

Iman EL OUAHABI

**L'ÉVALUATION DES ÉTABLISSEMENTS DU SECTEUR
SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL : VERS UNE NECESSAIRE
UNIFORMISATION DES PRATIQUES ?**

Sous la direction de Monsieur Guillaume JAUBERT

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master
Master Management Sectoriel parcours Management des établissements médico-
sociaux, de la qualité et des risques, et des flux
Année universitaire 2017-2018

Date de la soutenance : Vendredi 21 septembre 2018

Composition du jury :

- Hervé HUBERT, Président de jury
- Laurent CASTRA, 2nd membre du jury
- Guillaume JAUBERT, Directeur de mémoire
- Christophe LEGER, Directeur associé, ADENIOR

Faculté Ingénierie et Management de la Santé - ILIS
42 rue Ambroise Paré, 59120 LOOS

REMERCIEMENTS

Je tiens à saisir cette occasion et adresser mes profonds remerciements et mes profondes reconnaissances à :

- M. HUBERT Hervé, pour son aide quant à la problématique de mon mémoire ;
- M. JAUBERT Guillaume, pour sa disponibilité et les précieux conseils qu'il m'a prodigué tout au long de mon travail ;
- M. Christophe LEGER d'avoir accepté d'être présent pour la soutenance ;
- Mme. Chantal CHABERT pour m'avoir guidée dans mes recherches bibliographiques ;
- Tous les enseignants de l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé pour leur formation enrichissante ;
- L'ensemble des personnes ayant accepté de participer aux entretiens individuels.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont pu contribuer à la réalisation de ce travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
PARTIE I. REVUE DE LITTERATURE	6
A. L'ÉVALUATION	7
B. LES POLITIQUES SANITAIRE ET SOCIALE	13
PARTIE 2. METHODOLOGIE.....	27
A. CHOIX D'UNE APPROCHE METHODOLOGIQUE.....	27
B. L'ÉCHANTILLONNAGE.....	32
C. LA COLLECTE DE DONNEES	35
D. L'ANALYSE ET L'INTERPRETATION DES DONNEES	58
PARTIE 3. RESULTATS ET ANALYSE	59
A. RAPPEL DU CONTEXTE D'ÉTUDE.....	59
I. OBJECTIFS A ATTEINDRE.....	61
B. RESULTATS.....	62
C. DISCUSSION	71
D. LIMITES DE L'ÉTUDE	77
E. PERSPECTIVES	78
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE.....	82
TABLE DES ANNEXES	85
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	86
Liste des sigles utilisés	87
TABLE DES MATIERES	89

INTRODUCTION

La loi N°1975-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, qui est la première dans le secteur, a connu vingt et une modifications en vingt-cinq ans sans pour autant connaître de modifications majeures ni d'adaptation réelle par rapport à l'évolution de la société.

Est apparue en 2002, la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette dernière a instauré aux établissements et services sociaux et médico-sociaux des évaluations internes et externes dans le but de mesurer la qualité des prestations qu'ils délivrent. Cependant, que signifie le terme « évaluation » ? La notion « d'évaluation » signifie étymologiquement à mettre en évidence. En effet, cette démarche sert à mettre en valeur les points forts et à aider à l'amélioration des points sensibles.

L'évaluation d'un bien, d'un service ou d'une personne, démarre toujours par des mesures à l'aide d'un outil, à partir de critères ou d'indicateurs de mesure. L'interprétation des résultats donnée par la suite doit permettre de prendre des décisions stratégiques dans un but d'amélioration du service.

En mars 2008, la Haute Autorité de Santé (ex- Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux) élabore une recommandation de bonnes pratiques professionnelles à destination des directeurs portant sur la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements sociaux et médico-sociaux. La première étape de réflexion de cette démarche concerne le référentiel à adopter pour appréhender l'organisation à travers le concept de transversalité, aborder les articulations entre les processus, entre les acteurs et développer une vision globale de la prise en charge des usagers. Ainsi, chaque établissement doit se doter d'un référentiel afin de répondre à l'exigence de la loi 2002-2 en matière d'évaluation interne. Concernant l'évaluation externe, l'organisme habilité par la HAS construit son référentiel sur la même base, c'est-à-dire une recommandation de bonnes pratiques professionnelles.

Au 1^{er} avril 2018, par application de l'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale, la HAS a intégré les missions de l'ANESM. Par conséquent, une nouvelle direction est chargée, à la HAS, du champ social et médico-social : la direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social.

Cette direction spécifique a en charge, entre autre, l'évolution de l'évaluation des quelque 30 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à l'ensemble du champ social et médico-social.

Actuellement, diverses possibilités s'offrent aux établissements du secteur social et médico-social dans la mise en œuvre de leurs évaluations interne et externe, et ainsi, les directeurs se retrouvent livrés « à eux-mêmes » dans la sélection de leurs outils. En partant du principe qu'un référentiel est indispensable à la démarche d'évaluation, convient-il d'utiliser un référentiel créé par des associations connues ou d'en créer un spécifique à son établissement ? Comment choisir l'organisme habilité à mettre en œuvre l'évaluation externe ? Que va engendrer cette nouvelle fusion HAS/ANESM pour le secteur social et médico-social ?

L'ensemble de ce questionnement conduit à définir la problématique de cette étude, ainsi : **Peut-on à l'image du secteur sanitaire, mettre en place un référentiel commun pour l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux ?**

Pour répondre à cette problématique, ce mémoire s'articule autour de 3 grandes parties.

La première partie a pour objectif de retracer l'histoire de l'évaluation ainsi que son instauration au sein des politiques publiques.

La seconde partie expose les outils utilisés lors de la démarche d'évaluation. Pour enrichir cette partie, une étude comparative des référentiels existants et un référentiel d'évaluation commun au secteur social et médico-social ont été mis en place. De plus, des entretiens individuels ont été menés afin de recueillir la vision des professionnels du secteur sur le sujet.

Enfin, la dernière partie, de part les entretiens individuels, permet d'effectuer une analyse de la situation actuelle. La proposition d'un outil commun, créé en amont et présenté lors de ces entretiens, permet d'alimenter cette partie sur des éléments de réflexion et des pistes de progrès.

PARTIE I. REVUE DE LITTÉRATURE

Le secteur social et médico-social fait face depuis ses débuts à des transformations. Divers secteurs ont été créés, aménagés et l'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux a vu le jour avec la mise en place de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'apparition d'une évaluation permet aux établissements de mettre en valeur leurs bonnes pratiques et de mesurer leurs écarts sur la base d'un référentiel défini ou créé.

La diversité et le nombre conséquent des ESSMS sur le territoire ont conduit les autorités à habilitier des organismes dans le cadre de l'évaluation externe et de laisser le libre choix aux établissements de ces derniers. De plus, les établissements, sur la base des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, peuvent créer ou acheter leur référentiel d'évaluation interne. Ce qui engendre, dans ce secteur, l'existence d'un grand nombre de référentiels. Cette diversité de référentiels laisse apparaître quelques interrogations : les référentiels existants sont-ils adaptés aux spécificités de chaque établissement ? Comment définir un référentiel « pertinent » ? Comment mesurer la qualité des prestations délivrées avec des grilles inconnues des organismes habilités à évaluer les établissements ?

A l'inverse du secteur social et médico-social, le secteur sanitaire procède à la certification de ses établissements. Pour ce faire, il impose aux structures un manuel de certification unique qui comprend l'ensemble des volets regroupant toutes les activités possibles du secteur depuis 1996.

Au fil des modifications de la loi N°1975-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, les domaines sanitaire, social et médico-social ont été tiraillés entre rapprochements et séparations. Dans le cadre du rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur l'évolution de la démarche qualité, les deux secteurs se sont vus totalement rapprochés. En effet, l'Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux a été absorbée par la Haute Autorité de Santé. La fusion étant en date du 1^{er} avril 2018, l'évaluation des établissements du secteur social et médico-social n'est on ne peut plus d'actualité.

L'actualité de ce thème, les questions qui en découlent ainsi que les appréhensions des établissements au vu de cette fusion ont mené à l'accomplissement de ce travail qui s'est alimenté tout au long de sa rédaction.

A. L'ÉVALUATION

L'évaluation est une démarche qui vise à donner de la valeur, prendre du recul, émettre un constat sur une situation, et prendre des décisions, au regard des objectifs de départ et des finalités de l'action.

Évaluer, c'est mesurer le chemin parcouru pour progresser, réajuster, mettre en cohérence. L'évaluation est un outil au service de la démarche de progrès qui s'inscrit dans le souci de l'amélioration continue de nos actions. C'est aussi un outil de clarification et de valorisation auprès des partenaires¹.

L'évaluation est pluri-référentielle, elle englobe et dépasse le contrôle. Elle privilégie le qualitatif sur le quantitatif². Au-delà du contrôle analytique, elle est conçue comme un processus intervenant dans un système ouvert, en évolution, en vue d'en élucider le fonctionnement et l'évolution. Les référentiels s'élaborent dans le processus même de l'évaluation. En ce sens, elle ne peut être que partagée par les acteurs.

I. UN CONCEPT PLURIDISCIPLINAIRE

Au sens étymologique du terme, évaluer vient de « ex-valuere », c'est-à-dire « extraire la valeur de », « faire ressortir la valeur de »³. L'évaluation détermine l'importance d'une action, d'une situation ou d'un produit pour lui attribuer une valeur.

Le mot « évaluer » est apparu au XIV^{ème} siècle dans le *Petit Robert*. Il tirait son origine « d'avaluer », de l'ancien français valué, valeur, prix.

Ce terme d'évaluation, par différentes méthodes et sous différents termes, se retrouve dans plusieurs disciplines.

¹ Agence Nationale des Services à la Personne, (2012). *La démarche qualité dans les services à la personne*. 107 p.

² DEFRESNE Catherine ; RUFIN Frédéric (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} édition, Ed. ARSI, 328 p.

³ ROGIERS Xavier (2010). *L'école et l'évaluation*. 2^{ème} édition, Ed. De Boeck Supérieur, 368 p.

En effet, pour apporter un jugement de valeur sur une action ou une situation, il est nécessaire d'évaluer. Ainsi, on retrouve l'évaluation au sein de l'apprentissage scolaire, des institutions publiques, des établissements et bien encore.

1. La modernisation de l'Etat par les évaluations

S'intéresser à l'évaluation d'un point de vue historique permet de comprendre les pratiques actuelles. À la suite de la seconde guerre mondiale, la pratique de l'évaluation s'est étendue à l'ensemble du monde anglo-saxon et à l'Europe du Nord. En France, il faudra attendre la fin des années 1980 pour que l'évaluation soit identifiée comme une activité spécifique et que l'on prenne la mesure de son rôle potentiel dans la modernisation de l'État.

On peut distinguer deux vagues de l'évaluation⁴. La première correspond aux années 1960-1970 durant lesquelles les professionnels de l'éducation, de la santé et du social ont joué un rôle moteur dans cette phase du développement de l'évaluation. Ils ont proposé une nouvelle conception de l'évaluation fondée sur la comparaison des performances observées et des performances attendues. L'évaluation permettait ainsi de mettre en évidence le décalage entre les objectifs atteints par les élèves et les objectifs fixés par l'institution scolaire. La seconde vague se définit dès 1980, période durant laquelle l'évaluation est liée à la révolution libérale-conservatrice et à la crise fiscale du début des années 1980. À cette époque, l'évaluation a servi à vérifier que les dépenses publiques soient vraiment utiles dans le but de remettre en cause certains programmes jugés inefficaces ou trop coûteux. Dans le même temps, l'avènement des sciences de l'éducation renforce l'idée que l'élève doit être actif et acteur dans ses apprentissages. À partir de ces événements, l'acte d'évaluation prend de plus en plus d'importance et de nouvelles formes d'évaluation voient le jour.

D'après de multiples recherches, nous constatons que l'évaluation, en plus d'avoir évolué au cours de l'Histoire, recouvre une dimension singulière en fonction des contextes sociaux, éducatifs, culturels, économiques et politiques.

Il est important de noter que l'évaluation s'applique à toutes les sphères de la vie.

⁴ PERRET Bernard, (2008). *L'évaluation des politiques publiques*. Ed. La Découverte, 128 p.

De nos jours, l'évaluation fait partie intégrante de la vie administrative et du fonctionnement des institutions démocratiques. Par la modification de l'environnement, l'évaluation s'impose comme étant essentielle.

