre établissement ou service ?



N= 632

Plus précisément, les conclusions de l'évaluation interne vous ont-elles permis d'améliorer la qualité des prestations délivrées ?

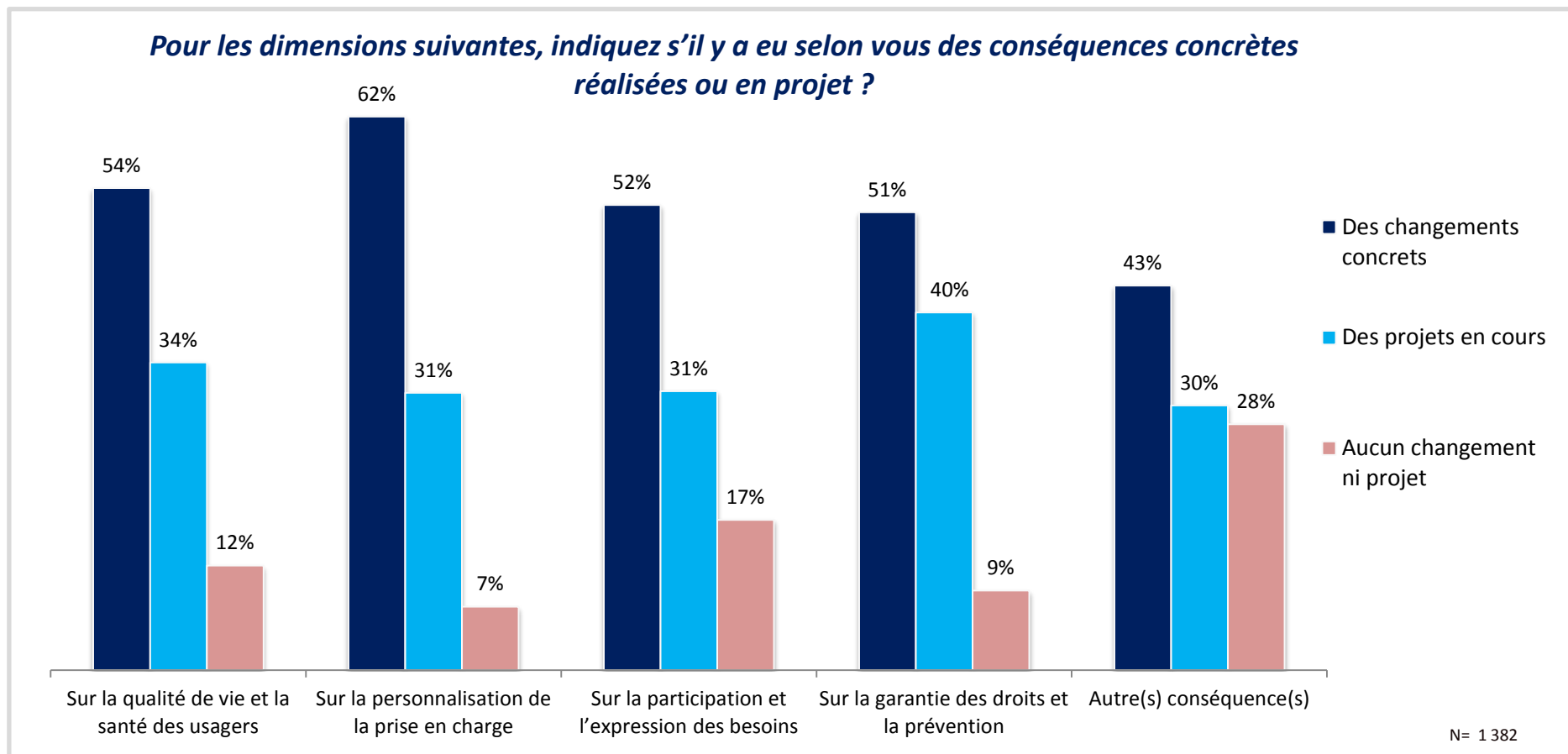


N= 629

3. Mise en œuvre

3.1 Evaluation interne

- Dans la majorité des cas, les évaluations internes ont entraîné des suites concrètes



3. Mise en œuvre

3.1 Evaluation interne

➤ Autres conséquences citées librement par les répondants

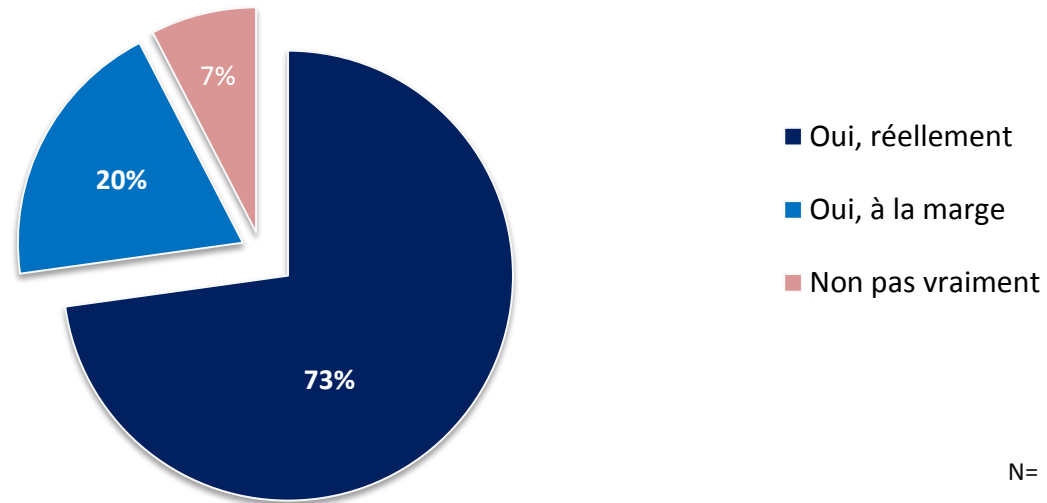
| AUTRES CONSÉQUENCES | |
|--|---|
| Amélioration de la qualité de vie au travail | <i>« Dynamique d'équipe de l'établissement »</i> <i>« Mobilisation de l'équipe autour d'un projet commun »</i> <i>« La qualité de vie au travail »</i> <i>« Meilleure connaissance du travail de l'autre, travail en pluridisciplinarité »</i> <i>« Equipe soudée »</i> <i>« Cohésion d'équipe »</i> |
| Mise en place de nouveaux outils | <i>« Mise en place de protocoles »</i> <i>« Formalisation de quelques procédures »</i> <i>« Meilleure méthodologie »</i> <i>« Rédaction de nombreuses procédures, protocoles »</i> |
| Amélioration de la prise en charge des patients | <i>« Meilleure prise en charge de l'accueil des résidents et familles »</i> <i>« Qualité de l'accueil dans les locaux, avec notamment salle d'attente aménagée pour les enfants. »</i> <i>« Réécriture du Livret d'Accueil »</i> |
| Meilleure connaissance de l'évaluation | <i>« Implication des équipes dans la démarche qualité, gestion des risques »</i> <i>« Le personnel a été formé à la démarche d'évaluation »</i> <i>« Ouverture des équipes aux questions de l'évaluation et des référentiels »</i> |
| Réorganisation interne | <i>« Réorganisation du temps de travail l'efficacité de l'organisation interne »</i> <i>« Réorganisation de service pour une plus grande efficacité »</i> |
| Communication avec l'extérieur | <i>« Amélioration de la communication interne et externe »</i> <i>« Actions en faveur de la création d'un réseau de partenaires »</i> |
| Architecture | <i>« Constat des limites architectural »</i> <i>« Démarche de reconstruction d'un site aménagement de locaux »</i> |

3. Mise en œuvre

3.1 Evaluation interne

- Dans 73% des cas, l'évaluation interne a réellement permis de faciliter la démarche d'évaluation externe

Diriez-vous que cette évaluation interne vous a facilité la démarche d'évaluation externe ?



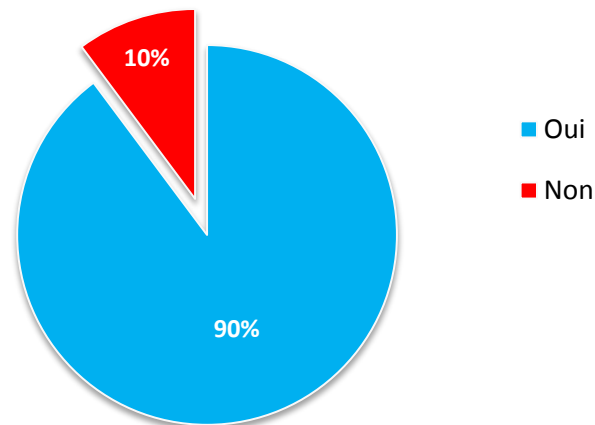
N= 621

3. Mise en œuvre

3.2 Evaluation externe

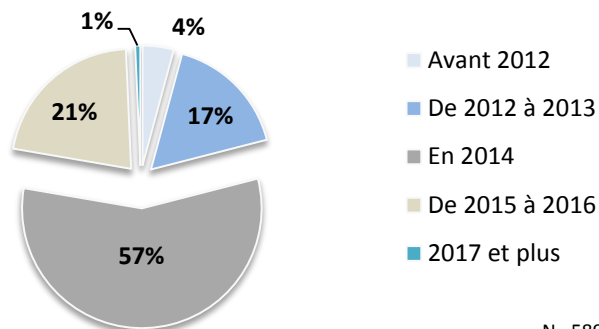
- 90 % des ESSMS interrogés ont réalisé une évaluation externe dans le cadre de l'autorisation loi 2002-2

Avez-vous réalisé une évaluation externe de votre établissement ou service dans le cadre de l'autorisation loi 2002-2 ?



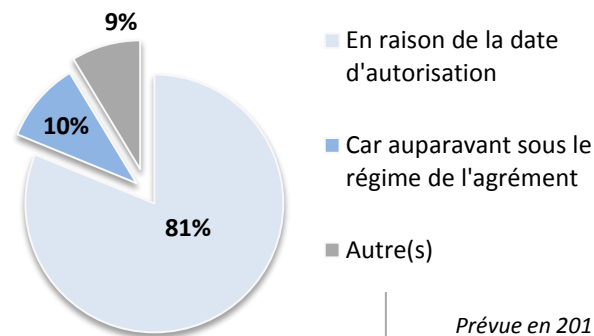
N= 674

Si oui, en quelle année la première évaluation externe de votre établissement ou service a-t-elle été réalisée ?



N= 589

Si non, pourquoi ?