2. Evaluer ce n'est pas mesurer

La façon de penser l'évaluation a été modifiée par de nombreuses théories et modélisations. Selon LEGENDRE Renald⁵ : « *L'évaluation est une opération qui consiste à estimer, à apprécier, à porter un jugement de valeur [...] Evaluer c'est comprendre, éclairer l'action de façon à pouvoir décider avec justesse de la suite des évènements* ». Nous nous apercevons qu'évaluer, c'est tout d'abord émettre un jugement de valeur en se référant à un ou plusieurs critères qui sont sous la responsabilité de l'évaluateur et qui doivent être connus de l'évalué. L'évaluation s'effectue par la mise en place d'une grille ou d'une méthode comportant des critères éventuellement discutables dans le but de donner de la valeur.

Avant d'être comprise comme une opportunité ou un besoin, l'évaluation est perçue comme un devoir, une pratique plus ou moins imposée. Dans ce cadre, il est important de noter que l'évaluation n'est pas seulement une notion d'écart mais aussi un processus de valorisation, de création de valeur.

L'ensemble des éléments rapportés ci-dessus nous permet de mettre en valeur la deuxième dimension essentielle de l'évaluation : la sélection de critères doit nécessairement s'accompagner d'une décision. L'évaluation doit servir à produire de l'information « éclairante » pour la prise de décisions. Elle doit aider chaque acteur à prendre des décisions dans son champ de compétences en vue d'améliorer la qualité des prestations délivrées. L'évaluation s'inscrit donc dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

L'évaluation n'est pas un concept à envisager au singulier. Elle peut, à plusieurs niveaux, examiner le pilotage, les outils et effets produits d'une politique publique ou encore examiner la qualité et la conformité du travail mené dans un établissement au regard de « l'état de l'art ». Elle peut, notamment, examiner la situation des personnes accompagnées et leur évolution en lien avec les actions mises en œuvre.

⁵ LEGENDRE Renald, (20 février 2006). *Le dictionnaire actuel de l'éducation*. Ed. Guérin Canada, 3^{ème} Ed., 1584 p.

II. L'ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES : UN OUTIL DE PILOTAGE

Dans le cadre de l'institutionnalisation des politiques publiques, les réformes de l'État mettent en place des instances de contrôle et d'évaluation (commissions parlementaires, experts...).

Selon la Société Française de l'Évaluation, la procédure de l'évaluation vise à produire des connaissances sur les actions publiques et leurs effets dans le double but de permettre aux citoyens d'en apprécier la valeur et d'aider les décideurs à en améliorer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la cohérence et les impacts⁶. De plus, l'évaluation contribue à rationaliser la prise de décision publique, c'est une aide à l'adaptation ou à la réorientation des stratégies publiques. Par conséquent, elle doit être décidée, organisée et conduite en vue de l'intérêt général.

L'analyse des politiques publiques en France est récente, son développement peut être daté à partir de 1980, époque à laquelle un certain nombre de ministères se sont dotés de structures chargées d'évaluer leurs actions. Le décret n° 90-82 du 22 janvier 1990 relatif à l'évaluation des politiques publiques instaure l'évaluation dans l'action de l'État en vue « *d'amplifier les initiatives existantes* » et de « *généraliser la politique de l'évaluation dans l'administration* ». Entre autres, ce décret invite les administrations, les collectivités territoriales et les établissements publics à se doter de structures d'évaluation. On peut considérer que l'analyse de politiques publiques est un effort de mise en perspective des choix politiques, des processus d'action à travers lesquels ils sont conduits, des réalisations qui s'ensuivent et des conséquences qui en découlent. En cela, l'analyse des politiques publiques a rendu possible le développement de l'évaluation car elle lui a fourni un cadre de référence, c'est-à-dire une problématique, des concepts et des méthodes.

Le Conseil national de l'évaluation a tracé un cadre déontologique à l'évaluation des politiques publiques en préconisant un dispositif type.

⁶ Société Française de l'Évaluation, (2006). *Charte de l'évaluation – Des politiques publiques et des programmes publics*

Ce dernier est caractérisé par la distinction entre une instance, composée de personnes concernées par l'objet à évaluer, chargée de piloter l'évaluation à la demande du commanditaire, et un prestataire sélectionné, en règle générale, sur la base d'une mise en concurrence devant réaliser l'évaluation conformément à un cahier des charges.

L'essentiel du travail concret des évaluateurs consiste à rassembler, traiter et interpréter des informations en se soumettant aux exigences de la rigueur scientifique. La transparence, l'objectivité, la fiabilité, la neutralité et le dialogue doivent être le cadre de l'exploitation des données servant de base à l'évaluation.

L'évaluation des politiques publiques est un outil majeur de pilotage de l'action publique. Pourtant, cette pratique demeure inégalement développée et reste encore, pour les acteurs publics, en cours d'appropriation et en voie d'institutionnalisation.

1. L'évaluation : un terme pour de multiples fonctions

Nous avons constaté, dans la partie précédente, que l'évaluation est une pratique qui a évolué au fur et à mesure des années et qui a permis de moderniser l'État. Pour être mise en place d'une manière efficace et cohérente, il est important de définir les différentes fonctions de l'évaluation.

En premier lieu, l'évaluation a une fonction de connaissance car elle permet d'accroître les informations disponibles sur une action. Par cette fonction de connaissance, l'évaluation éclaire les agents sur leurs actions et les renseigne sur ses enjeux, ses objectifs, ses moyens et ses résultats en participant au renforcement de leur motivation.

Ensuite, l'évaluation a pour vocation à être partagée, elle contribue notamment à rapprocher les points de vue, à renforcer la communication et à forger une vision commune de l'action évaluée. En améliorant la connaissance qu'ils ont des actions publiques, l'évaluation permet au décideur et au citoyen de porter une plus juste appréciation sur leur valeur de façon à prendre une décision.

Par ces éléments, nous rejoignons les propos de HADJI Charles⁷ qui caractérise l'évaluation de « [...] lecture particulière de la réalité ».

⁷ HADJI Charles, (1992). *L'évaluation des actions éducatives*. Ed. Presses Universitaires de France, 191 p.

En effet, l'évaluation est une forme d'autocontrôle qui permet de vérifier que ce que nous faisons correspond à ce qu'autrui attend de nous, comme à ce que nous attendons de nous-mêmes. Elle permet de prendre la mesure d'une situation et d'agir en conséquence.

Enfin, dans certains cadres, l'évaluation a aussi une fonction justificatrice. Il est possible, par l'évaluation, de montrer la pertinence de certaines structures ou pratiques expérimentales afin d'en attester la pertinence et l'efficacité et de soutenir leur pérennisation, voire leur propagation.

Une fois ces différentes fonctions assimilées, il est cohérent de déterminer les formes et les méthodes d'évaluation à appliquer. Pour assurer la validité du processus d'évaluation, il convient de savoir ce qui va être évalué, de quelle façon et à partir de quels outils. Dans ce cadre, il est possible d'avoir recours à deux formes d'évaluation qui se distinguent en fonction des objectifs à atteindre : l'évaluation formative et l'évaluation sommative.

2. Les deux formes essentielles de l'évaluation

La reconnaissance de deux fonctions bien identifiées de l'évaluation nous est venue de SCRIVEN Michael⁸ au regard de l'évaluation des moyens d'enseignement : l'évaluation formative, pour ce qui est d'ajuster les diverses étapes d'une démarche pendant le processus même d'élaboration d'un produit et l'évaluation sommative, pour ce qui est d'attester de la qualité du produit dans sa phase finale.

L'évaluation formative vise à augmenter les compétences et l'implication des acteurs de terrain, elle n'est pas mise en place de manière positiviste mais de manière qualitative et participative. Cette évaluation s'inscrit dans un processus de contrôle continu, elle est donc étroitement liée à l'apprentissage puisqu'elle permet d'apprendre par l'intermédiaire de l'évaluation. Elle englobe et dépasse le contrôle, elle intervient dans un système ouvert en vue d'optimiser le fonctionnement et de dégager le sens de son évolution. En conclusion, elle a pour but d'améliorer l'efficacité et le fonctionnement d'un système.

À son tour, la fonction sommative présente une dominante quantitative, elle est centrée sur la mesure des résultats dont la visée naturelle est l'aide à la décision.

⁸ SCRIVEN Michael, (1967). *The methodology of evaluation*. Ed. Lafayette, 70 p.

Cette fonction de l'évaluation a pour objectif de faire le bilan des pratiques évaluatives et de leur appropriation par les acteurs. C'est une démarche positiviste dont la fonction est essentiellement institutionnelle : elle vise à contrôler, vérifier, orienter, sélectionner ou tout simplement informer les partenaires d'un système. Lorsque l'évaluation sommative sert à la délivrance d'un « diplôme », elle devient certificative. Elle se concrétise par un classement des personnes évaluées les unes par rapport aux autres.

Cette évaluation révèle donc deux dimensions opposées : la première et la plus communément admise est celle de la « certification » et la deuxième dimension « pédagogique » est, quant à elle, plus favorable aux apprentissages. Cette évaluation permet de concevoir de nouvelles stratégies à partir des difficultés et des erreurs rencontrées.

Il est à noter que le choix de la démarche d'évaluation tient compte de la nature de l'action à évaluer et du contexte politique et réglementaire.

B. LES POLITIQUES SANITAIRE ET SOCIALE

L'évaluation, qui est une notion pluridisciplinaire, s'applique notamment au secteur sanitaire, social et médico-social. Au sein de ces secteurs, tout système qualité a pour finalité la satisfaction des clients, usagers ou patients par l'amélioration de son fonctionnement. Dans ce cadre, l'évaluation est un moment dans cette démarche au cours duquel on mesure les points positifs et ceux à améliorer pour l'atteinte des objectifs fixés. L'évaluation permet une mesure de l'évolution et indique la « capacité » managériale de l'établissement ou de l'entreprise. L'évaluation est pleinement porteuse des questions sur la manière dont les établissements fonctionnent, ce que pose aujourd'hui le pilotage de l'action publique. C'est à ce niveau que reposent tout l'intérêt et la difficulté de l'évaluation.

Dans un contexte où la recherche d'efficacité se fait plus forte, la montée des préoccupations d'évaluation est particulièrement significative dans le champ sanitaire, social et médico-social. Et ce, compte tenu de l'importance des enjeux économiques, sociaux et politiques qui sont au cœur des actions publiques.

La réduction des coûts et l'amélioration de la qualité des prestations sont les deux objectifs prioritaires poursuivis au travers des réformes introduites par les gouvernements successifs⁹.

Dans le secteur social et médico-social, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 a instauré l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Parallèlement, le décret 2007-975 du 15 mai 2007 définit les modalités d'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette évaluation est pratiquée selon un cahier des charges défini par la Haute Autorité de Santé (ex-ANESM).

De leur côté, les établissements sanitaires sont soumis à de nouvelles modalités de financement et doivent appliquer un référentiel d'évaluation (actuellement la V14) établi par la Haute Autorité de Santé qui délivre une indispensable certification.

Il est à se demander s'il existe des différences ou des ressemblances entre ces différentes formes d'évaluation ? De plus, comment évaluer de manière objective compte tenu des facteurs qui interagissent ?

La suite de ce travail de recherche va permettre de répondre à ce questionnement.

I. L'EVALUATION : VERS UNE DYNAMIQUE D'AMELIORATION

Selon la loi 2002-2, rénovant l'action sociale et médico-sociale, tout établissement doit se soumettre à des procédures d'évaluation interne et externe. Ces dernières visent à analyser l'instauration d'outils pour protéger les droits fondamentaux des usagers. Cette loi prévoit un élargissement des missions de l'action sociale et médico-sociale, la diversification des interventions des ESSMS, le respect de l'égalité de tous et l'accès équitable sur tout le territoire. Les autorisations de ces établissements sont accordées pour une période de quinze ans et leur renouvellement est conditionné uniquement sur les résultats de leur évaluation externe.

⁹ BEAUCOURT Christel, (2011). *Le Management des Ressources Humaines dans les Entreprises du Social et de la Santé*, Ed. Management Prospective, 290 p.

De son côté, la procédure de certification mise en place à partir de 1996, s'impose à l'ensemble des établissements de santé publics et privés en application des articles L. 6113-3 et suivants du Code de la Santé Publique. Elle s'applique également aux groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L.6133-7 du CSP ainsi qu'aux réseaux de santé visés à l'article L.6321-1 du CSP.

L'ensemble de ces lois démontre que l'état d'esprit a évolué ces dernières années, passant des réticences du monde professionnel et associatif à l'introduction d'une volonté de changement et d'amélioration de la qualité rendue dans les établissements. Les opportunités présentées par les évaluations ont définitivement pris le dessus sur les freins et les craintes, créant une dynamique pour les réaliser.