Prévue en 2017
En cours de réalisation

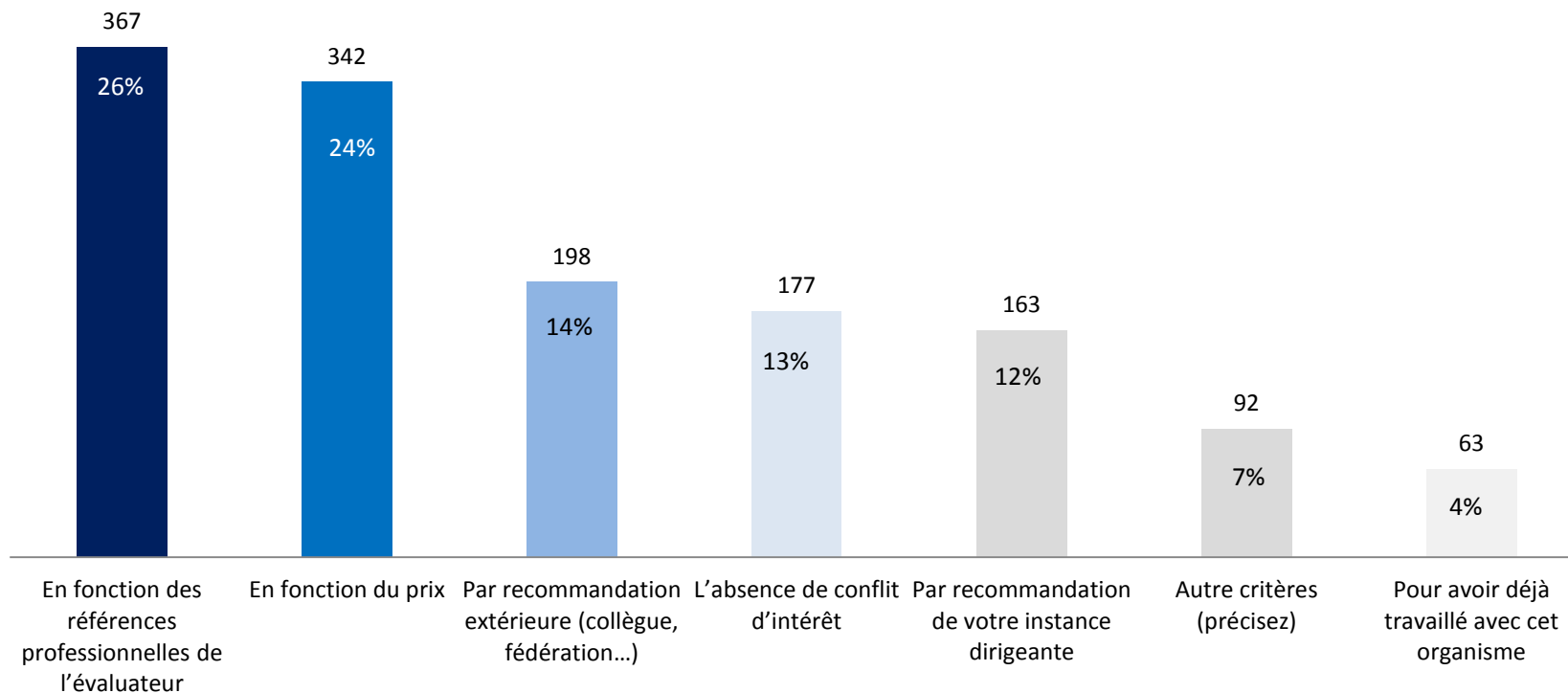
N= 68

3. Mise en œuvre

3.2 Evaluation externe

- Les compétences et le prix sont les principaux critères de choix des organismes habilités

Après mise en concurrence, sur quels critères principaux, avez-vous choisi l'organisme extérieur habilité ? (plusieurs réponses possibles à hiérarchiser)



N= 584

3. Mise en œuvre

3.2 Evaluation externe

- D'autres critères de choix des OH cités par les directeurs interrogés

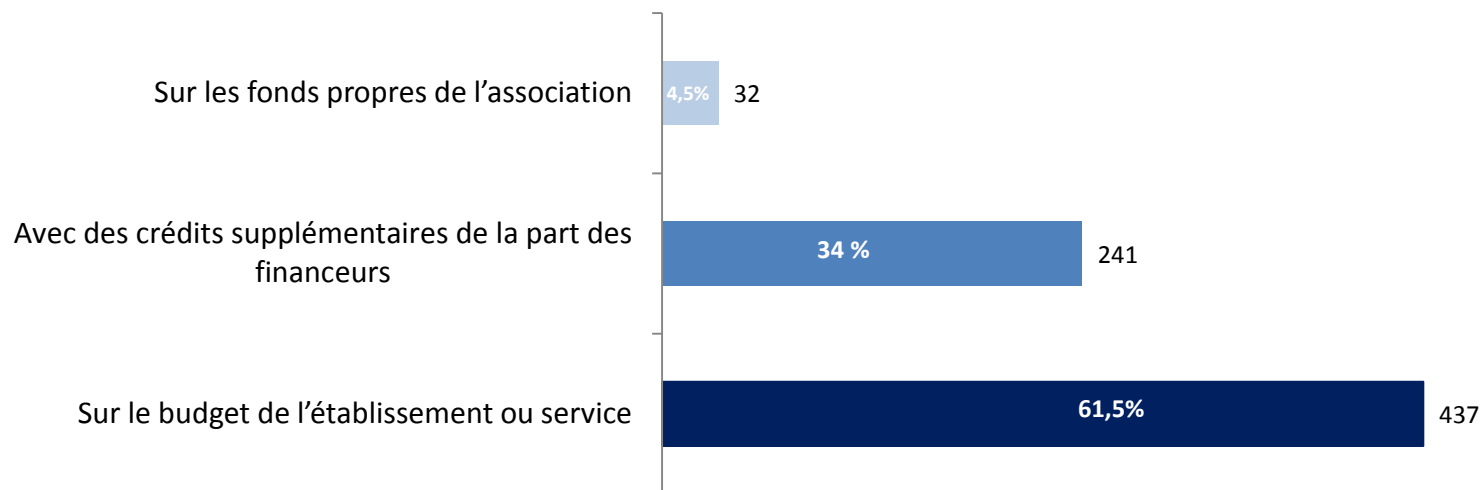
| AUTRES CRITÈRES | |
|---|--|
| Décision avec d'autres partenaires | <ul style="list-style-type: none">« Sur étude réalisée par le GCS auquel nous adhérons »« Décision collective de plusieurs structures »« Adhésion au marché régional »« Dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire »« Groupement de commandes » |
| Compétences et disponibilité de l'évaluateur | <ul style="list-style-type: none">« Références professionnelles »« Disponibilité de l'évaluateur »« Qualité des évaluateur »« Méthode évaluative proposée » |
| Connaissance du secteur | <ul style="list-style-type: none">« La connaissance de notre secteur »« Compétences en matière d'évaluation externe dans des structures similaires »« En fonction de la présence dans l'équipe d'auditeurs d'un médecin » |
| Proximité géographique | <ul style="list-style-type: none">« Nous avons choisi un organisme qui sans être de notre Région était d'une Région voisine, les coûts de transport ont été ainsi réduits »« Proximité du CHS »« Proximité géographique de l'évaluateur » |
| Echange au sein de l'association | <ul style="list-style-type: none">« Choix fait pas l'association »« Décision associative » |

3. Mise en œuvre

3.2 Evaluation externe

- L'évaluation externe est majoritairement financée par le budget de l'établissement ou du service

Comment avez-vous financé cette évaluation externe (plusieurs réponses possibles) ?



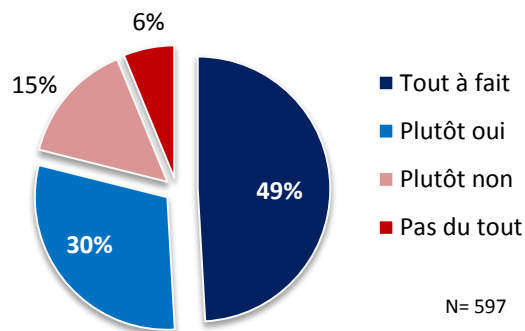
N= 600

3. Mise en œuvre

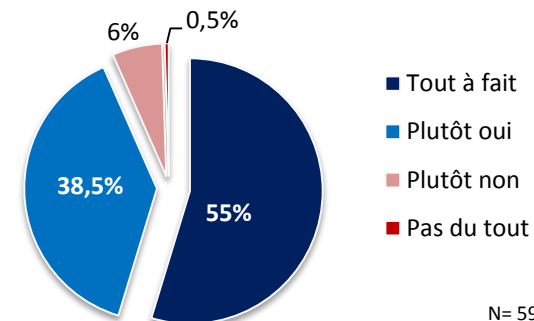
3.2 Evaluation externe

- Participation de l'instance dirigeante à l'évaluation et utilisation des résultats dans la prise de décision

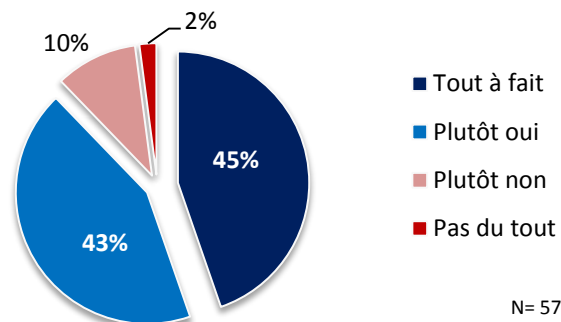
Votre instance dirigeante a-t-elle participé à la procédure d'évaluation externe ?



La démarche a-t-elle fait l'objet d'une forte implication des équipes de l'établissement ou du service ?



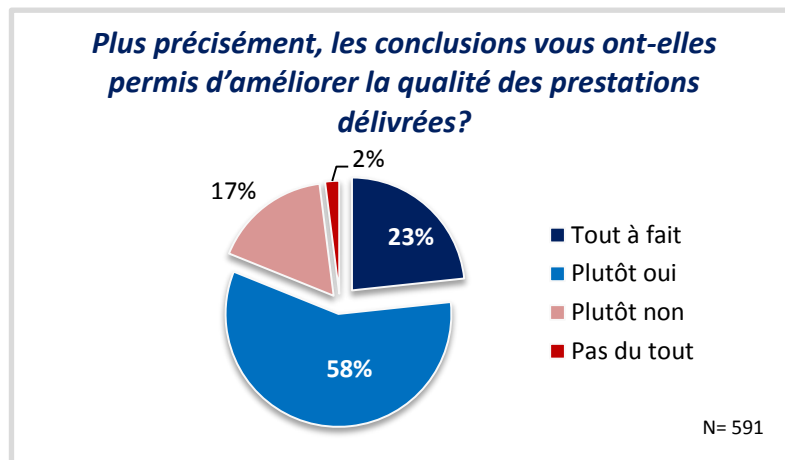
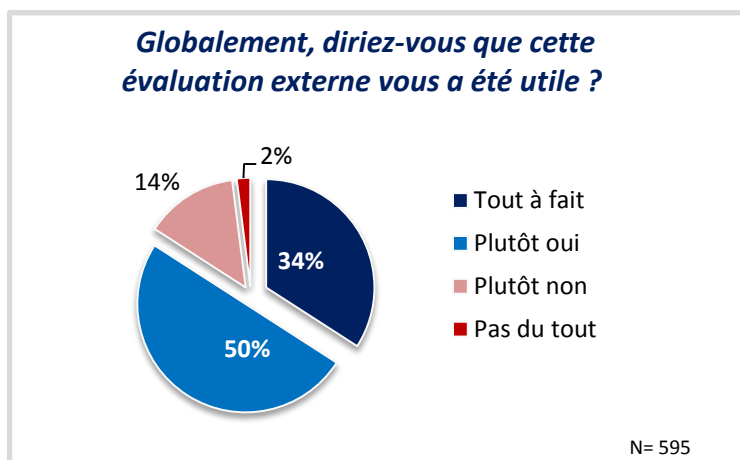
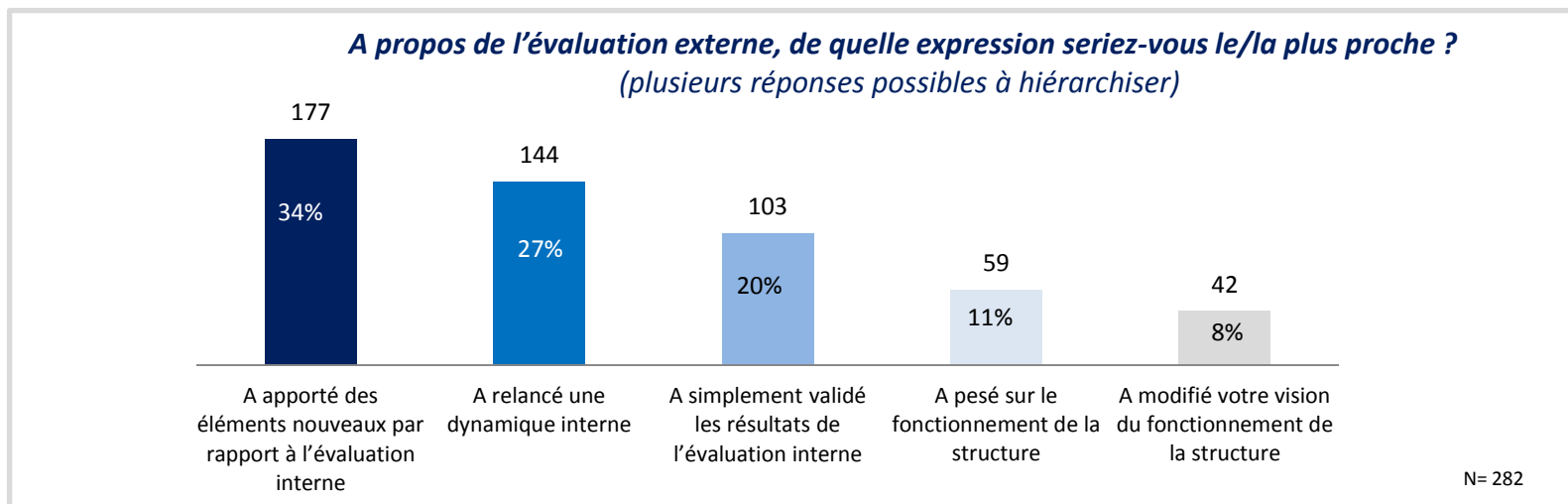
Par la suite, l'instance dirigeante a-t-elle tenu compte des résultats de l'évaluation externe dans le cadre de ses décisions ?