II. DEUX SECTEURS DISTINCTS : LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL

Le secteur social et médico-social se définit en fonction des missions qu'il remplit et des types de publics qu'il touche (publics en situation de handicap jeunes et adultes, personnes en difficulté, personnes âgées, petite enfance).

Ce secteur accompagne ces publics avec, comme objectif, l'amélioration de la qualité de leur environnement personnel, social et éducatif. Ce secteur accueille une grande variété de publics et implique donc la mise en place de différentes structures adaptées.

Il existe deux grandes catégories au sein de ce secteur : d'un côté l'accueil avec proposition d'hébergement et de l'autre l'accueil avec activité de services, à domicile ou sur les lieux que fréquente la personne accompagnée.

De son côté, le secteur sanitaire est un domaine qui englobe toutes les professions qui participent à la chaîne des soins. Les professionnels concernés prennent en charge des publics très variés comme les personnes malades ou dépendantes (âgées et/ou en situation de handicap). Ce secteur a pour but l'accompagnement du patient vers un mieux être et/ou vers la guérison.

Le secteur sanitaire, social et médico-social se sont retrouvés distincts par la loi du 30 janvier 1975 et segmentés au regard des besoins des individus.

En effet, tandis que le droit sanitaire s'est tourné vers les personnes dont la santé était menacée ou atteinte, le droit social et médico-social s'est lui, tourné vers les personnes dont l'état de santé n'était qu'un élément parmi d'autres de leurs difficultés sociales. Cette séparation s'est également construite par le droit avec la création de deux systèmes distincts : une spécialisation des structures, deux codes mais aussi deux grandes lois, l'une du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et l'autre, du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Depuis, et ce notamment au regard des évolutions des coûts et des pathologies, on a pu constater un rapprochement certain de ces deux secteurs tant au niveau des droits des usagers qu'au niveau institutionnel. Et puisque cette séparation entraînait des difficultés, notamment quant à l'aménagement des parcours de soins entre établissements de santé et établissements sociaux et médico-sociaux, la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 a reconfiguré le cadre juridique de l'action sociale.

Une certaine reconnexion entre les deux secteurs s'est faite au travers de plusieurs actions. Par la création des Agences Régionales de Santé et par l'intégration des projets du médico-social dans le Projet Régional de Santé. Notamment, par la mise en place de procédures de management identiques à celles des établissements de santé, par l'instauration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et par la fusion entre les autorités sanitaire, social et médico-social.

Les personnes sont ou seront accompagnées durant leur vie à ces différents secteurs en même temps ou à des moments différents. En effet, la complémentarité entre le secteur social, médico-social, sanitaire et ambulatoire est primordiale.

1. Evaluation et certification : 2 notions distinctes

Rappelons comme cité précédemment que « *L'évaluation est une opération qui consiste à estimer, à apprécier, à porter un jugement de valeur [...]* »¹⁰. Pour pouvoir apporter ce jugement, les établissements et structures se réfèrent à des critères émanant des autorités desquelles ils dépendent. Ainsi, dans le cadre de l'évaluation interne, les critères sont déterminés au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé de manière implicite et participative.

¹⁰ LEGENDRE Renald, (20 février 2006). *Le dictionnaire actuel de l'éducation*. Ed. Guérin Canada, 3^{ème} Ed., 1584 p.

Ces critères font directement référence au projet d'établissement et au cadre de la mission définie par l'autorisation. Il s'agit, au travers de ces recommandations, de mettre en valeur les points forts et d'apprécier les écarts soulevés pour en dégager des axes d'amélioration de la qualité rendue à l'utilisateur.

Contrairement à la certification, l'évaluation interne ou externe, contribue à une démarche autonome d'appréciation de l'activité et de la qualité des prestataires en vue d'éclairer les décisions de l'établissement. La certification est, elle, une activité plus codifiée : *« constitue une certification de produit ou de service [...] l'activité par laquelle un organisme [...] atteste qu'un produit, un service ou une combinaison de produits et de services est conforme à des caractéristiques décrites dans un référentiel de certification »*¹¹. En effet, la certification a vocation à obtenir un « diplôme » attestant de la conformité des procédures à un cahier des charges préalablement établi et dont l'organisme certificateur est garant.

Dans le secteur social et médico-social, certaines démarches proches de l'évaluation externe peuvent être considérées comme équivalentes à la certification dès lors qu'elles ont le même objet et respectent les mêmes exigences. Un décret du 30 janvier 2012 prévoit les conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe par la Haute Autorité de Santé : *« sont prises en compte les certifications [...] réalisées par un des organismes mentionnées à l'article L.115-8 du code de la consommation [...] »*.

Depuis 2013, différents arrêtés ont reconnu une correspondance plus ou moins forte entre certains référentiels de certification et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes¹².

Plusieurs gestionnaires d'établissements rencontrés par la mission de l'inspection générale des affaires sociales lors de l'enquête ARS 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 les deux procédures¹³.

¹¹ Article L115-27 du code de la consommation

¹² Haute Autorité de Santé (Avril 2018). *Outils et textes de référence relatifs à l'évaluation*

¹³ HESSE Catherine ; LÉCONTE Thierry, (2017). Rapport - *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*. 224 p.

Cependant, depuis le mois de mai 2018, quatre organismes de certification ont obtenu une correspondance entre la certification et l'évaluation externe permettant ainsi aux services à la personne de procéder à la certification de leurs activités tout en étant exemptés de cette évaluation.

Par ces éléments, il est maintenant plus clair de distinguer l'évaluation de la certification. Les deux modes d'évaluation sont régis par une législation mais n'ont pas la même visée.

2. Application de l'évaluation au sein des deux secteurs

Dans le secteur social et médico-social, l'évaluation est définie comme « *un procédé qui doit permettre à l'institution et à l'ensemble des membres de son équipe d'entreprendre une démarche collective continue d'amélioration de la qualité* »¹⁴. L'objectif de l'évaluation est de porter un regard critique sur le projet d'établissement afin d'en mesurer les écarts et les points forts. Pour ce faire, les professionnels doivent s'approprier ce regard et analyser collectivement les conséquences des actions menées sur les usagers.

L'objectif premier d'une évaluation est d'améliorer le fonctionnement d'un établissement ou d'un service tout en répondant à une obligation réglementaire.

Ainsi, l'évaluation est aussi bien en termes d'adéquation aux demandes et attentes des usagers, que d'efficacité et d'utilité.

L'évaluation s'étend à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux cités par l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Sont inclus les secteurs de l'enfance et de l'enfance handicapée (CAMSP, IME, ITEP), des personnes adultes handicapées (MAS, FAM, ESAT), des personnes âgées (EHPAD) ou encore des personnes en difficultés spécifiques (CSAPA, CAARUD). La liste des établissements soumis à l'évaluation est mentionnée à l'article L312-1 du CASF.

L'évaluation des ESSMS, par son caractère obligatoire, implique un certain nombre d'enjeux.

¹⁴ Circulaire n°398 du 21 octobre 2011

Sont inclus la reconnaissance des droits des usagers, l'amélioration de leur accompagnement et la possibilité offerte aux établissements et aux services de s'engager dans une démarche d'amélioration pérenne (calendrier des évaluations, envoi de rapports aux autorités compétentes).

Quant à la certification, elle 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. Dans son objectif politique, la certification permet d'avoir un regard sur le niveau de qualité suffisant ou non d'un établissement. Cette procédure, s'appliquant à l'ensemble des établissements du secteur sanitaire, est définie par un enjeu très clair : l'évaluation certificative. En effet, l'objectif à travers cette démarche est d'obtenir un « diplôme » attestant de la conformité des services délivrés.

L'ensemble des informations recueillies permettent de mettre en valeur un point essentiel : les deux secteurs appliquent une procédure d'évaluation dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité de leurs prestations. Cependant, la méthodologie, la réglementation et la visée divergent pour ces deux secteurs.

a. Evaluation interne et externe

L'évaluation interne, effectuée tous les cinq ans, est une démarche globale qui évalue la pertinence du positionnement de l'établissement ou de la structure dans son environnement ainsi que la cohérence entre les objectifs qui ont été fixés, les moyens alloués et les résultats obtenus.

Pour procéder à son évaluation interne, un ESSMS peut s'appuyer sur un référentiel d'évaluation parmi les outils existants ou l'adapter, voire le créer. Pour ce faire, il est nécessaire de se référer au périmètre de l'évaluation interne tel qu'il a été défini par la Haute Autorité de Santé dans sa recommandation de bonnes pratiques professionnelles de juillet 2009.

Un cas particulier s'observe pour les services soumis à agrément avec droit d'option. Ces derniers ne procèdent pas à l'évaluation interne mais doivent répondre aux exigences du cahier des charges relatif à l'agrément.

De même, l'évaluation externe a été introduite par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Le cahier des charges de cette évaluation est axé autour de quatre objectifs : porter une appréciation globale, examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne, examiner certaines thématiques et élaborer des propositions et/ou préconisations. Ce cahier des charges est le même pour tous les ESSMS. Cependant, il a été rédigé de façon à ce que les spécificités de chaque établissement ou service soient respectées. L'évaluation externe s'effectue une première fois sept ans après la date initiale d'autorisation ou d'agrément, et une deuxième fois deux ans avant la date de son renouvellement.

Etant donné leur complémentarité, les évaluations interne et externe font toutes deux parties du cycle de l'amélioration continue d'un établissement. Ces deux types d'évaluation ont pour finalité d'améliorer la qualité de service mais ne sont pas conduites par les mêmes acteurs, ni réalisées de la même manière. Elles s'effectuent sur une période longue pour l'évaluation interne et plutôt courte pour l'évaluation externe. Les deux évaluations répondent à des calendriers réglementaires¹⁵ et même si les champs à évaluer sont identiques, l'une intervient à la suite de l'autre.

En d'autres termes, l'évaluation interne est un regard de l'établissement sur lui-même. Celle-ci sera suivie par l'évaluation externe, réalisée par un organisme habilité par la HAS, qui aura un regard objectif sur l'établissement.

b. La procédure de certification

La certification, qui relève de l'évaluation sommative, possède un certain nombre de critères pour certifier et pouvoir éventuellement « supprimer les mauvais éléments » en cas de non-respect majeur de ces critères. Cette certification est accordée à l'établissement selon la note qu'il aura obtenue¹⁶.

Au sein de ce secteur, dès 2012, la Direction Générale de l'Offre de Soins et la Haute Autorité de Santé ont expérimenté un dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) dans l'optique d'accorder une dotation complémentaire aux établissements les plus exemplaires en la matière.

¹⁵ Cf. Annexe I : Calendrier réglementaire des évaluations

¹⁶ Cf. Annexe II : Notation de la certification

Concrètement, cette dotation est attribuée aux établissements ayant obtenu les meilleurs résultats aux indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins ou ayant le plus fortement progressé.

L'objectif du dispositif est de rémunérer l'excellence et les efforts des établissements de santé sur le champ de la qualité et de la sécurité des soins.

Par conséquent, au-delà de l'obligation réglementaire se trouve un enjeu financier pour les établissements évalués. Néanmoins, tout comme dans le milieu social et médico-social, ce dispositif a pour objectif d'améliorer de façon continue la qualité des soins et des prestations délivrées par les établissements de santé. Les étapes de la démarche qualité envisagées précédemment s'appliquent sur le même modèle au sein des établissements de santé.

3. Une autorité publique commune

Créée en 2007, l'Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux a fonctionné sous la forme d'un Groupement d'Intérêt Public. Début 2016, l'ANESM avait rejoint les locaux de la HAS et les deux organismes partageaient certaines fonctions support (paie, passation des marchés publics, comptabilité). Au 1er avril 2018, ce GIP a été supprimé et une commission de la HAS a repris ses principales missions : établir et diffuser les procédures, les références et les recommandations auprès des établissements et services concernés, donner un avis sur les conditions et modalités de l'habilitation des organismes chargés de l'évaluation externe et se prononcer sur les conditions de radiation de la liste des organismes évaluateurs.

En ce sens, JULIENNE Katia ¹⁷, déclare que « *la HAS étudiera les modalités de mise en œuvre de l'élaboration d'un cadre minimum de référence pour l'évaluation interne, adapté à chaque catégorie d'ESSMS [...]* ». Il s'agit ici de conserver les spécificités de chacun et de les articuler. En outre, la HAS pourra mettre en place une procédure permettant de s'assurer de la validité des rapports d'évaluation externe des organismes habilités.