3. Mise en œuvre

3.2 Evaluation externe

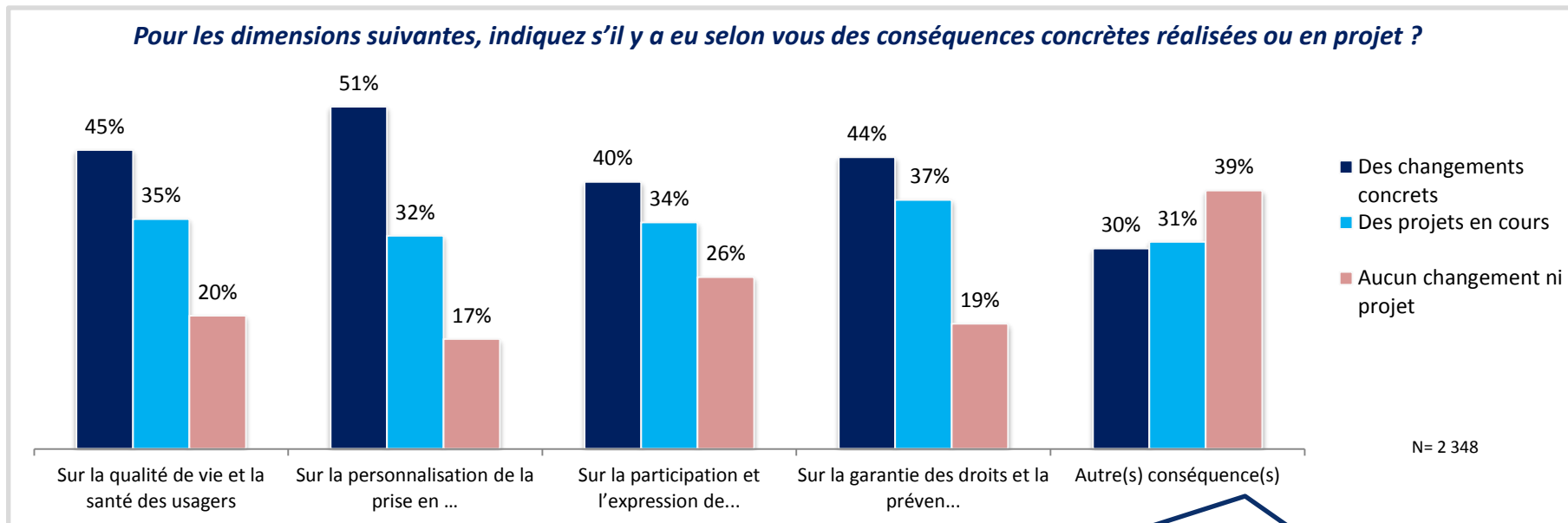
➤ Des évaluations externes jugées utiles à 84 %



3. Mise en œuvre

3.2 Evaluation externe

- Dans la majorité des cas, les évaluations externes ont entraîné des suites concrètes



Autres conséquences citées librement :

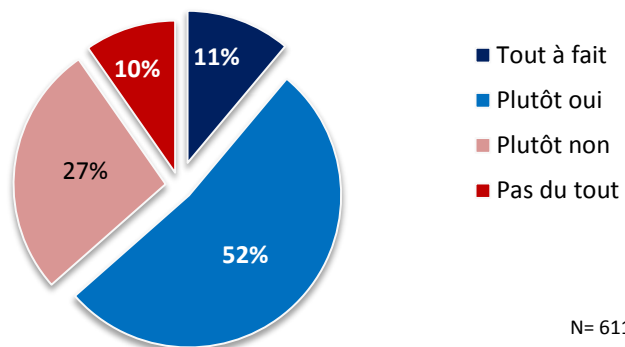
- ✓ L' évaluation externe confirme l'évaluation interne et n'ajoute rien de plus
- ✓ L' évaluation externe a pour mérite d'apporter de la reconnaissance du travail accompli
- ✓ Changements/ avancées dans les modes de gouvernance, sur l'organisation de la démarche qualité, sur la gestion des partenariats et du personnel
- ✓ Poursuite des projets déjà initiés avant l'évaluation externe
- ✓ Amélioration des conditions de travail et des risques professionnels, valorisation du travail
- ✓ Nourrir/ développer le Plan d'Amélioration Qualité et Programme de Gestion des Risques

3. Mise en œuvre

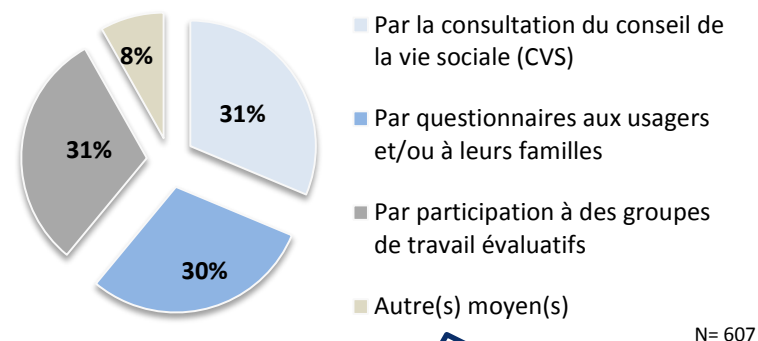
3.2 Evaluation externe

- Un impact positif sur les relations de travail et l'association des usagers

Selon vous cette démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe a-t-elle modifié positivement le climat / les relations de travail au sein de l'établissement / du service ?



Comment avez-vous associé les usagers à la démarche d'évaluation interne et externe ?



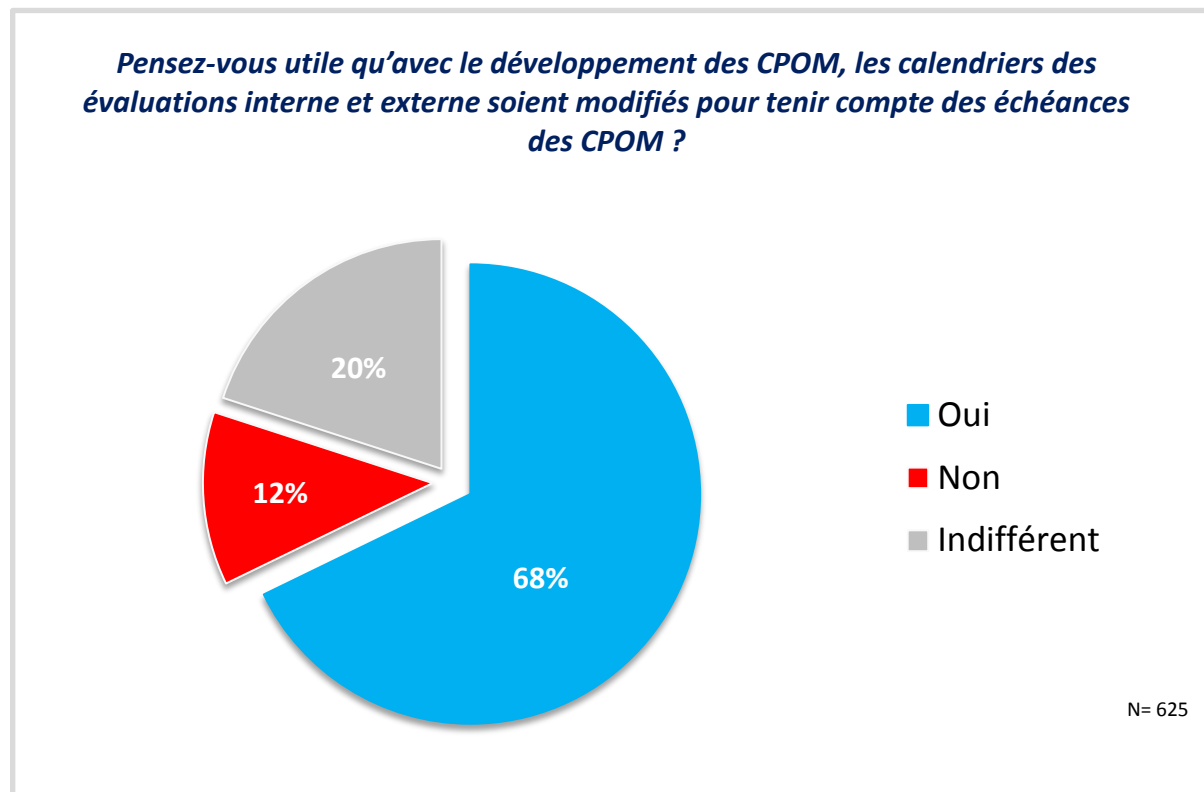
Autres moyens cités librement :

- ✓ **Le questionnaire ne permet pas de sélectionner toutes les propositions.** Dans la plupart des cas, les usagers sont associés aux démarches via l'association des différents moyens.
- ✓ Rencontre individuel
- ✓ Entretien téléphonique
- ✓ Enquête de satisfaction
- ✓ Visite à domicile avec ou sans le cabinet extérieur
- ✓ Diffusion des résultats des évaluations aux usagers

3. Mise en œuvre

3.2 Evaluation externe

- Une prise en compte des échéances des CPOM plébiscitée par 68 % des directeurs interrogés

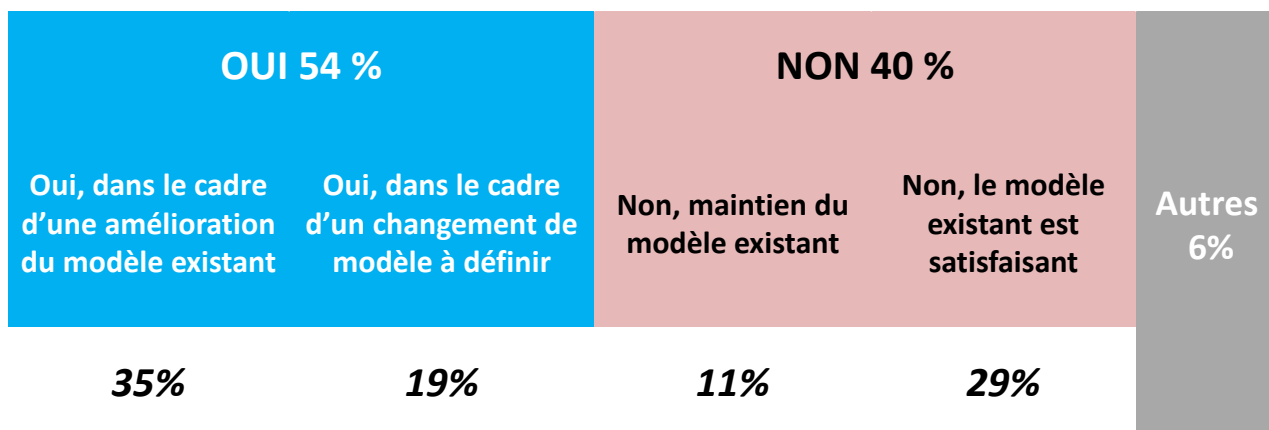


3. Mise en œuvre

3.2 Evaluation externe

- Des avis partagés quant aux évolutions à apporter à la démarche d'évaluation

Et pour finir, voyez-vous des améliorations qui pourraient être apportées à la démarche d'évaluation prévue par la loi de 2002 ?



N= 602

4. Pistes d'amélioration et commentaires

4.2 Précisions sur les améliorations

- Principales idées citées librement par les directeurs interrogés



(Source : nuage de mot issu de l'analyse lexicale du logiciel d'enquête)

| PROPOSITIONS D'AMELIORATION | |
|---|--|
| Harmoniser le calendrier | « Une évaluation interne pour une évaluation externe, au lieu du décalage actuel entre des échéances à 5 ans et des échéances à 7 ans » « Repenser les fréquences d'évaluations qui sont trop rapprochées. » « Avoir une cohérence temporelle » « Evaluation interne -> évaluation externe -> projet d'établissement -> CPOM » |
| Neutralité des organismes d'évaluation | « L'évaluateur est payé par l'évalué ! » « La rémunération des évaluateurs par l'établissement ne permet pas une complète neutralité des évaluateurs et pèse lourdement sur le budget de l'établissement » « Il faudrait que les évaluateurs externes soient choisis, rémunérés et imposés aux EHPAD par l'ARS, pour garantir leur indépendance. » « Le fait que la facture soit réglée par l'établissement a laissé peser un doute sur l'impartialité de l'évaluation externe... » « Dans une volonté d'objectivité et de pertinence l'évaluateur devrait être désigné par l'Autorité de tutelle. » |
| Coût de l'évaluation trop important | « Prévoir financement du coût de la prestation » « Gratuité de l'évaluation externe » « Le problème est le coût (environ 10 000€ pour une évaluation externe de 3 jours pour 130 lits... Même avec mise en concurrence » |
| Compétences des évaluateurs | « Les évaluateurs, même si ce sont à la base des professionnels du secteur, ont des remarques trop théoriques, voire inapplicables au regard de la réalité des établissements » « Plus de rigueur dans l'habilitation des évaluateurs externes » « Meilleure sélection et accréditation des organismes aptes à mener une évaluation externe » |
| Cadrage national | « Mise en place de référentiels communs » Création d'une équivalence entre évaluation externe et certification Création d'une équivalence entre charte qualité et évaluation interne » « Un référentiel unique par secteur d'activité (personnes âgées, handicap, hébergement...) » « Harmonisation de la démarche d'évaluation avec la démarche de certification HAS » « Il faudrait appliquer aux EMS, le même modèle d'évaluation que celui appliqué par la HAS au sanitaire » « Référentiel identique pour tous, sur modèle ISO 9001 » |
| Démarches administratives trop lourdes | « Démarches d'évaluations internes et externes trop lourdes » « Simplification du cadre global » « Trop lourd » « La mise en œuvre d'une démarche qualité ne peut être structurante qu'à la condition qu'elle dynamise les équipes sur la durée. La juxtaposition des obligations actuelle ne fait que "user" les collaborateurs. » |

4. Pistes d'amélioration et commentaires

4.2 Commentaires libres

➤ Principaux commentaires cités librement par les directeurs interrogés



(Source : nuage de mot issu de l'analyse lexicale du logiciel d'enquête)

| Commentaires | |
|-----------------------------------|--|
| Démarche évaluative | « Ces deux évaluations représentent beaucoup de travail mais cela nous a permis de se poser et d'avoir à un instant T une photo de l'établissement ce qui a été aussi très positif pour les équipes, les élus. » « Les évaluations interne et externe réalisées avant mon arrivée m'ont permis de disposer d'un état des lieux facilitant la priorisation de mes actions » « difficultés d'associer les usagers dans la démarche d'évaluation interne qui s'étale sur une longue période » « Incompréhension des professionnels libéraux avec qui nous travaillons au quotidien pour la bonne prise en soins des Personnes âgées, ne devraient-ils pas être intégrés dans cette démarche ? » « l'évaluation ne s'appuie que sur la documentation un complément d'évaluation sur le terrain serait plus riche » « il faut impérativement mettre en place des audits continus et pas seulement pendant la semaine de l'évaluation » |
| Difficultés des EPHAD | « Mise en place de poste de responsables qualité au sein des EHPAD. » « Certains évaluateurs sont plus sensibles que d'autres au médico-social, cela entraîne des évaluations disparates et à terme ne reflète pas la réalité de la politique qualité des EHPAD » « Il est dommage que nous n'ayons pas de temps de qualificateur dans les EHPAD » « Pas d'évaluation conduite sur le secteur EHPAD compte tenu de la date d'autorisation ». « L'agrément pour évaluer un EHPAD ne devrait pas être donné à n'importe quel organisme, surtout lorsqu'il ne s'agit que d'auditeurs qui n'ont aucune ou qu'une rarissime expérience du fonctionnement d'un EHPAD. |
| Suites des évaluations | « Une connaissance des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM » « Il convient surtout que ces évaluations externes soient réellement prises en compte par les organismes de contrôle et suivies d'effets » « Aucun retour de l'ARS ni en positif ni en négatif. Je pensais que ces évaluations leur serviraient de support pour une éventuelle uniformisation des pratiques » |
| Moyens humains et de temps | « Le suivi et les attentes d'objectifs, de révision des documents, de tableaux de bord à réaliser, de fiches à remplir, est impossible à tenir au quotidien » « Manque de moyens humains pour dégager un référent en charge du déploiement de la démarche » « Démarche d'amélioration nécessaire, mais mobilise beaucoup de temps » « Un temps d'accompagnement des équipes est nécessaire, pour limiter le stress et les inquiétudes » |
| Thèmes de l'évaluation | « Prioriser les thématiques / simplification et limitation du périmètre de l'évaluation à quelques domaines d'actions prioritaires » « Tout les domaines doivent être pris en compte, RH, finances gestion des risques travaux etc » |
| Benchmarking | « Il est dommage que la grande liberté laissée aux établissements pour l'évaluation interne voir aux évaluateurs externes ne soit pas porteuse en matière de Benchmarking. » « Il nous semblerait plus opportun à travers la remontée de données basées par ex sur la nomenclature SERAFIN que l'ensemble des établissements puissent rendre compte de leur activité, voire de leur démarche d'amélioration continue » |

ANNEXE 6
EXPLOITATION DE L'ENQUETE
ADRESSEE AUX PRESIDENTS DE CVS



EPP « contrôle et amélioration de
l'offre sociale et médico-sociale »

Exploitation de l'enquête adressée aux présidents de CVS

Sommaire du rapport

| | |
|--|-------------|
| <i>Introduction : objectifs et méthodes de l'enquête</i> | <i>p.3</i> |
| 1. Présentation | <i>p.4</i> |
| 2. Connaissances des évaluations | <i>p.6</i> |
| 3. Mise en œuvre | <i>p.8</i> |
| 4. Perceptions | <i>p.10</i> |
| 5. Conséquences de la démarche d'évaluation | <i>p.12</i> |
| 6. Propositions et commentaires | <i>p.14</i> |

Introduction : objectifs et méthode de l'enquête

Contexte et objectifs de l'enquête

A la demande du Premier ministre, l'Inspection générale des affaires sociales a été chargée, avec le concours et l'appui du Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP), d'évaluer la politique de contrôle et d'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale.

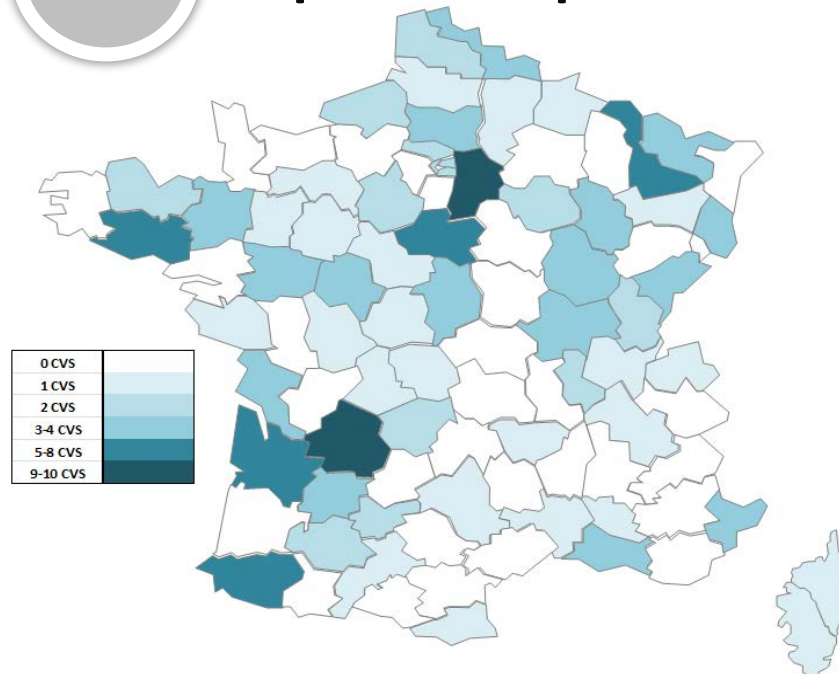
Dans cette perspective, et en lien avec le Secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la mission a souhaité recueillir l'avis des Présidents des Conseils de la vie sociale (CVS) des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sur les démarches d'évaluation interne et externe conduites par leur structure, cet exercice étant désormais quasi complet.

Les résultats de l'enquête présentés ci-après s'appuient sur l'exploitation d'un questionnaire en ligne administré par mail via les fédérations professionnelles (FHF, FEHAP, FEGAPEI, SYNERPA, NEXEM, ADMR, ADESSA A DOMICILE) et les directeurs de structures à l'ensemble des Présidents de CVS sur la période du 14 février au 19 mars 2017.

Au total, 163 Présidents de CVS ont fourni des réponses exploitables* au questionnaire, reflétant la diversité des types de structures et des territoires concernés.