¹⁷ Katia JULIENNE, Directrice de la Haute Autorité de Santé, Assemblée Nationale, le 7 mars 2018

Enfin, au-delà d'une simple fusion-absorption, c'est l'avenir de la dynamique évaluative lancée par la loi du 2 janvier 2002 qui se joue afin de renforcer la complémentarité des approches de la qualité dans le secteur sanitaire, social et médico-social, assurer un partage méthodologique et favoriser un pilotage transversal plus efficient.

a. Les organismes habilités : un marché hétérogène

L'évaluation de l'ensemble des ESSMS demande une forte mobilisation des ressources humaines, ce qui a obligé la HAS à élargir les critères de recevabilité à l'habilitation. L'habilitation des organismes chargés de procéder l'évaluation externe est une procédure simple, dans laquelle le contrôle a priori est limité. Ce choix s'explique, d'une part, par le nombre important d'établissements à évaluer, qui implique un fort recrutement d'évaluateurs dont il serait difficile d'évaluer les compétences en amont. Il se justifie, d'autre part, par le fait que ce sont les organismes, non les évaluateurs, qui sont habilités. Ce sont donc les organismes eux-mêmes qui, une fois habilités, choisissent leurs évaluateurs à chaque nouvelle mission d'évaluation. Cependant, c'est l'établissement qui a pour charge de mettre en concurrence ces différents organismes habilités avant de choisir celui qui procédera à son évaluation. Ce dernier sera celui qui se sera montré mieux-disant en termes de prix, de qualité, de contenu et de méthodologie.

Le contrôle des organismes s'effectue après l'habilitation et essentiellement lorsque l'activité d'évaluation externe a démarré. Il se fonde sur l'idée que ce contrôle ne porte pas sur la faculté des évaluateurs à mener à bien une future mission. Cette vérification est axée sur les conditions de réalisation de cette dernière, c'est-à-dire sur la capacité de l'organisme ou de ses évaluateurs à tenir les engagements pris et à respecter le cahier des charges de l'établissement ou du service évalué.

Au sein du secteur social et médico-social, les organismes habilités ne sont pas systématiquement contrôlés car le marché se régule de lui-même par le retrait soit à la demande de l'autorité publique soit à la demande de l'organisme lui-même.

Par conséquent, le secteur social et médico-social se retrouve avec un marché des organismes habilités n'ayant pas forcément d'expérience dans le milieu de l'évaluation de ce même secteur.

Ainsi, comment garantir aux structures qui les choisissent comme évaluateur, la qualité de leur travail et la pertinence ainsi que l'exhaustivité de leur évaluation ? Ce questionnement rejoint les propos de DEJOURS Christophe : « [...] *On évalue, on quantifie, avec force méthodes objectives. Malheureusement on ne sait pas ce qu'on évalue puisqu'on ne sait même pas décrire le travail qu'on prétend mesurer* »¹⁸.

L'ensemble de ces éléments et propos vont dans le sens des nouveaux objectifs fixés par la HAS lors de la reprise des missions de l'ANESM.

b. L'expert-visiteur mandaté

L'expert-visiteur est un professionnel de santé expérimenté (médecin, pharmacien, directeur, soignant et autres cadres hospitaliers) exerçant en établissement de santé et qui est mandaté par la HAS pour réaliser les visites de certification. Il occupe un poste d'encadrement avec implication dans des projets qualité, gestion des risques et justifie d'une expérience professionnelle d'au moins 10 ans. Son rôle est de réaliser les visites de certification en équipe de 2 à 7 experts-visiteurs de catégories professionnelles différentes en suivant la procédure définie par la HAS.

L'autorité, dans son processus de recrutement, faire suivre aux candidats retenus, un parcours de formation initiale. Cette dernière inclut un premier module de formation et une visite dite « tutorée », guidée par un expert-visiteur « tuteur » expérimenté et issu de la même catégorie professionnelle. Une fois la formation validée, l'expert-visiteur s'engage à réaliser 4 visites par an pendant 3 ans et à perfectionner ses connaissances en formation continue, présentielle ou à distance.

En appui de ces différents éléments, nous pouvons percevoir la différence de méthode d'évaluation des deux secteurs. L'une connaît un cadre sélectif et encadré tandis que l'autre fait partie d'un marché qui s'autorégule. Cependant, il ne faut pas négliger la différence initiale entre les deux secteurs, leurs objectifs, fonctionnement et diversité.

¹⁸ DEJOURS Christophe, (2003). *L'épreuve du travail à l'épreuve du réel – Critique des fondements de l'évaluation*. Ed. Quae, Paris, 84 p.

4. Le référentiel : un outil de référence pour les établissements

Un référentiel est un outil servant de guide pour la construction et la vérification d'un système.

Concernant la définition du référentiel, la HAS formule plusieurs propositions, reprises notamment dans sa recommandation portant sur l'évaluation interne. Celle-ci répertorie quatre objectifs génériques fondamentaux, à partir desquels il est possible de décliner, pour chaque établissement, des objectifs spécifiques. Ces objectifs sont les suivants : la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale ; la personnalisation de l'accompagnement ; la garantie des droits et la participation des usagers ; la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers. Ces objectifs s'adressent à tous les ESSMS et tous doivent se les approprier car ils servent de trame à leurs référentiels d'évaluation.

La définition du référentiel servant de cadre à la démarche d'évaluation s'effectue en quatre étapes. Premièrement, il faut définir les thèmes de l'établissement, c'est-à-dire ses domaines d'application principaux qui sont à relier aux quatre objectifs génériques proposés par la HAS dans sa recommandation sur l'évaluation. Deuxièmement, au sein de ces thèmes, des références spécifiques doivent être déterminées, elles peuvent être conçues comme des attentes, des exigences, ou des objectifs spécifiques à atteindre. Troisièmement, au sein de ces références s'élaborent des critères, c'est-à-dire des énoncés plus précis de moyens ou d'actions permettant de satisfaire les références préalablement définies. Enfin, dernièrement, sur la base de ces critères peuvent être définis des indicateurs objectifs permettant de mesurer les effets de la démarche d'un point de vue quantitatif. Grâce à la définition de l'ensemble de ces étapes, il est par la suite plus simple de choisir les actions à entreprendre en priorité, puis de mesurer périodiquement à l'aide de ce même référentiel les progrès réalisés.

Concernant la formulation des objectifs et des critères, la HAS propose de les énoncer sous une forme interrogative, l'ensemble du référentiel constituant dès lors un questionnaire évaluatif¹⁹.

¹⁹ Haute Autorité de Santé, (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*

Entre autres, le référentiel sert à rendre compte de façon précise et exhaustive de la situation et du fonctionnement d'un établissement.

Pour réaliser l'évaluation interne, les ESSMS ont été confrontés à la nécessité de se doter de référentiels destinés à traduire les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS. Ces référentiels sont construits en groupe de travail impliquant l'ensemble des équipes d'un établissement.

Cependant, la création d'un référentiel « personnalisé » relève un problème de fond car les établissements ne peuvent être comparés entre eux. Il est sans oublier que cette évaluation ne poursuit pas la finalité de la certification car le but est de pousser les acteurs à avoir une démarche réflexive sur ce qu'ils font.

Toujours au sujet des référentiels l'IGAS, en 2016, dans un rapport²⁰, souligne l'absence d'un référentiel national d'évaluation. Selon ce rapport, un référentiel national permettrait l'obtention d'un socle commun tout en prenant en compte les spécificités des structures. En effet, aujourd'hui il existe presque autant de référentiels que d'établissements. Ainsi, l'absence de référentiel induit un questionnement sur le nombre de méthodologies mises en place dans le cadre d'évaluation. Y-a-t'il autant de méthodes que d'organismes ? Même si des notes de cadrage peuvent exister, les établissements sont libres d'appliquer leurs propres méthodologies. Et cela, avec leurs propres niveaux de jugement sans aucune limitation et aucune concertation.

A contrario, la certification des établissements sanitaires est réalisée sur la base d'un manuel de certification délivré par la HAS à ses experts-visiteurs en vue de l'évaluation des établissements. La procédure de certification a évolué à chaque fois (V1, V2, V2010) afin de s'adapter aux besoins des établissements et intégrer de nouvelles exigences. La quatrième procédure (V2014) s'appuie sur le même manuel que la précédente mais utilise des outils d'investigation différents dans le cadre des visites. Selon BERARD François²¹ : *« L'idée est de passer d'une évaluation d'une qualité formelle à une évaluation de la réalité des prises en charge ».*

²⁰ HESSE Catherine ; LÉCONTE Thierry, (2017). Rapport - *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*. 224 p.

²¹ BERARD François, (Juillet 2014). Lettre d'Information de la HAS, N°40

En ce sens et pour la certification V2020, la HAS prévoit un manuel de certification simplifié, un recentrage sur des objectifs directement en lien avec la prise en charge du patient et une diminution du nombre de critères. Le nouveau dispositif sera développé en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes²².

L'ensemble de ces éléments permet d'effectuer un état des lieux des outils de référence dans le cadre d'une évaluation.

Pour l'un, l'outil est une manière de rendre acteurs les membres de l'établissement ou de la structure et pour l'autre, l'outil constitue une base unique et imposée.

Concluons pour cette partie que le secteur sanitaire, social et médico-social a des modes d'évaluation distincts. Et pourtant, le point commun entre ces deux procédures est évident: améliorer la qualité du service rendu aux personnes prises en charge.

²² Haute Autorité de Santé, (Mai 2018). Communiqué de presse

PARTIE 2. METHODOLOGIE

L'évaluation, tout comme exposée précédemment, est une démarche en lien avec les politiques publiques. Cette démarche est appliquée selon différentes méthodologies au sein du secteur sanitaire, social et médico-social. L'évaluation, au sein de ces mêmes secteurs, est une procédure relevant d'obligations réglementaires.

Le secteur social et médico-social, par la récente fusion HAS/ANESM, va voir son mode d'évaluation évoluer d'ici 2020 selon les travaux en cours au sein de la HAS. En outre, il est question dans ce mémoire de rendre compte de la situation actuelle de la méthodologie des ESSMS lors de leurs évaluations. Plus précisément, l'outil d'évaluation qu'est le référentiel est au cœur de ce travail de recherche.

Or, pour faire un état des lieux qui reflète au mieux la réalité, il est fondamental de procéder à de multiples recherches qui nécessitent différentes méthodologies. Tout au long de cette approche méthodologique, les techniques et outils utilisés seront exposés. L'ensemble du travail élaboré sera explicité afin de rendre compte de l'enrichissement de ce mémoire.

A. CHOIX D'UNE APPROCHE METHODOLOGIQUE

Pour déterminer la problématique de ce mémoire, il a été primordial de se baser sur la réalité du terrain en relation avec l'ensemble des informations recueillies.

La partie empirique d'un mémoire se compose de recherches. Elles peuvent être menées sous forme d'étude qualitative ou quantitative.

La méthode quantitative permet de prouver ou démontrer des faits. Les résultats d'études quantitatives sont souvent exprimés en chiffres.

La méthode qualitative est de son côté plus descriptive et se concentre sur des interprétations, des expériences et leur signification. Les résultats d'études qualitatives sont généralement exprimés avec des mots.

Tout au long du travail de méthodologie, ces deux grandes méthodes apparaissent et se complètent.

L'objectif d'utilisation de ces deux méthodes est de fournir une description complète et détaillée du sujet de recherche pour ensuite détenir une image plus claire de la réalité de terrain.

I. LES METHODES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

Tandis que la recherche quantitative bénéficie d'une certaine reconnaissance, les études qualitatives sont toujours plus ou moins controversées dans l'esprit des chercheurs. Les études qualitatives sont au plus près des personnes et du terrain, elles permettent de mettre en avant des faits, des signaux ou encore des mécanismes sociaux, contrairement aux approches quantitatives²³.

A l'opposé ou en complément aux méthodes quantitatives qui analysent les corrélations statistiques, les études qualitatives permettent d'interpréter et de comprendre les mécanismes des individus par l'analyse de leurs comportements. Par les problématiques d'aujourd'hui, le qualitatif trouve tout son intérêt dans la société. L'intérêt majeur d'utilisation de ces études est qu'elles permettent d'appréhender au mieux les disparités qu'il peut y avoir entre ce que disent, ce que pensent et ce que font les individus.

Il faut rappeler que les études qualitatives ne sont pas plus ou moins pertinentes que les études quantitatives, tout cela dépendant de la finalité de l'étude. De plus, la distinction radicale, voire l'opposition, entre approches, méthodes ou données quantitatives d'une part, qualitatives d'autre part paraît peu fondée théoriquement. Loin de s'opposer, qualité et quantité se complètent.