163

Réponses exploitables



Précision méthodologique

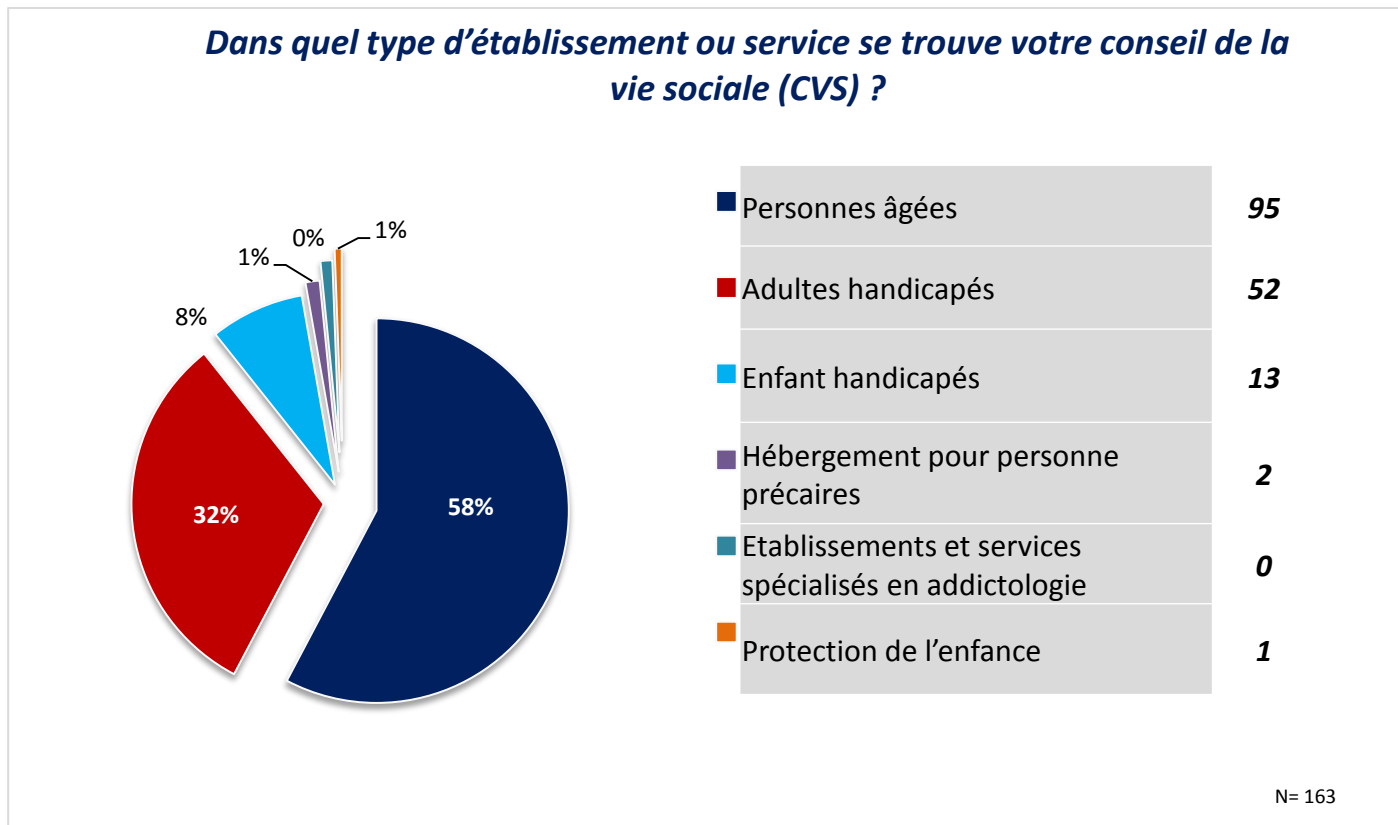
L'enquête a été administrée sur une durée totale de 5 semaines à partir d'un lien Internet renvoyant vers le questionnaire établi par la mission d'évaluation IGAS. Le lien a été diffusé à l'ensemble des structures membres des 7 fédérations ciblées via un courrier électronique adressé par la mission d'évaluation et demandant aux directeurs de structures de bien vouloir diffuser le questionnaire à leur Président de CVS. Une version papier du questionnaire ainsi qu'une assistance téléphonique ont été mise à disposition des CVS par le SGMAP et un mail de relance a été envoyé aux 7 fédérations le 1^{er} mars 2017.

* Les réponses exploitables correspondent aux réponses complétées à un taux > 70 % et ne présentant pas d'incohérences a priori dans les modalités de réponse

1. Présentation

1.1 Type d'établissements/services du CVS

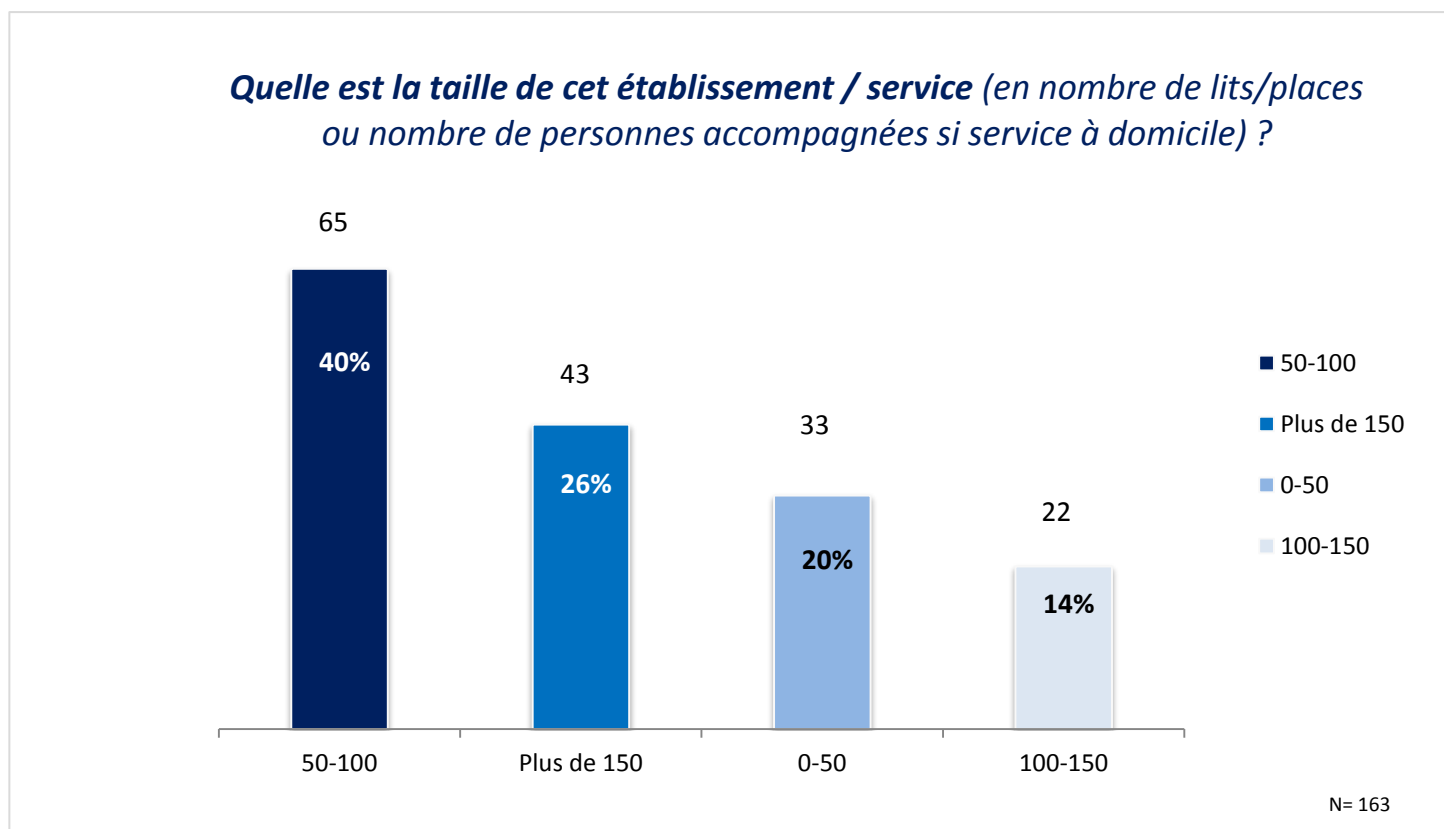
- Un peu plus de la moitié des CVS se trouvent dans les établissements pour personnes âgées



1. Présentation

1.2 Taille de l'établissement

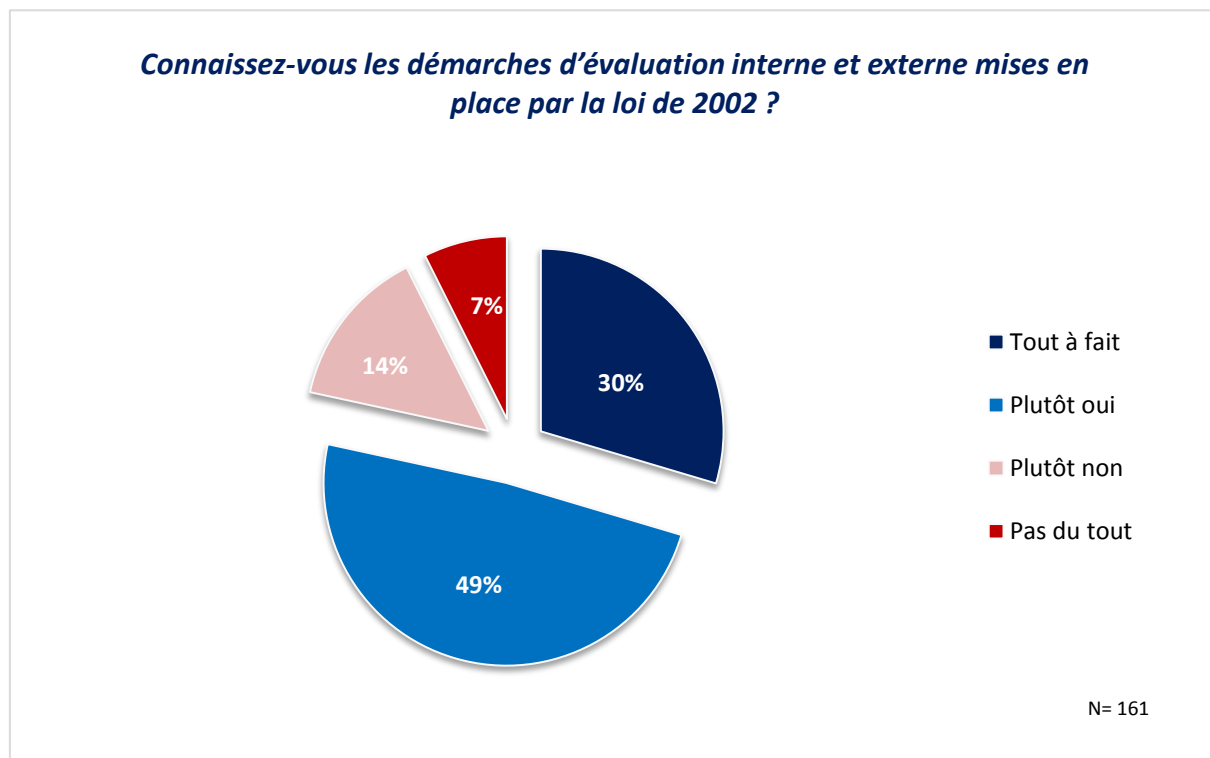
- En moyenne la taille de l'établissement ou du service est de 41 places



2. Connaissances des évaluations

2.1 Connaissances des démarches

- 79 % des CVS connaissent les démarches d'évaluation interne et externe

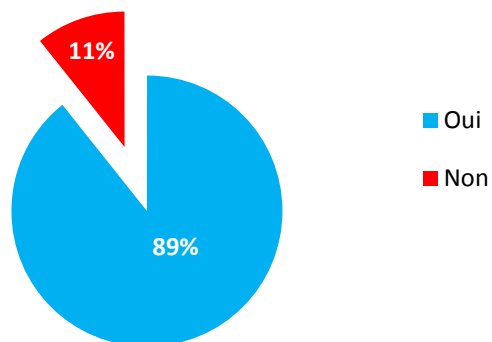


2. Connaissances des évaluations

2.2 Lancement des évaluations

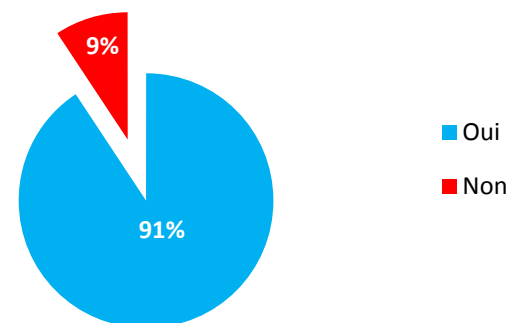
- 89 % des CVS ont été informés du lancement d'une évaluation interne
- 91 % des CVS ont été informés du lancement d'une évaluation externe

Avez-vous été informé du lancement d'une démarche d'évaluation interne au sein de votre établissement ou service ?



N= 149

Avez-vous été informé du lancement d'une démarche d'évaluation externe au sein de votre établissement ou service ?

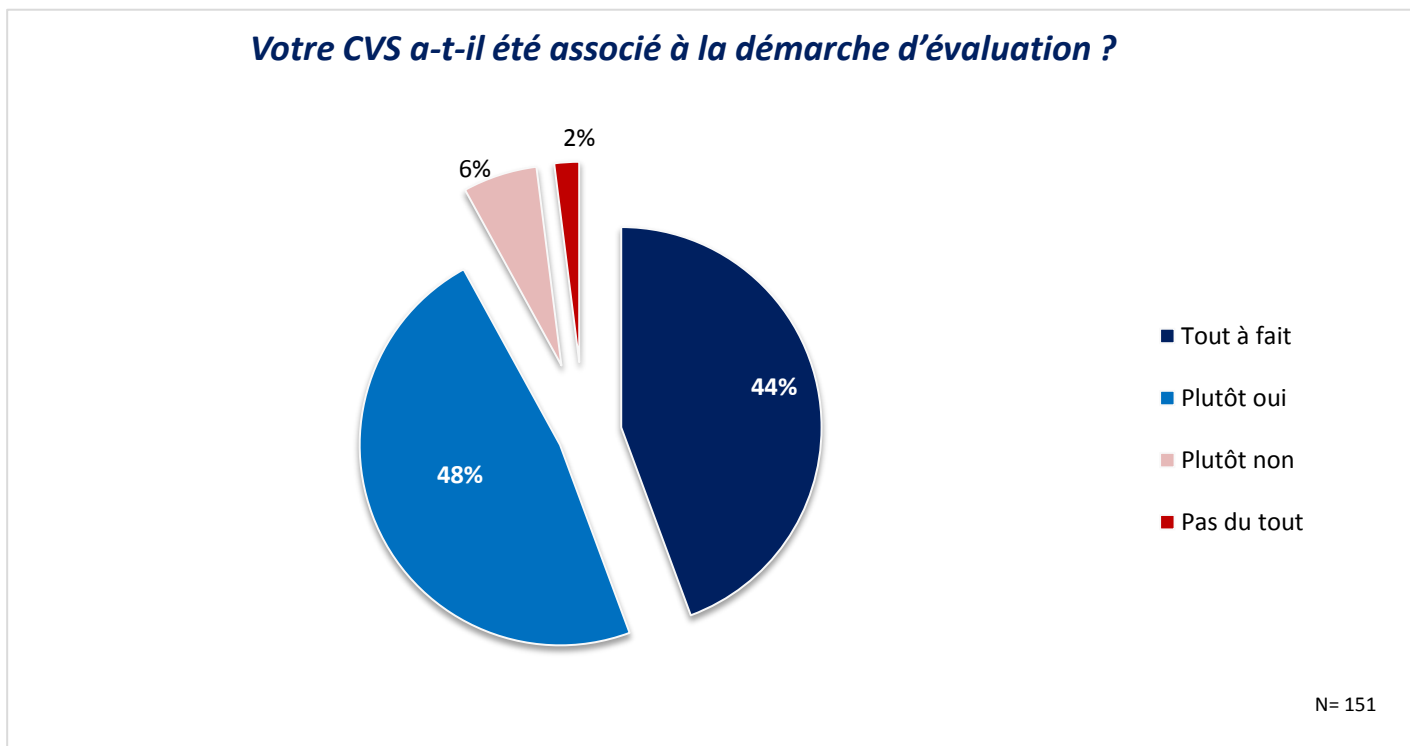


N= 150

3. Mise en œuvre

3.1 Association des CVS à l'évaluation

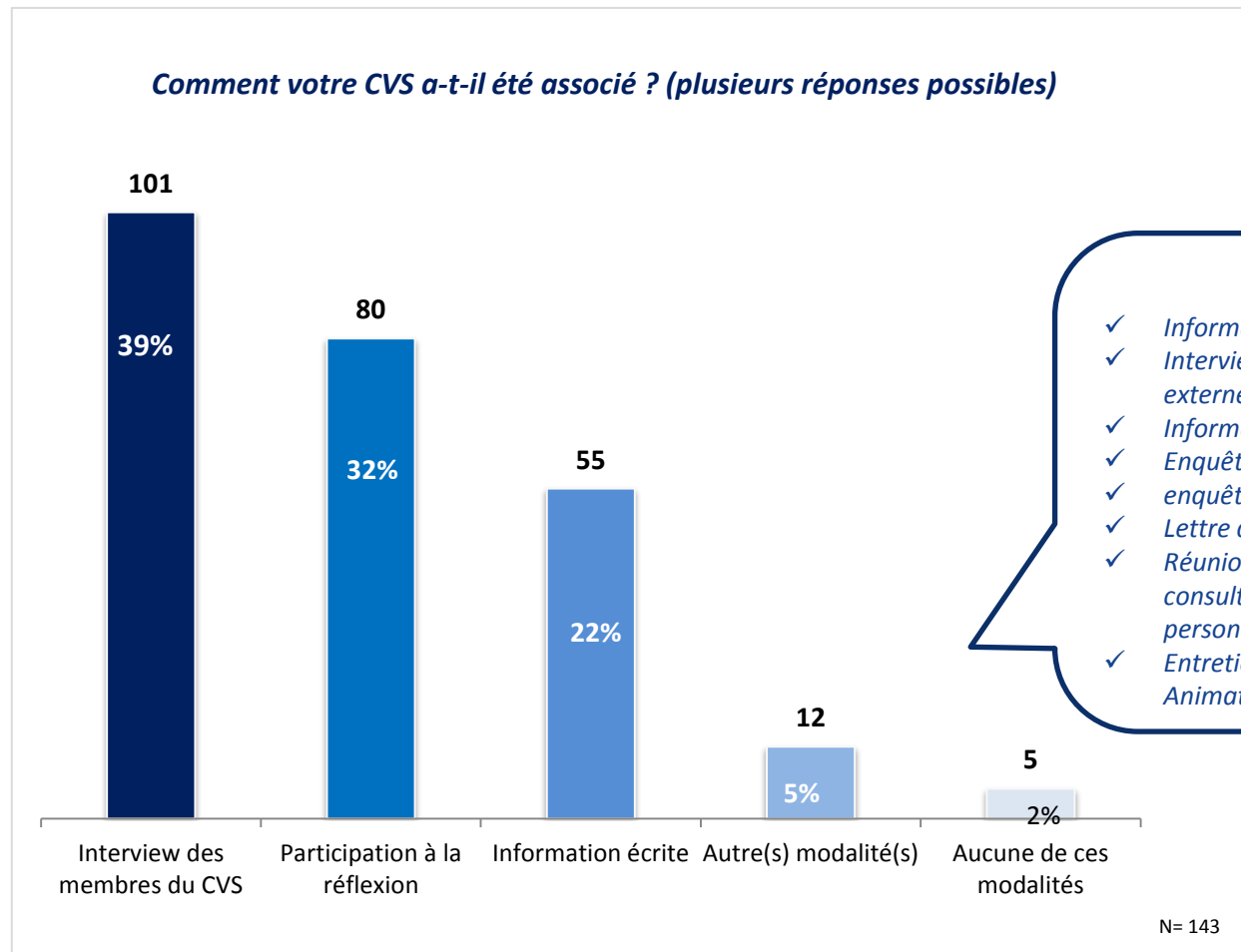
➤ 92 % des CVS ont été associés à la démarche évaluative



3. Mise en œuvre

3.2 Modalités d'association du CVS

➤ Une grande diversité de modalités d'association des CVS



Autres modalités (synthèse)

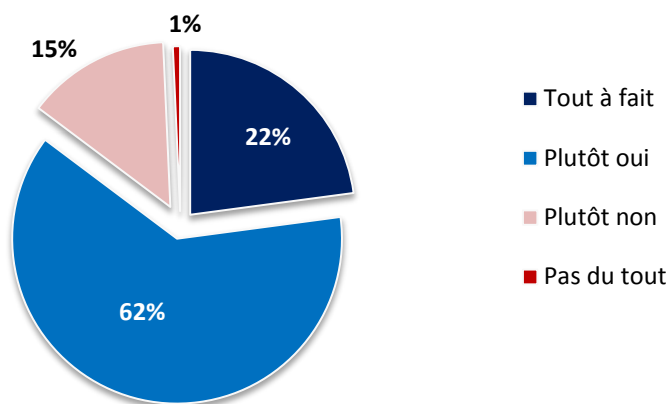
- ✓ Information transmise au cours d'une réunion de CVS
- ✓ Interview de plusieurs familles lors de l'évaluation externe
- ✓ Information orale
- ✓ Enquête de satisfaction,
- ✓ enquête auprès des usagers par l'évaluation externe
- ✓ Lettre d'information du directeur
- ✓ Réunion avec tous les résidents et les familles et un consultant externe sans la présence de membres du personnel et de la direction de l'établissement.
- ✓ Entretien / Réunions sur "la bientraitance" / Animations

4. Perceptions sur la démarche d'évaluation

4.1 Association à la démarche

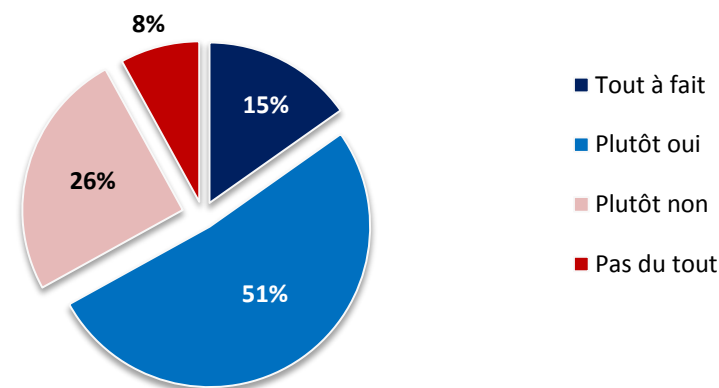
- 84 % des CVS interrogés estiment que leur association dans la démarche d'évaluation a été suffisante
- Dans 66 % des cas la démarche d'évaluation a permis de relancer une dynamique au sein du CVS

L'association de votre CVS dans la démarche d'évaluation a-t-elle été suffisante ?



N= 144

La démarche d'évaluation a-t-elle permis de relancer une dynamique au sein de votre CVS ?



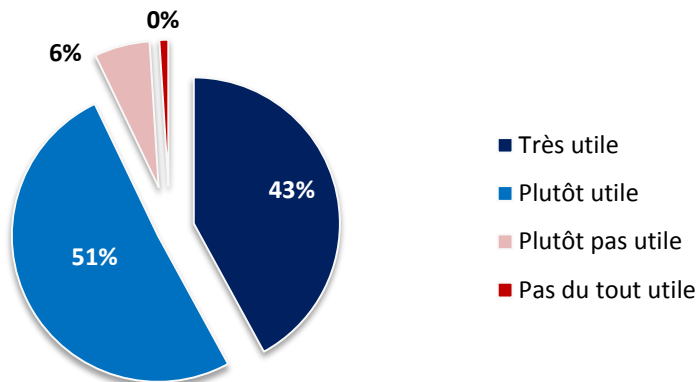
N= 144

4. Perceptions sur la démarche d'évaluation

4.2 Appréciation générale

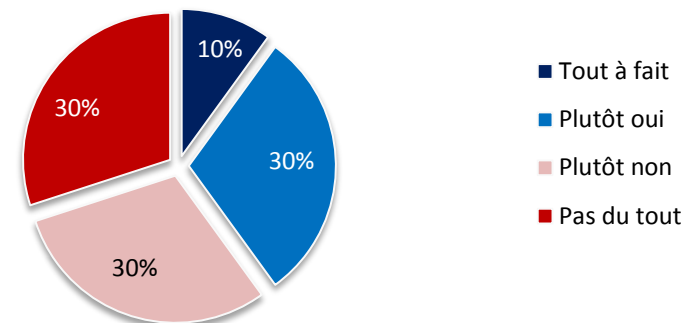
➤ 94 % des CVS jugent la démarche d'évaluation utile

Au final, quelle appréciation générale portez-vous sur la démarche d'évaluation ?



N= 146

Si cette démarche n'a pas été mise en oeuvre ou vous n'en avez pas eu connaissance, diriez-vous que cela vous a manqué ?



N= 10

Pourquoi ?