II. LES TECHNIQUES DE RECUEIL DE DONNEES

La méthodologie de cette étude se compose de trois techniques propres aux méthodes qualitative et quantitative. Tout d'abord, il a été question d'effectuer des recherches concernant les thèmes se rattachant à la problématique définie.

Un certain nombre de mémoires, articles, textes réglementaires ont aidé à fructifier ce travail et à collecter un grand nombre d'informations.

²³ BRECHON Pierre. *Presses universitaires - Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. 14 p.

Dans ce même travail de recherche, il a été nécessaire d'effectuer une étude, un tri et une comparaison des référentiels d'évaluation existants. Cette étude comparative a permis de faire le choix du document servant de base au travail de création d'un référentiel unique. Il s'en est suivi le second travail qui a consisté en la création d'un référentiel d'évaluation commun au secteur social et médico-social.

Enfin, le dernier travail, en parallèle de la création du référentiel d'évaluation, qui est propre à une méthode qualitative, concerne l'entretien individuel semi-directif.

L'ensemble des techniques choisies ont l'avantage d'être complémentaires et permettent d'accéder à différents angles de vue de la problématique. Cette partie méthodologique du mémoire va mettre en valeur les diverses étapes de ces procédés.

1. L'étude comparative

L'étude comparative est une méthode qui permet, dans le cadre d'un travail, de comparer des éléments entre eux. Elle peut être définie comme un outil d'aide à la décision qui repose sur un travail de collecte, d'analyse et de comparaison d'informations avec une finalité donnée. Or, toutes les analyses comparatives ne poursuivent pas les mêmes finalités, et ce faisant, elles n'impliquent pas toutes le même degré de difficultés de collecte de l'information. C'est pourquoi, il convient à titre préalable, d'appréhender les différentes réalités que peut recouvrir la notion d'analyse comparative afin de cerner la méthodologie à suivre dans le cadre de cette étude.

Sous la dénomination « Benchmarking », cette étude est une technique d'évaluation comparative des produits ou des méthodes de la concurrence²⁴. La technique du Benchmarking est sans aucun doute un des modes d'analyse comparative les plus laborieux et complexe, dans la mesure où l'accès à l'information est plus difficile.

L'information collectée pour réaliser ce type d'étude peut alors prendre diverses formes. Le choix d'une méthode de collecte dépend de l'objet et du but du comparatif. Quelle que soit la forme qu'elle puisse revêtir, l'étude comparative est toujours un produit au coût de réalisation élevé, de plus elle nécessite souvent une double compétence du chargé d'étude.

²⁴ ETTORCHI-TARDY A. ; LEVIF M. ; MICHEL Ph. (2011). *Le Benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé*. Ed. CNAMTS. 48 p.

Dans le cadre particulier de cette étude, l'analyse comparative a servi de base de travail. Ainsi, une attention particulière et un temps conséquent y ont été dédiés.

2. L'entretien individuel

GRATIWZ Madeleine²⁵ définit l'entretien comme un « *procédé d'investigation scientifique qui utilise un processus de communication pour recueillir des informations en rapport avec le but fixé* ». L'entretien se différencie du questionnaire, en effet, le contact direct ainsi que la faible directivité du chercheur sont de nature à encourager l'interviewé à construire sa pensée. Ce n'est donc pas un interrogatoire mais bien un procédé qui permet de recueillir le témoignage verbal d'une personne. Pour y parvenir, le chercheur doit donc adopter une position neutre.

Pour les entretiens, il a été intéressant d'opter pour des entretiens individuels semi-directifs en face-à face ou par téléphone. Dans ce type d'entretien, qui n'est pas directif, la discussion est orientée par de multiples techniques comme la reformulation ou encore les relances. Le but dans cette méthode est de laisser le répondant s'exprimer tout en restant centré sur le sujet que l'interviewer veut explorer. Ces entretiens donnent la possibilité d'entrer au cœur des pensées des individus et de comprendre leur raisonnement. Il s'agit donc de poser des questions ouvertes qui incitent le répondant à se dévoiler et de faire émerger des sujets auxquels nous n'avions pas pensé au départ.

La force de ce type d'entretien est que l'on peut vérifier tout ce qui est dit par le biais des entretiens suivants qui donneront d'autres angles de vue de la problématique. Les réponses sont donc confrontées les unes aux autres en vue d'arriver à une répétition globale.

Pour être efficace, ces entretiens doivent être préparés au préalable. Un guide d'entretien doit être mis en place avant la phase de terrain afin de pouvoir l'orienter comme il le faut et de détenir le plus d'informations nécessaires en lien avec le sujet.

L'élaboration du guide d'entretien est donc une étape primordiale et c'est pourquoi il est nécessaire d'expliquer comment il a été constitué et quelles évolutions lui ont été données au fur et à mesure de la progression dans la recherche.

²⁵ GRATIWZ Madeleine (2001). *Méthodes des sciences sociales*. 11^{ème} éd., Dalloz, p.644

III. ELABORATION D'UN GUIDE D'ENTRETIEN

Un guide d'entretien est un document structuré par thèmes et questionnements d'approfondissements. Il consiste en une trame de questions souples qui traduisent les interrogations de la problématique et les articulent en différents thèmes.

L'entretien doit permettre de mettre en avant des points en lien avec la problématique posée pour l'étude. Dans ce cadre, le guide sert à orienter et recadrer si nécessaire en définissant les grandes lignes et les points à aborder tout au long de l'entretien.

Dans le guide d'entretien, la formulation des questions doit permettre au répondant de s'exprimer librement. En effet, il faut chercher à faire parler les personnes interviewées autour des différents thèmes prévus.

Le guide n'est pas une fin en soi, il sert juste à orienter l'entretien et à le recadrer si nécessaire. Cependant, il doit tout de même être structuré afin de pouvoir mener l'entretien dans le sens désiré.

Le guide d'entretien est donc une « check-list » qui permet de ne pas omettre d'étapes durant l'entretien. Ainsi, il est sûr que tous les thèmes seront traités par l'interviewer et le répondant. Le guide représente une base de travail commune qui permet la comparaison des réponses et facilite par la suite l'analyse des résultats.

1. Les thèmes choisis

Le guide d'entretien est structuré autour de thèmes définis au fur et à mesure de l'avancement de la recherche²⁶. Chaque thème regroupe une suite de questions permettant une série de relances afin d'approfondir les réponses. Le guide d'entretien débute par des questions générales, auxquelles il est facile de répondre pour ensuite aller au cœur du sujet : le référentiel d'évaluation de l'établissement ou de la structure.

Tous les entretiens menés ont toujours commencé par la présentation des personnes et de leurs établissements ou structures. Ces questions, basiques, permettaient de mettre en place un dialogue autour de choses simples avec le répondant.

²⁶ Cf. Annexe III : Guide d'entretien individuel

Par la suite, il a été intéressant de questionner le répondant sur le concept de l'évaluation ainsi que sur la vision qu'il en avait.

Grâce aux questions préalablement posées, nous pouvions aborder le cœur du sujet : le référentiel d'évaluation. La personne interrogée a pu s'exprimer sur l'outil utilisé en interne ainsi que sur le choix de celui-ci.

Enfin, l'ensemble de ces points ont permis d'amener la discussion autour du référentiel nouvellement créé dans le cadre de cette étude. Les entretiens ont ainsi été riches car ils ont permis à l'interviewer et au répondant d'enrichir ce travail.

2. L'évolution du guide

Dans une logique d'adaptation, le premier guide, très général, a été modifié au fur et à mesure des entretiens.

Par conséquent, les discussions ont pu être ciblées grâce à ce qui avait dit lors des premiers entretiens. Le guide évolue en fonction de la pertinence effective des questions qui est relevée dès les premiers entretiens.

L'évolution du guide permet de répondre au plus proche de la problématique en affinant les questions au fur et à mesure des entretiens menés.

B. L'ECHANTILLONNAGE

L'échantillonnage est un processus qui permet de faire le choix de la segmentation de la population pour l'observer et l'étudier.

L'échantillonnage en recherche qualitative est une technique qui est réalisée avec un objectif particulier. Il est composé de personnes sélectionnées permettant une analyse approfondie des questions relatives aux buts de l'étude.

La taille de l'échantillon est déterminée par plusieurs facteurs. Elle peut l'être en fonction de la nature de l'étude, de la méthode d'analyse et de la limite dans le temps.

I. LA POPULATION MERE

La population mère peut être définie comme l'ensemble de tous les individus qui ont des caractéristiques précises en adéquation avec les objectifs de l'étude. La large population permet d'explorer la plus grande diversité possible du sujet étudié.

Cette diversité donne de la richesse aux données recueillies. En effet, plus la population mère est diversifiée, plus les possibilités de connaissances sont grandes²⁷.

Dans le cas de cette étude, le sujet cible exclusivement le secteur social et médico-social. La population mère est donc constituée des établissements du secteur social et médico-social.

Le secteur social et médico-social étant très diversifié²⁸, il a été nécessaire de définir un certain nombre d'établissements à interroger. La stratégie a été de prendre contact avec divers établissements selon une logique géographique et de détenir au bout du compte l'ensemble du public pris en charge par ce secteur (petite enfance, personnes âgées, enfants et adultes en situation de handicap).

II. LA CONSTRUCTION DE L'ECHANTILLON

L'échantillon peut être défini comme un sous-ensemble d'éléments d'une population donnée. Ainsi, l'échantillonnage relève du fait de choisir ou sélectionner la partie d'un ensemble.

Dans la recherche qualitative, le but est que chaque entretien supplémentaire apporte des idées, des notions nouvelles³⁰. En effet, on cherche à valider des idées et en trouver des nouvelles afin de les explorer.

Dans cette étude, les entretiens se sont déroulés dans certains cas en face-à-face et dans d'autres par téléphone. L'ensemble des établissements ayant été interrogé est regroupé dans le tableau qui suit.

²⁷ Institut National d'Etudes Démographiques. Méthodologie d'enquête - *Aspects statistiques*

²⁸ Cf. Annexe IV : Liste des établissements et services sociaux et médico-sociaux

³⁰ LUGEN Marine. *Petit guide de méthodologie de l'enquête*. Université libre de Bruxelles. 28 p.

ETABLISSEMENT	TYPE D'ETABLISSEMENT	TYPE D'ENTRETIEN
L'Eveil	Institut médico-éducatif	Face-à-face
La Rosaraie	Institut médico-éducatif	Téléphonique
Papillons Blancs de Roubaix-Tourcoing	Association pour personnes en situation de handicap mental	Face-à-face
La Gerlotte	Maison d'accueil spécialisée	Face-à-face
Martine Marguettaz	Maison d'accueil spécialisée	Téléphonique
Les Camanettes	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes	Face-à-face
Saint-Antoine de Padoue	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes	Téléphonique
Saint-Jean	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes	Téléphonique

Tableau 1 : Echantillon de l'étude

Au total, ont été comptabilisées 7 heures 30 d'entretiens individuels. L'ensemble de ces entretiens a été retranscrit sur 19 pages.

Grâce à l'ensemble de ces entretiens, la problématique a pu être explorée. Le nombre d'entretiens se justifie notamment par le fait que les éléments se répétaient. Les divers points de vue autour du problème ont permis de faire le tour de la problématique. Ce phénomène se nomme la saturation empirique et théorique.

III. LE CRITERE DE SATURATION

Lors de la démarche d'échantillonnage, il n'est pas possible de connaître à l'avance le nombre exact d'entretiens à réaliser pour recueillir ses données. C'est lorsque la recherche est terminée que l'on s'en rend compte. La saturation montre que les objectifs de recherche ont été atteints et que les données recueillies sont telles qu'aucune autre donnée supplémentaire ne pourra apporter d'idées nouvelles. Par conséquent, il est nécessaire d'arrêter d'effectuer des entretiens car ils ne sont plus productifs d'idées complémentaires pour l'analyse.

Au bout du quatrième entretien mené, les notions de saturation empirique et théorique ont fait leur apparition. Les idées commençaient alors à se répéter et aucune information supplémentaire n'est apparue lors du codage.

La démarche d'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux est désormais claire et chaque explication se rejoint quel que soit l'établissement ou la structure dans lequel se déroule l'entretien. Cependant, le reste des entretiens a été mené à bien afin de confirmer l'ensemble des informations recueillies et de mettre un point final à la partie terrain.

C. LA COLLECTE DE DONNEES

Les données représentent l'ensemble des informations, des mesures et des observations que l'on recueille afin de leur faire subir des traitements et interprétations qui conduiront à des réponses aux questions de départ. Grâce à ces données, il est possible de donner des explications et/ou des significations à l'étude menée.