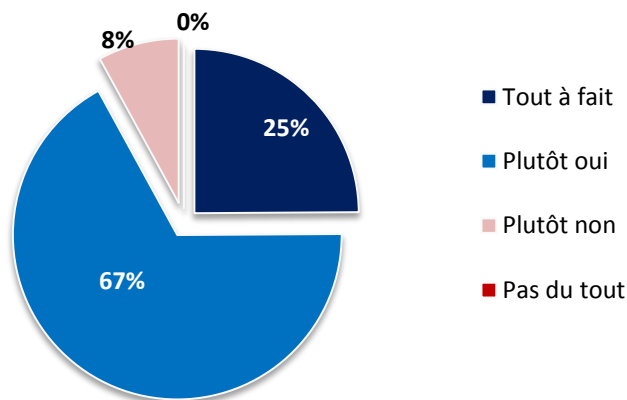
- ✓ « Il est essentiel d'avoir connaissance des nouvelles démarches et des nouveaux textes de lois mis en application »
 - ✓ « J'ignorais l'existence de ces évaluations jusqu'à ce jour »
 - ✓ « J'entends des gens qui ont droit à des aides.... je n'en n'ai pas eu »
 - ✓ « Car j'aurai aimé en avoir connaissance »
- ✓ « La présidence du CVS a pris ses fonctions après les évaluations internes et externes. »

5. Conséquences de la démarche d'évaluation

5.1 Pistes d'amélioration

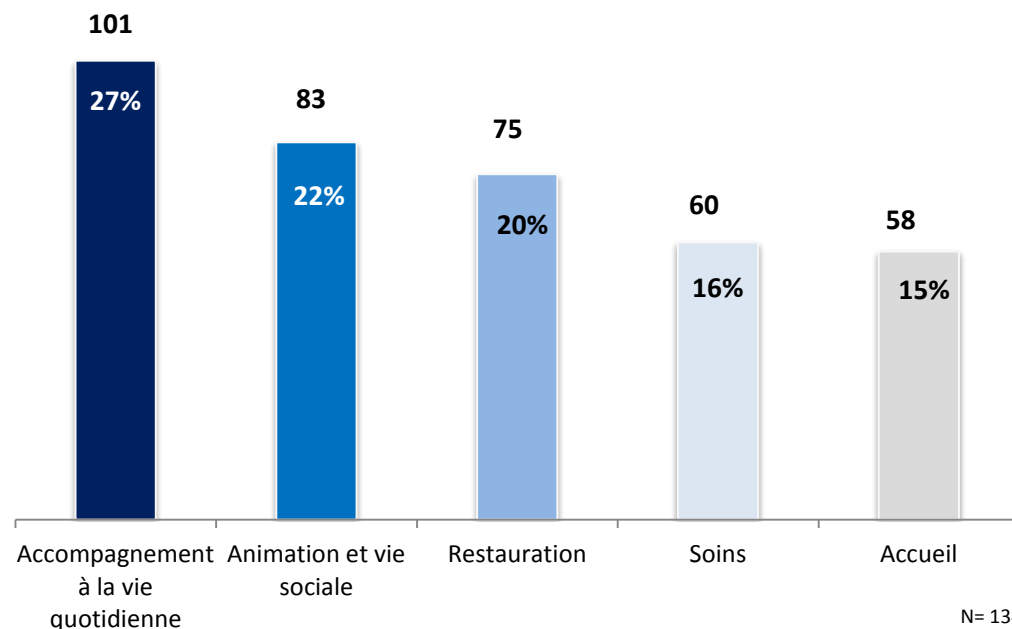
- Des possibilités d'amélioration de l'organisation et des pratiques professionnelles sont apparues 92 % des cas à la suite de la démarche d'évaluation
- L'accompagnement à la vie quotidienne puis celui de l'animation et vie sociale sont les principaux secteurs pour lesquels des pistes d'amélioration sont mentionnées

Des possibilités d'amélioration de l'organisation et des pratiques professionnelles sont-elles apparues ?



N= 143

Dans quels secteurs plus précisément ? (plusieurs réponses possibles)

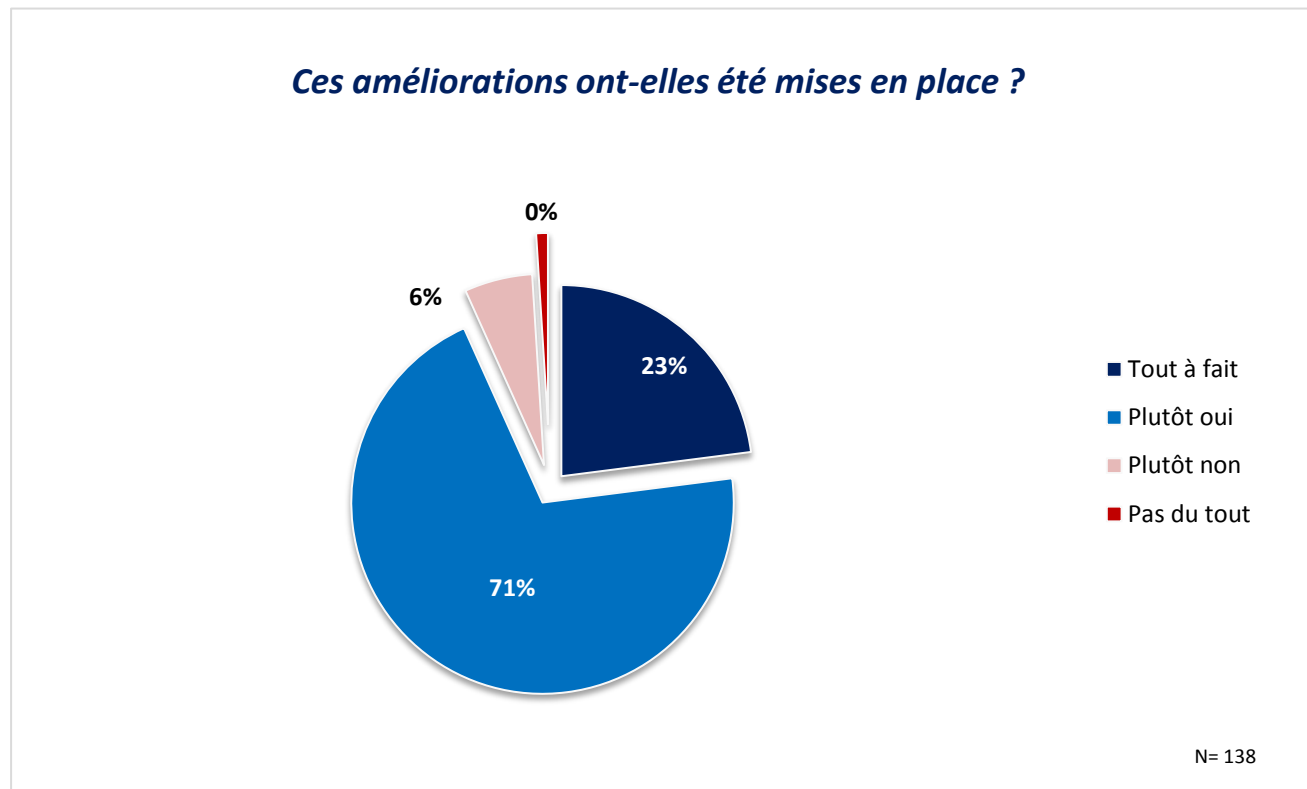


N= 134

5. Conséquences de la démarche d'évaluation

5.2 Mise en place des améliorations

- Les améliorations identifiées par la démarche d'évaluation ont été mises en place dans 94 % des cas