La collecte de données s'effectue en fonction des instruments de recherche retenus pour étudier la problématique posée.

Dans le cas de cette étude, ont été utilisés l'étude comparative et l'entretien individuel. Il a été nécessaire, dans un premier temps, de procéder à une analyse de l'existant. Cette dernière a permis la création du référentiel d'évaluation qui a été soumis aux établissements et structures ayant accepté de participer aux entretiens. Le but étant de faire réagir les personnes rencontrées sur la méthodologie de l'évaluation et plus précisément sur l'outil utilisé dans cette démarche.

I. L'ANALYSE COMPARATIVE

Les référentiels permettent d'établir un diagnostic d'auto-évaluation indispensable dans la mise en œuvre d'une démarche qualité au sein d'un établissement³¹. Actuellement, il n'existe aucune obligation législative ou réglementaire obligeant l'utilisation d'un référentiel type pour l'évaluation des ESSMS.

³¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, (2002). *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*. 77 p.

Jusqu'à aujourd'hui, aucun référentiel d'évaluation destiné à traduire les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS n'a été proposé aux ESSMS au niveau national³².

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. Pour la mise en place des évaluations, les structures ayant besoin d'un soutien se tournent vers des référentiels existants et les associations se tournent vers les fédérations auxquelles elles adhèrent.

Certains établissements ne bénéficiant d'aucune aide extérieure et par faute de moyens financiers ne peuvent acheter un référentiel.

Ainsi, un certain nombre de facteurs entrent en compte dans la mise en œuvre de l'évaluation : contraintes de temps, de moyens financiers, d'organisation, de priorités, d'événements imprévus, de difficultés de lisibilité des textes réglementaires et des RBPP de la HAS.

L'inspection du contrôle dans son rapport³³, regrette l'absence de référentiel commun pour l'évaluation : « *La conception même de la démarche, ajoutée à l'absence de cadre évaluatif de référence aboutit donc in fine à la collecte d'informations hétérogènes et non standardisées* ». Ce rapport soulève que l'absence de cadre évaluatif imposé serait donc source de problèmes. Le rapport ajoute qu'à moyen terme, il serait nécessaire de formaliser un cadre d'évaluation comprenant critères et référentiels homogènes au niveau national au moins sur les principales typologies d'ESSMS.

Le manque d'un référentiel national, comme souligné par le rapport de l'IGAS, a engendré la création de multiples référentiels d'évaluation par différents organismes. Ainsi, le marché des évaluateurs s'est développé avec un accompagnement managérial des établissements dans leur démarche d'amélioration continue de la qualité.

³² Haute Autorité de Santé, (Avril 2018). *Communiqué de presse – Avec l'élargissement de ses missions au social et médico-social, la HAS intervient désormais sur tous les enjeux de santé*

³³ IGAS, Rapport public, (Avril 2013). *Articulation de la fonction inspection contrôlée des ARS avec les autres fonctions concourant à l'amélioration de la qualité au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux*

1. La construction du tableau

Dans le cadre de cette étude, un travail de recensement des référentiels existants a été requis. Cette liste, non-exhaustive, est cependant représentative des différents secteurs et permet de se rendre compte du lien entre les différents concepteurs venant en aide aux ESSMS pour la réalisation de leurs évaluations.

Pour cette étude comparative, le premier travail a consisté à recenser l'ensemble des référentiels en recherchant par mots clés sur internet. De par la multitude et la diversité des référentiels existants, cette étape a nécessité un temps précieux. Grâce aux travaux déjà établis sur le sujet et aux différents sites des concepteurs de référentiels, une liste de l'ensemble des référentiels dénombrés a été établie.

Par la suite, afin de s'assurer de la bonne existence et la bonne version du référentiel, il a été logique de contacter par appel téléphonique et/ou par mail chaque concepteur. Certains d'entre eux ont apporté une réponse, d'autres pas, pour des raisons diverses et compréhensibles.

Une fois la confirmation de la part des concepteurs de l'existence effective de leur référentiel, une nouvelle demande a été formulée afin de pouvoir consulter les axes abordés par les différents référentiels. Ces axes ont permis de déterminer les critères de comparaison (coûts, forme, structuration ...).

Par la totalité des informations recueillies et la confirmation de leur validité, un tableau a été créé recensant l'ensemble des référentiels.

L'ensemble de ce travail laborieux a permis de dresser le tableau présenté ci-après. Ce tableau, inexistant au départ, est un outil clé pour faire état des lieux des différents référentiels par secteur, de leur gratuité ou non, de leur structure et de leur cotation. Ce travail de comparaison a été important car il est à la base même de la création du référentiel qui sera exposé dans la suite de ce mémoire.

Ce tableau reprend les informations essentielles à l'étude comparative. Il a été conçu de manière à paraître clair, synthétique et utile.

D'une manière générale, on peut y apercevoir les noms des référentiels ainsi que leurs concepteurs, la date de leur dernière version ainsi que le public ciblé. Plus en détails, ce tableau permet d'apercevoir, pour chaque référentiel, sa forme, sa structure, sa cotation, ses modalités de consultation, son éventuel prix ainsi que sa logique d'application.

Clair et synthétique, ce tableau permet un aperçu général sur les principaux référentiels utilisés au sein des ESSMS.

Tableau : Etude comparative des référentiels

Nom du référentiel	ARSENE	PROMAP	QUALIT'EVAL	ANGELIQUE	UNASSI	QUALIT'EVAL	APAJH
Concepteurs	CREAI	UNAPEI	EXPERTS DU SECTEUR MEDICO- SOCIAL	MINISTERE	UNASSI	NEXEM	Fédération de l'APAJH
Dernière version	2017	2008	Selon le référentiel	2004	2016	Selon le référentiel	2012
Cible	Tout ESSMS			Secteur personnes âgées		Secteur handicap	
Forme							
- Guide d'utilisation	✓	✓		✓	✓	✓	✓
- Solution informatisée	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
- Synthèse automatisée	✓		✓	✓	✓	✓	
- PAQ intégré	✓		✓		✓		
- Pré-rapport	✓				✓	✓	

Modalités d'accès - Gratuit - Payant (prix)	- Contribuant : 550 € - Non-contribuant : 900 € - Respectivement 150 € et 300 € la deuxième année	- Adhérents : 550 € - Non-adhérents : 1 090 euros	705 € par an Prix par année	✓	- Adhérents : 440 € - non-adhérents : 525 €	A partir de 820 €	✓
Logique d'application du prix	Par année	Par exemplaire du référentiel	Par année	Gratuit sur demande	Par poste d'utilisation		Gratuit
Structuration - Nombre de chapitres - Nombre de références - Nombre de critères	Selon le référentiel demandé	4 34 254	Selon le référentiel demandé	4 13 331	7 23 133	Selon le référentiel demandé	14 40 305
Mode de cotation - Binaire - Echelle de niveaux	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Logique appliquée - Par établissement - Par secteur	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Intégration des indicateurs ANESM	✓		✓		✓	✓	

Tableau 2 : Etude comparative des référentiels

2. L'analyse du tableau

Globalement et avant de rentrer dans le détail de chaque référentiel de l'étude comparative, on remarque, grâce au tableau précédemment présenté, que certains référentiels ont été créés au niveau régional ou départemental selon les besoins identifiés. Par conséquent, les établissements de chaque région peuvent être évalués d'une manière différente les uns par rapport aux autres. L'ensemble des référentiels recensé concernent le secteur de la personne âgée et du handicap voire de tous les ESSMS confondus.

Il est intéressant, pour exploiter ce tableau, d'aller dans le détail de chaque référentiel. En effet, ces informations permettent de dresser l'image de chacun d'entre eux.

a. ARSENE

Cet outil, qui remplace l'outil PERICLES créé en 1997 par l'Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées a été conçu dans un premier temps pour le secteur du handicap (ANCREAI). Actuellement, la nouvelle version de 2017 s'étend à l'ensemble des ESSMS. Cet outil a été mis en place grâce à la collaboration d'intervenants des CREAI avec les équipes de terrain qui ont élaboré et testé les outils.

ARSENE, qui se présente sous forme de logiciel, propose la réalisation de l'évaluation interne, sa synthèse, son plan d'action ainsi qu'une formation du personnel.

Basé sur les RBPP de la HAS, l'outil est réparti en 5 domaines :

- Le projet d'établissement ;
- Les droits et participation des usagers ;
- Le projet personnalisé ;
- L'établissement dans son environnement ;
- L'organisation et les ressources.

On remarque, que le prix du logiciel CREAI dépend de l'adhésion ou non à l'association car il s'adresse dans un premier temps aux CREAI mais s'ouvre aux demandes extérieures en cas de besoin.

b. PROMAP

Ce second outil, qui permet d'établir un diagnostic et d'engager une réflexion sur les pratiques professionnelles en revisitant l'ensemble des modes opératoires des ESSMS, est bâti à partir des RBPP de la HAS.

Le référentiel, sous forme de logiciel à installer, présente les axes suivants :

- L'utilisateur ;
- L'environnement ;
- Le projet ;
- L'organisation.

Le logiciel, qui propose un prix parmi les plus élevés de cette étude, n'a pas été réévalué depuis 2008.

c. QUALIT-EVAL

Résultat d'une expérience de 20 ans, cet outil a été conçu par des responsables et experts du secteur médico-social. Sous forme de logiciel, il a pour but de manager la démarche qualité en continu.

QUALIT-EVAL propose des référentiels à destination des établissements du secteur social et médico-social selon la structure et le domaine d'activité. Les référentiels, au nombre de 23, se présentent selon plusieurs items rapportés aux RBPP de la HAS et sont adaptés à chaque structure à évaluer.

Prenons un exemple de l'un de leur référentiel afin d'avoir un aperçu sur les items abordés. Le référentiel pour l'évaluation d'un foyer d'accueil médicalisé aborde les axes suivants :

- Le projet d'établissement ;
- La garantie des droits individuels et la participation des usagers ;
- La personnalisation de l'accompagnement ;
- L'accompagnement de l'utilisateur permettant la promotion de son autonomie, de sa qualité de vie, de sa santé et de sa participation sociale ;
- Le cadre de vie ;
- La sécurité et la gestion des risques ;

- L'établissement dans son environnement ;
- L'organisation générale de l'établissement.

Ce référentiel est payant et n'est pas accessible au public. Cependant, intéressé par cette étude, le concepteur a donné son aval afin que je puisse les consulter personnellement sans les diffuser et n'en citer que les grands axes dans un souci de confidentialité.

d. ANGELIQUE

L'outil ANGELIQUE, pour Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements, aide les établissements à établir leur bilan initial pour dégager les points forts, les points faibles et préciser les améliorations en matière de qualité. Le référentiel a été mis à disposition des EHPAD par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité mais n'a pas été réévalué depuis 2004.

Ce référentiel se présente sous forme de grille d'autoévaluation et aborde les items suivants :

- Attentes et satisfaction des résidents et de leurs familles ;
- Réponses aux besoins en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins ;
- L'établissement dans son environnement ;
- Démarche qualité.

L'outil, utilisable en toute gratuité, propose le plus grand nombre de critères en référence aux autres outils du tableau présenté précédemment. Cet outil sert de base de travail pour la plupart des EHPAD lors de leur démarche d'évaluation car il aborde un certain nombre de thématiques exigées par la HAS dans sa RBPP sur la méthodologie à appliquer lors d'une évaluation.

e. UNASSI

L'Union Nationale des Associations et Services de Soins Infirmiers (UNASSI) a mis en place un outil d'aide à l'évaluation interne. Cet outil, à destination des Services de Soins Infirmiers à Domicile, aide les structures à se préparer à l'évaluation externe et à s'engager dans une démarche continue d'amélioration de la qualité dans le respect des RBPP de la HAS.

Le référentiel, sous forme de logiciel, aborde les items suivants :

- La garantie des droits individuels et la participation des usagers ;
- La prévention des risques ;
- La promotion de l'autonomie et de la qualité de vie ;
- La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions ;
- Le projet de service et ses modalités de mise en œuvre ;
- Le service dans son environnement ;
- L'organisation générale du service.

Ce référentiel payant, est évalué fréquemment. Sa dernière version est en date de 2016 et une nouvelle version, la septième, est en cours de création pour la rentrée 2018.

f. QUALIEVAL

NEXEM, qui est le principal représentant des employeurs associatifs du secteur social, médico-social et sanitaire, propose un outil d'évaluation aux ESSMS. QUALIEVAL est outil d'évaluation qui se présente sous forme de logiciel. Ce dispositif s'adresse à l'ensemble du secteur du handicap.