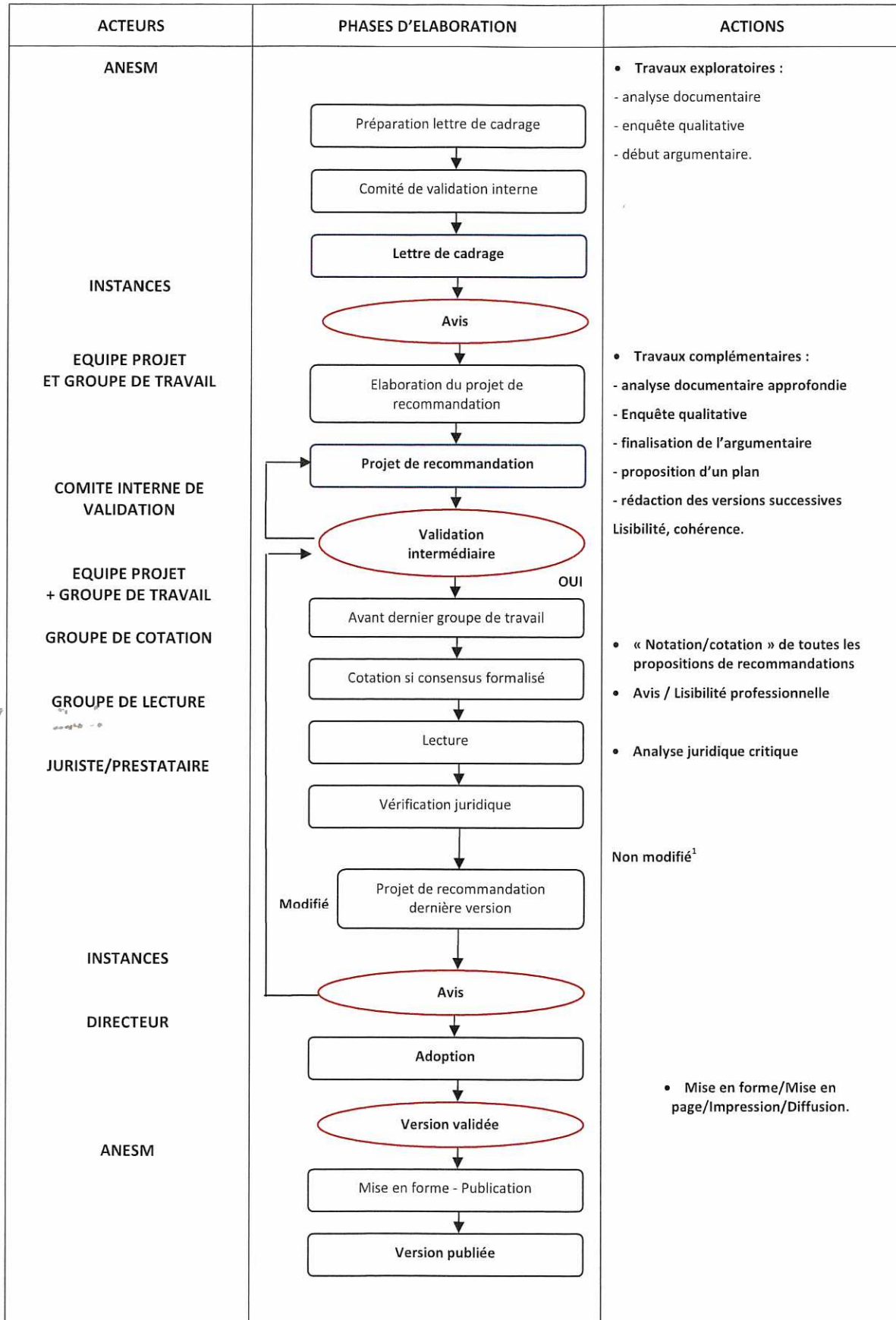
6. Propositions et commentaires des CVS

➤ Propositions et commentaires librement cités à l'issue de l'enquête

| Propositions et commentaires (extraits) | |
|---|---|
| Apports de l'évaluation pour le CVS | <p>« Dans le secteur médico-social, les évaluations internes et externes ainsi que les CVS régis par la Loi 2002 sont indispensables et ne peuvent qu'apporter de l'amélioration »</p> <p>« Les évaluations internes et externes ont été faites avec sérieux et le CVS y a été associé. Il a été remédié aux points soulevés par les évaluations »</p> <p>« Le Conseil de la Vie Sociale a été informé en continu des résultats des évaluations internes et externes. Les changements à apporter ont été discutés en séance de CVS »</p> <p>« Evaluations interne et externe importantes pour juger du fonctionnement des unités. Permet dynamique des équipes et l'association des membres du conseil de la vie sociale. Permet l'élaboration d'un plan d'actions et d'améliorations »</p> |
| Implication des usagers dans le CVS et dans l'évaluation | <p>« Beaucoup de familles ignorent encore l'existence de cette structure »</p> <p>« Les familles et les résidents sont impliqués dans la vie de l'établissement »</p> <p>« Les résidents de plus en plus dépendants, se sentent peu mobilisés par ces évaluations »</p> <p>« Il faudrait que plusieurs familles participent d'avantage lors des réunions »</p> <p>« Il est difficile de mobiliser les familles et plus encore les résidents dans la démarche de l'évaluation interne »</p> <p>« Avoir des évaluations plus adaptées aux résidents pour une meilleure compréhension et participation »</p> |
| Utilité et pertinence des évaluations | <p>« Pas de retour des tutelles sur les différentes évaluations pas de classement proposé par rapport aux autres établissements on ne sait pas vraiment à quoi ces évaluations ont servi »</p> <p>« L'évaluation ne reflète pas la réalité, ni l'importance de la relation avec les professionnels; l'enquête de satisfaction suffit et permet de faire évoluer les choses »</p> <p>« Nous avons été informés des évaluations avec beaucoup de retard la présence des parents (hors CVS) n'a pas été souhaitée par la direction et l'organisme de gestion. Je regrette que pour ces évaluations ce ne soit pas un organisme "NEUTRE" et en rapport avec la population accueillie »</p> |
| Financement de la démarche d'évaluation | <p>« Sans financements majorés des conseils généraux et désintérêt évident de la part de l'état pour la personne âgée, pour l'adulte ou l'enfant en situation d'handicap pas d'amélioration en vue.... »</p> <p>« Lorsque le client est "celui" qui règlera les factures de ce prestataire il y a aucune objectivité »</p> <p>« Suivre financièrement pour que toutes les améliorations puissent être mises en place rapidement et efficacement »</p> |
| Calendrier | <p>« Il est dommage qu'il y ait un décalage entre la date des évaluations interne / externe (2013/2014) et la date de ce questionnaire (2017) »</p> <p>« Faire une évaluation interne tous les 5 ans et une évaluation externe tous les 7 ans c'est extrêmement compliqué et chronophage »</p> |

**PIECE JOINTE N°1
PROCEDURE D'ELABORATION DES
RECOMMANDATIONS DE BONNES
PRATIQUES PROFESSIONNELLES PAR
L'ANESM**

PROCÉDURE GÉNÉRALE



¹ Modification substantielle
2 / 10

**PIECE JOINTE N°2
LISTE DES RECOMMANDATIONS DE
BONNES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES PUBLIEES PAR
L'ANESM**



Recommandations de bonnes pratiques publiées à ce jour

Bleu : tous secteurs

Violet : personnes âgées

Rouge : personnes handicapées

Orange : protection de l'enfance

Vert : inclusion sociale

(classement par ordre chronologique)

Janvier 2017

- **Les espaces de calme-retrait et d'apaisement** [\[+\] d'informations](#)

- Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet Ehpad [\[+\] d'informations](#)
- Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet résidences autonomie [\[+\] d'informations](#)

Décembre 2016

- **Les « comportements-problèmes » : prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés** [\[+\] d'informations](#)
- Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Résidences autonomie [\[+\] d'informations](#)
- L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation [\[+\] d'informations](#)
- **ESSMS : VALORISEZ LES RÉSULTATS DE VOS ÉVALUATIONS - Guide à l'attention des responsables d'établissements et services sociaux et médico-sociaux et leur inscription dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement** [\[+\] d'informations](#)

Juillet 2016

- Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Ehpad [\[+\] d'informations](#)

Juin 2016

- Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les

personnes âgées. Volet domicile [\[+\] d'informations](#)

- L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation [\[+\] d'informations](#)

Mai 2016

- **Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques** [\[+\] d'informations](#)

Mars 2016

- **Évaluation interne : repères pour les établissements et services relevant du secteur de l'inclusion sociale** [\[+\] d'informations](#)
- **La prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale** [\[+\] d'informations](#)

Janvier 2016

- **Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en oeuvre des mesures éducatives** [\[+\] d'informations](#)
- **Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur** [\[+\] d'informations](#)

Décembre 2015

- **Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)** [\[+\] d'informations](#)

Juillet 2015

- **L'évaluation interne : repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en oeuvre des mesures éducatives** [\[+\] d'informations](#)

Mars 2015

- **L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes** [\[+\] d'informations](#)

Janvier 2015

- **Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile** [\[+\] d'informations](#)
- **Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** [\[+\] d'informations](#)

Décembre 2014

- **Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) : "Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement"** [\[+\] d'informations](#)
- **L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance** [\[+\] d'informations](#)

Mai 2014

- **La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les**

[centres d'accueil pour demandeurs d'asile](#) [\[+\] d'informations](#)

Mai 2014

- [Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement](#) [\[+\] d'informations](#)

Décembre 2013

- [Qualité de vie en MAS-FAM \(volet 2\) : "Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs"](#) [\[+\] d'informations](#)

Juillet 2013

- [Qualité de vie en MAS-FAM \(volet 1\) : "Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté"](#) [\[+\] d'informations](#)
- [L'accompagnement à la santé de la personne handicapée](#) [\[+\] d'informations](#)

Mai 2013

- [Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat](#) [\[+\] d'informations](#)
- [L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure](#) [\[+\] d'informations](#)

Novembre 2012

- [Qualité de vie en Ehpad \(volet 4\) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident](#) [\[+\] d'informations](#)

Juillet 2012

- [Participation des personnes protégées dans la mise en oeuvre des mesures de protection juridique](#) [\[+\] d'informations](#)

Mai 2012

- [Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles](#) [\[+\] d'informations](#)

Avril 2012

- [L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes](#) [\[+\] d'informations](#)

Mars 2012

- [Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent](#) [\[+\] d'informations](#)

Février 2012

- [L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes](#) [\[+\] d'informations](#)

Janvier 2012

- [Qualité de vie en Ehpad \(volet 3\) - La vie sociale des résidents](#) [\[+\] d'informations](#)

Septembre 2011

- [Qualité de vie en Ehpad \(volet 2\) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne](#) [\[+\] d'informations](#)

Juin 2011

- [L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile](#) [\[+\] d'informations](#)

Mai 2011

- [Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance d'informations](#) [\[+\]](#)

Février 2011

- [Qualité de vie en Ehpad \(Volet 1\) - De l'accueil de la personne à son accompagnement](#) [\[+\]](#) [d'information](#)

Octobre 2010

- [Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux](#) [\[+\]](#) [d'informations](#)

Mai 2010

- [Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service](#) [\[+\]](#) [d'informations](#)

Avril 2010

- [La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie](#) [\[+\]](#) [d'informations](#)

Mars 2010

- [L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement](#) [\[+\]](#) [d'informations](#)

Janvier 2010

- [Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement](#) [\[+\]](#) [d'informations](#)

Novembre 2009

- [Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement](#) [\[+\]](#) [d'informations](#)

Septembre 2009

- [Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile](#) [\[+\]](#) [d'informations](#)

Juillet 2009

- [La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles](#) [\[+\]](#) [d'informations](#)

Février 2009

- [L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social](#) [\[+\]](#) [d'informations](#)

Décembre 2008

- [Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance](#) [\[+\]](#) [d'informations](#)
- [Ouverture de l'établissement à et sur son environnement](#) [\[+\]](#) [d'informations](#)
- [Les attentes de la personne et le projet personnalisé](#) [\[+\]](#) [d'informations](#)

Juillet 2008

- [La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre](#) [\[+\]](#) [d'informations](#)

- [Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses](#) [\[+\] d'informations](#)
- [Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées](#) [\[+\] d'informations](#)

Avril 2008

- [Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale](#) [\[+\] d'informations](#)
- [Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code l'action sociale et des familles](#) [\[+\] d'informations](#)

**PIECE JOINTE N°3
RECAPITULATIF DES AXES
D’EVALUATION, DES THEMES ET DES
INDICATEURS DE SUIVI RECOMMANDES
PAR L’ANESM POUR LES EHPAD⁹⁴**

⁹⁴ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – ANESM – février 2012

2.4 Récapitulatif des axes d'évaluation, des thèmes et des indicateurs de suivi recommandés

| Axes d'évaluation | Thèmes | Indicateurs de suivi recommandés |
|--|---|--|
| Axe 1 : La garantie des droits individuels et collectifs | <ul style="list-style-type: none"> • Garantie des droits individuels • Garantie des droits collectifs | <ul style="list-style-type: none"> • Taux de contention passive • Taux de réponses apportées aux demandes du CVS |
| Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents | <ul style="list-style-type: none"> • Prévention et prise en charge de la douleur • Prévention et prise en charge des chutes • Prévention et prise en charge des escarres • Prévention et prise en charge de la dénutrition • Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement • Analyse et maîtrise du risque infectieux • Continuité des soins | <ul style="list-style-type: none"> • Taux évaluation douleur • Taux de résidents ayant chuté • Taux d'escarres acquises dans Ehpad • Taux de résidents pesés une fois par mois • Taux évaluation troubles humeur/comportement • Taux de chapitres du manuel du GREPHH évalués • Taux d'hospitalisation en urgence |
| Axe 3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance | <ul style="list-style-type: none"> • Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes invalides • Maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale | <ul style="list-style-type: none"> • Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations • Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations |
| Axe 4 : Personnalisation de l'accompagnement | <ul style="list-style-type: none"> • Le projet personnalisé • Personnalisation des activités individuelles et collectives • Possibilité du maintien des liens sociaux | <ul style="list-style-type: none"> • Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement • Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées • Taux de résidents isolés |
| Axe 5 : Accompagnement de la fin de vie | <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement de la personne • Le soutien des proches et des professionnels | <ul style="list-style-type: none"> • Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie |

SIGLES UTILISES

| | |
|-----------|--|
| ADF | Assemblée des départements de France |
| AFNOR | Association française de normalisation |
| ANAP | Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé |
| ANCREAI | Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée |
| ANESM | Agence nationale de l'évaluation des établissements et des services sociaux et médico-sociaux |
| ANGELIQUE | Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de qualité pour les usagers des établissements |
| ARS | Agence régionale de santé |
| CAARUD | Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues |
| CASF | Code de l'action sociale et des familles |
| CCAS | Centre communal d'action sociale |
| CCECQA | Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine |
| CHRS | Centre d'hébergement et de réinsertion sociale |
| CNESMS | Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale |
| CNR | Crédit non renouvelable |
| CNSA | Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) |
| CodEv | Comité d'évaluation |
| COS | Conseil d'orientation stratégique |
| CPOM | Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens |
| CRSA | Conférence régionale de la santé et de l'autonomie |
| CS | Conseil scientifique |
| CSAPA | Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie |
| CVS | Conseil de la vie sociale |
| DDASS | Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales |
| DGCS | Direction générale de la cohésion sociale |
| DGOS | Direction générale de l'offre de soins |
| DRASS | Direction régionale des affaires sanitaires et sociales |
| DRDJSCS | Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale |
| EHPAD | Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes |

| | |
|-------|---|
| ESSMS | Etablissement et service social et médico-social |
| ETP | Equivalent temps plein |
| FEHAP | Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs |
| FHF | Fédération hospitalière de France |
| FNARS | Fédération nationale |
| GIP | Groupement d'intérêt public |
| HAS | Haute autorité de santé |
| IGAS | Inspection générale des affaires sociales |
| OH | Organisme habilité |
| RBP | Recommandation de bonne pratique |
| RPC | Recommandation pour la pratique clinique |
| SAAD | Service d'aide et d'accompagnement à domicile |
| SARL | Société à responsabilité limitée |
| SAS | Société par actions simplifiée |
| SGMAP | Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique |
| SGMAS | Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales |
| SSIAD | Services de soins infirmiers à domicile |