L'outil QUALIEVAL est basé sur les RBPP de la HAS et est scindé en 7 domaines :

- Le projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre ;
- La personnalisation de l'accompagnement ;
- La garantie des droits et la participation des usagers ;
- La promotion de l'autonomie, de la qualité de vie, de la santé et de la participation sociale ;
- La protection et la prévention des risques, comme la maltraitance individuelle ou institutionnelle ;
- L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique ;
- L'organisation de l'établissement au service de l'utilisateur à travers le management, la gestion des ressources humaines, financières, le cadre de vie, la sécurité.

Ce référentiel, qui représente un certain coût, propose un outil personnalisé selon le type de structure accueillant du public en situation de handicap.

g. APAJH

L'Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés propose, aux établissements adhérents, un référentiel d'autoévaluation qui s'inscrit dans une démarche qualité.

Le référentiel a été construit selon les items suivants :

- La personne accompagnée ;
- La structure ;
- Le projet associatif ;
- Le projet d'établissement ;
- Les ressources humaines ;
- Fonctionnement et stratégie d'organisation ;
- La démarche d'amélioration continue ;
- La communication ;
- Les fonctions logistiques ;
- La gestion financière et comptable.

Ce référentiel est proposé de manière gratuite et n'a pas été réévalué depuis 2012. Ceci étant justifié par la création future d'un référentiel commun en collaboration avec d'autres associations. Ce projet étant encore en cours de rédaction, aucune information supplémentaire n'a pu être dévoilée.

h. Conclusion

Grâce aux recherches réalisées et à la synthèse effectuée sous forme de tableau, nous pouvons dire que les référentiels ont été créés par logique d'établissement ou de secteur selon leurs objectifs respectifs. Les concepteurs des référentiels portent les valeurs des outils qu'ils mettent à disposition des établissements.

Nous pouvons grâce aux données collectées, nous rendre compte que les concepteurs des référentiels n'ont pas la même position et le même point de vue dans le champ du secteur médico-social.

Comme on peut l'apercevoir dans le tableau précédemment présenté, le référentiel ANGELIQUE a été conçu par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Cette démarche était dans le but d'accompagner les EHPAD à leur démarche d'évaluation.

Cependant, depuis 2004, aucune autre version n'a été identifiée. Les établissements s'aperçoivent que le référentiel n'est plus adapté à leurs activités et donc à l'application de leur évaluation, cependant, cet outil peut leur servir de base de travail.

La plupart des référentiels ont été créés dans le but d'accompagner les établissements à leur démarche d'évaluation interne. Cet accompagnement leur permet d'être préparés au mieux à l'évaluation externe effectuée par un organisme habilité par la HAS.

Avant le choix du référentiel d'étude, quelques points sont à aborder. Tout d'abord, on aperçoit, grâce au travail de recherche, que certains référentiels n'incluent pas toutes les recommandations de bonnes pratiques de la HAS. On remarque que pour certains référentiels, la participation des usagers à leur prise en charge n'est pas un item interrogé. Pour d'autres référentiels, les processus spécifiques à la structure au regard du projet d'établissement ne sont systématiquement évalués.

Ensuite, il est à noter que la plupart des référentiels sont payants et/ou ne donnent un accès qu'aux personnes adhérentes à la fédération, l'union ou l'association qui délivrent le référentiel.

Enfin, ajoutons que pour un grand nombre d'entre eux, le référentiel n'est plus vendu ou livré tel quel mais qu'il s'accompagne d'un management de la qualité. Désormais, le but des concepteurs n'est pas de mettre à disposition « un guide » pour l'évaluation, mais d'accompagner l'établissement dans la démarche et l'inclure dans une action d'amélioration continue de la qualité.

Bien que la plupart des ESSMS dispose déjà d'un référentiel créé, adapté ou acheté, il serait souhaitable de leur proposer un modèle de référentiel unique afin de leur permettre la mise en place des échanges de pratiques inter-établissement d'une part et d'être évalués sur la même base d'autre part.

Une évolution progressive vers l'utilisation de référentiels d'évaluations plus cohérents au niveau national permettrait d'être plus exigeant sur le contenu du rapport d'évaluation, sur l'analyse de l'état des lieux et de l'effet des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

3. La sélection

Une fois les référentiels sélectionnés, listés et analysés, il s'agit désormais de vérifier si ces derniers permettent de répondre aux objectifs de l'évaluation qui sont d'une part de faire évoluer les bonnes pratiques professionnelles et les compétences et d'autre part de vérifier qu'elles soient bien en adéquation avec les besoins et attentes des usagers.

Pour ce faire, et pour mettre en valeur les caractéristiques des différents référentiels répertoriés précédemment, des critères doivent être préalablement définis.

Ces critères, au nombre de six, sont les suivants :

N° du critère	Intitulé du critère	Description
1	Prise en compte des RBPP de la HAS	Le référentiel prend en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles issues du guide d'évaluation interne de la HAS
2	Prise en compte des axes du guide d'évaluation	L'outil comprend au minimum les quatre axes suivants, soit : <ul style="list-style-type: none">- La garantie des droits et participation des usagers (droits individuels, droits collectifs) ;- La protection, la gestion et la prévention des risques ;- La personnalisation de l'accompagnement ;- La promotion de l'autonomie et de la qualité de vie des usagers
3	Prise en compte du secteur dans sa totalité	Le référentiel s'adresse à l'ensemble des ESSMS
4	Intégration des indicateurs	L'outil intègre les indicateurs de mesure de la HAS
5	Consultation du référentiel	Le référentiel est disponible en consultation en libre accès
6	Fréquence de réévaluation du référentiel	Le référentiel est réévalué fréquemment, c'est-à-dire, moins de 5 ans après la dernière version

Tableau 3 : Critères de choix du référentiel

Les six critères ont été définis dans une logique de réponse règlementaire et pratique. Tout d'abord, se rejoignent les critères de prise en compte des RBPP, l'apparition des quatre axes exigés par l'autorité et l'intégration des indicateurs. Ensuite, dans la logique de cette étude qui consiste à proposer un référentiel d'évaluation commun, le référentiel doit s'adresser à l'ensemble des ESSMS.

Par la suite, dans un secteur où la réglementation change régulièrement, il a été important de définir une réévaluation à moins de cinq ans entre deux versions du référentiel.

Enfin, pour répondre au cas de cette étude, le référentiel doit être consultable. En effet, si ce dernier n'est pas visualisable dans son intégralité, il ne sera pas possible de s'en inspirer pour la suite de ce travail.

Une fois les critères définis, il est nécessaire de déterminer une cotation afin d'aboutir à un classement des différents référentiels. La cotation déterminée est simple et logique. Pour les critères numéro un à numéro deux, un total de trois points est accordé car ces critères ne sont pas fermés ; le référentiel peut soit y répondre de manière totale ou partielle. Pour le reste des critères, de trois à six, un système à un seul point est accordé. En effet, pour ces critères, soit le référentiel peut y répondre soit il n'y répond pas.

La cotation à trois points est ainsi définie :

- 0 = Ne répond pas au critère
- 1 = Répond partiellement
- 2 = Répond en grande partie
- 3 = Répond totalement

En ce sens, pour la cotation à un point, l'échelle est la suivante :

- 0 = Ne répond pas au critère
- 1 = Répond au critère

Si l'un des référentiels répond totalement à chacun des critères, il peut obtenir un score maximal de 11 points.

Les critères et la cotation définis, le tableau ci-dessous présente les résultats suivants :

Critères Référentiels	1	2	3	4	5	6	TOTAL
ARSENE	3	2	1	0	1	1	8
QUALIT-EVAL	4	3	1	0	1	1	10
PROMAP	2	2	1	0	0	1	6
ANGELIQUE	2	1	0	1	0	1	5
UNASSI	3	3	0	0	1	1	8
QUALI-EVAL	3	3	0	0	1	0	7
APAJH	2	1	0	0	0	0	3

Tableau 4 : Cotation des référentiels

Sachant que le score maximum à atteindre peut être de 11, les résultats de ce tableau peuvent être scindés en trois parties :

- En première partie, les référentiels APAJH et ANGELIQUE qui obtiennent un score entre 3 et 5 ;
- En seconde partie, les référentiels PROMAP, QUALI-EVAL, UNASSI et ARSENE qui obtiennent un score entre 6 et 8 ;
- Enfin, le référentiel QUALIT-EVAL qui obtient le score le plus élevé, soit 10.

Premièrement, on constate que les référentiels APAJH, ANGELIQUE et PROMAP n'ont pas obtenu un score suffisant pour être retenu. En second, on remarque que les référentiels UNASSI, QUALI-EVAL et ARSENE ont obtenu une note assez équivalente car ils répondent à la plupart des critères évalués. Enfin, l'outil QUALIT-EVAL a obtenu un score assez élevé. On peut en déduire qu'il est l'outil le plus adapté pour cette étude car il englobe l'ensemble des critères définis.

En reprenant le référentiel ayant obtenu le moins de points, on se rend compte que l'outil APAJH ne répond pas en grande partie à tous les critères définis.

Le référentiel QUALITEVAL, sous forme de logiciel, se rapproche en grande partie de la certification, il cible l'ensemble du secteur et propose des référentiels spécifiques à chacun. Les référentiels QUALITEVAL sont complets et répondent à l'ensemble des critères de cette étude comparative.

Après avoir contacté les concepteurs des référentiels pour avoir une vision de leur démarche, ces derniers justifient de ce nombre de points par une conception du travail pour faire les choses comme elles sont faites. Ils souhaitent, pour la plus grande partie, s'éloigner du système de la certification.

Par le système de cotation mis en place, qui permet de hiérarchiser de cette manière, le référentiel QUALIT-EVAL est l'outil sélectionné pour cette étude.

Cet outil, sous forme de logiciel regroupe un ensemble de 23 référentiels qui s'adressent à tous les établissements du secteur social et médico-social. Malgré leur caractère payant, les référentiels QUALIT-EVAL ont pu être rendus consultables sur demande par courriel mais ne pourront être utilisés à d'autres fins que celle de cette étude.

Maintenant que le référentiel est choisi, la prochaine étape sera de croiser ce référentiel avec le manuel de certification V2014 de la HAS dans le but de détenir à la fin un seul et unique référentiel pour l'ensemble du secteur social et médico-social.

Dans le cadre de cette démarche de proposition d'un d'outil « unique » à l'image du secteur sanitaire, le référentiel sera présenté sous la forme du manuel de certification de la HAS.

II. LA CREATION D'UN OUTIL COMMUN A L'EVALUATION

La HAS précise, dans l'une de ses recommandations⁴⁰, que « *la démarche d'évaluation nécessite une rigueur méthodologique* ». Par conséquent, il est judicieux de croiser les données du référentiel préalablement sélectionné au manuel de certification HAS qui est un document national, validé, fiable et à jour.

Afin de construire un référentiel commun d'évaluation, il est nécessaire de rendre des critères communs et de les adapter aux spécificités des personnes prises en charge dans chaque secteur d'activité.

La structuration du référentiel peut être définie selon le modèle du manuel de certification de la HAS construit selon la roue de Deming (PDCA).

⁴⁰ Haute Autorité de Santé, (2012). *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « L'évaluation Interne : Repères pour les EHPAD »*.

Le PDCA est une démarche d'amélioration continue ou de résolution de problème, symbolisée par la roue de Deming. L'ensemble des étapes de ce principe se retrouve dans la cotation de ce référentiel.

Cette méthode peut être reprise dans le secteur médico-social avec pour objectif l'amélioration continue de la qualité et du service rendu à l'utilisateur. Il pourra inclure le management de l'établissement et la prise en charge de l'utilisateur.

Ce référentiel devra être 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 ;
- Une partie identifiée par chaque établissement ou service, en fonction de ses activités et du type de prise en charge.

1. Initiation et cadrage de la démarche

Dans cette étape d'initiation, il est primordial de s'interroger sur les enjeux et les sens de la démarche, la cible et les objectifs de l'évaluation, l'usage et l'exploitation du référentiel ainsi que la dimension participative de l'évaluation.

Afin de répondre au cahier des charges de l'évaluation ainsi qu'à l'aspect réglementaire, il est primordial de s'appuyer sur les textes légaux, juridiques ainsi que sur les RBPP de la HAS.

Cette étape d'initiation et de cadrage permet de construire le référentiel sur une base solide et fiable.

Le référentiel créé a pour but d'aller au-delà du recueil d'informations. Il a été sujet de proposer un exemple d'outil concret comme il en est question dans les récents articles de la HAS sur son projet de refonte des méthodes de l'évaluation.

2. Conception du référentiel

Le référentiel à bâtir consiste en une forme de modélisation qui articule de façon sensée et cohérente l'ensemble à évaluer.

La conception du référentiel est une étape laborieuse et chronophage. En effet, pour construire cet outil, on peut comptabiliser plusieurs heures de travail chaque jour échelonné sur un mois.

La conception du référentiel est une étape délicate, elle demande une certaine minutie de par la vérification de toutes les données. En effet, on ne peut livrer un outil servant à l'évaluation d'un établissement s'il n'est pas en adéquation avec la réglementation.

Pour créer ce référentiel, les données de l'ensemble des 23 référentiels QUALIT-EVAL ont été croisées afin d'obtenir l'ensemble des axes requis lors d'une évaluation. Ce travail, conséquent, a permis de dresser un premier jet du référentiel avec les axes et les différents critères.

Par la suite, cette base de travail a été croisée avec le manuel de certification HAS. Cette étape a permis de compléter les items jugés manquants pour une démarche d'évaluation commune du secteur. A ce niveau, le sommaire complet du référentiel était confirmé⁴¹.

L'arborescence étant établie, le travail de remplissage du référentiel critère par critère a pu avoir lieu. Pour établir chacun des critères, il a été nécessaire d'aller chercher chacune des RBPP de la HAS en lien. Cette part de travail a nécessité un temps de lecture et d'application assez conséquents.

Désormais, tous les éléments pour la création du référentiel étaient à portée de main. Le référentiel commençait à prendre forme en se structurant par chapitres, parties, références et critères.

Une fois l'outil mis en forme, il a été question de définir un système de cotation des critères. Le référentiel, à l'image du manuel de certification, se structure sous trois principales étapes et rejoint le principe PDCA d'amélioration continue.

⁴¹ Cf. Annexe V : Sommaire du référentiel d'évaluation créé

Cette cotation s'est définie sur la base de celle de la HAS pour la certification des établissements du secteur sanitaire. Ainsi, pour chaque critère, la répartition est la suivante :

- Le critère répond au référentiel : 20 points ;
- Le critère répond en grande partie : 14 points ;
- Le critère répond partiellement : 7 points ;
- Le répond ne répond pas : 0 point ;
- L'établissement ou la structure n'est pas concernée par ce critère : non concerné.

Pour le calcul de ces critères, un système de score des différentes étapes entre en compte comme suit : $[\text{Score étape 1} + (\text{score étape 2} \times 2) + \text{score étape 3}] \times 100 = xx \%$

Une fois les points accordés à chacun des critères, intervient la cotation à quatre niveaux : A/B/C/D. Cette cotation est définie comme ci-dessous :

- A : supérieur ou égal à 89,5% du score maximum ;
- B : 59,50 à 89,49 % du score maximum ;
- C : 29,50 à 59,49 % du score maximum ;
- D : 0 à 29,49 % du score maximum.

Pour définir le score maximum, il est nécessaire de calculer le nombre total des critères évalués comme ayant obtenu le nombre maximum de points.

Cette mesure des critères étant définie, et pour que le référentiel soit utile et utilisable, un mode d'emploi a été créé afin d'accompagner les établissements et structures à mieux comprendre son fonctionnement. En effet, l'outil ayant une forme différente de celle observée habituellement dans le secteur, ce mode d'emploi permet de prendre connaissance des différentes étapes à suivre.

Sur la forme du manuel de certification HAS pour une question de clarté, le premier chapitre du référentiel a été conçu⁴². Par choix, seul le chapitre premier de ce référentiel a été développé dans sa totalité. Cette décision se justifie par plusieurs points. D'une part, le sommaire permet d'avoir un aperçu complet de ce qui va être abordé dans ce référentiel.

⁴² Cf. Annexe VI : Référentiel d'évaluation

D'autre part, ce travail laborieux nécessite un temps conséquent et un travail avec une équipe pluridisciplinaire car la prise en charge de l'utilisateur dans le secteur social et médico-social est très spécifique. Enfin, un référentiel étant un document conséquent en taille, les personnes interrogées n'auraient pas pu prendre le temps nécessaire d'analyser l'ensemble des 84 critères.

Chaque feuillet de ce référentiel présente un critère sur une page avec l'intitulé du chapitre, de la partie, de la référence et du critère. Chaque critère se base sur une RBPP de la HAS selon l'item en question. L'exemple ci-après d'un critère permet d'illustrer l'ensemble des éléments ci-dessus.

Chapitre 1
Management de
l'établissement

RBPP HAS – « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service » – Mai 2011
Article L.311.8 CASF
Loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Le projet d'établissement/de service est un document institutionnel obligatoire depuis la loi n°2002-2. Cet outil est transversal et commun à l'ensemble des structures du secteur social et médico-social.

L'article L.311-8 du CASF stipule que « 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. [...] Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »

L'élaboration d'un projet d'établissement/de service doit être basée sur la participation de l'ensemble des parties prenantes :

Il permet de positionner l'établissement ou le service dans son environnement institutionnel et d'indiquer les évolutions en termes de public et de missions ; Il n'a pas vocation à synthétiser l'ensemble des documents relatifs au positionnement, au pilotage de la structure, ni à remplacer les outils de suivi de la vie de la structure.

Le projet d'établissement/de service (PE/PS) traite généralement des thématiques suivantes, de manière plus ou moins approfondie, selon les enjeux propres à la structure et à son secteur d'activité :

- l'histoire et le projet de l'organisme gestionnaire ;
- les missions ;
- le public accueilli ou suivi ;
- la relation avec les parents, la famille et l'entourage ;
- la nature de l'offre de service et son organisation ;
- les principes d'intervention ;
- les professionnels et les compétences mobilisées ;
- les objectifs d'évolution, de progression et de développement.

E1 : Prévoir

- Le PE/PS repose sur une analyse préalable des caractéristiques, des attentes et besoins du public et de l'analyse des ressources locales.
- Il traite les thématiques de la recommandation de bonnes pratiques de La HAS.
- Le PE/PS a fait l'objet d'une démarche partagée associant les différentes parties prenantes.

E2 : Mettre en œuvre

- Le PE/PS est rendu accessible
- Le PE/PS est diffusé aux parties prenantes.
- Le PE/PS est en adéquation par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties.
- Le PE/PS est validé par l'organisme gestionnaire.

E3 : Améliorer et évaluer

- Le PE/PS est évalué annuellement et actualisé le cas échéant.
- Il est réévalué tous les 5 ans.
- Le PE/PS est adapté aux différents contextes.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

3. Consolidation du référentiel

Une fois le référentiel créé et terminé, il a été intéressant de contacter un cabinet expert dans le domaine de l'évaluation des ESSMS. Une rencontre riche qui a permis d'avoir un regard d'expert sur le travail accompli. Ainsi, toutes les remarques ont été prises en compte et ont permis à l'amélioration du référentiel. En général, il a été question de la structuration du référentiel, de sa stratégie d'approche ainsi que de sa méthode d'application. La personne rencontrée a prodigué de précieux conseils grâce à son expérience de longue date dans le domaine.

Ensuite, grâce à un contact établi lors des recherches, un début de travail collaboratif a été mené avec une équipe pluridisciplinaire d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Ce travail a permis d'avoir un regard pluridisciplinaire sur l'outil créé. Cette collaboration, qui ira au-delà de cette étude, mènera prochainement à un test du référentiel créé sur 7 sites auquel est rattaché l'établissement. Avant cette expérimentation, plusieurs groupes de travail seront mis en place afin de rendre le référentiel au plus proche de la réalité de terrain.

L'ensemble de ces démarches a permis d'avoir un double regard sur la création d'un référentiel commun.

La prochaine étape, qui concerne la rencontre avec les directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux par le biais d'entretiens individuels, va permettre d'apporter des remarques et idées nouvelles à propos de ce référentiel.

III. LA CONDUITE DE L'ENTRETIEN

Pour les entretiens individuels, des entretiens semi-directifs ont été menés afin de donner suffisamment de liberté au répondant pour s'exprimer.

Par ce type d'entretien, on peut vérifier tout ce qui est dit en comparant avec les autres entretiens effectués afin d'avoir plusieurs angles de vue de la problématique.

La conduite d'entretiens permet d'aller à la rencontre de directeurs d'établissements et de leur soumettre le référentiel proposé en relation avec la problématique. Ces entretiens vont permettre de recueillir leur vision vis-à-vis de plusieurs points.

Tout d'abord, il est intéressant de recueillir la vision concernant la conception de l'évaluation, puis sur son application au sein de leur établissement. Ensuite, il s'agit de relever leur perception relative à l'éventuelle mise en place par la HAS d'ici 2020 d'un référentiel unique d'évaluation. Enfin, le dernier point consiste à obtenir leurs remarques, observations et critiques constructives à propos du référentiel créé.

1. La prise de contact

Pour mettre en place les entretiens et proposer le référentiel créé, il a été nécessaire de contacter l'ensemble de l'échantillon par appel téléphonique. Une liste des établissements à joindre a été élaborée. Chacun des établissements a été appelé afin de détenir les coordonnées de la personne à qui soumettre le projet. Une fois ces informations recueillies, un courriel contenant l'ensemble des informations relatives à cette étude a pu être envoyé à chacune des personnes concernées.

Lors d'une réponse positive, un rendez-vous était fixé afin de procéder à l'entretien.

En général, une semaine avant l'entretien, et après confirmation du maintien du rendez-vous, le référentiel d'évaluation était transmis aux répondants.

2. Le déroulement de l'entretien

Les entretiens individuels semi-directifs se sont déroulés soit par téléphone soit en face-à-face.

Ces entretiens ont toujours débuté par une présentation du projet d'étude et de son cadre. Ensuite, le répondant se présentait lui et son établissement/sa structure.

Ensuite, l'entretien débutait par la première partie du guide qui concerne le concept de l'évaluation ainsi que son application dans l'établissement en question.

Par la suite, nous abordions le rôle du référentiel dans l'évaluation ainsi que la stratégie du choix de celui-ci. Enfin, nous pouvions déboucher sur une discussion autour du référentiel créé afin d'en dégager les points forts, les points à améliorer et d'amener le point de vue de chacun sur le concept d'un référentiel commun.

D. L'ANALYSE ET L'INTERPRETATION DES DONNEES

L'analyse permet de mettre en relation les différentes données recueillies lors de l'enquête terrain afin de comprendre la thématique étudiée.

Plus intéressant d'extraire le sens des résultats plutôt que d'en faire une analyse, elle doit permettre de dégager des points de vue, des réponses non visibles à la lecture simple.

Dans l'analyse des données, il faut en extraire le sens plutôt que de les transformer en statistiques. En ce sens, on se sert du témoignage des personnes interrogées pour mener cette analyse.

Pour analyser ces entretiens, une technique particulière est utilisée : le codage. Ce procédé est « *une réduction provisoire via un processus de sélection, de simplification, d'abstraction et de transformation des données* »⁴³. POINT et VOYNNET-FOURBOUL considèrent que le codage est une rationalisation des données qui passe par un ensemble de réflexions. Il s'agit de découvrir les données, de se poser des questions à propos de ces dernières et d'essayer de les interpréter pour leur donner du sens. Notamment, il s'agit de réorganiser ces données afin de trouver des réponses provisoires aux relations que peuvent avoir les données entre elles. Le but étant de décomposer les données afin de procéder à une reconstruction progressive et organisée de celles-ci. Il convient ici d'analyser et lier les données afin d'en tirer des conclusions réfléchies.

Toute cette méthodologie a permis le recueil des données sur le thème choisi, le développement des connaissances sur le concept de l'évaluation et son application dans le secteur social et médico-social. Dès lors, il est nécessaire de présenter les résultats de la recherche.

⁴³ POINT Sébastien et VOYNNET FOURBOUL Catherine, *Le codage à visée théorique*, Vol. 21, No. 4, Décembre 2016, p. 61-78

PARTIE 3. RESULTATS ET ANALYSE

Une fois les résultats d'une investigation recueillis, il est nécessaire de les mettre en perspective en les reliant au problème étudié et à l'hypothèse formulée au départ : c'est l'étape de l'analyse des résultats. Cette analyse permet notamment de faire apparaître l'influence de certains facteurs sur la problématique étudiée. Il faut ensuite interpréter ces résultats, c'est-à-dire faire le rapport entre l'analyse des données, la problématique et le champ d'investigation au sein duquel la recherche s'est développée. Interpréter les résultats, c'est en fait énoncer les conséquences théoriques et établir les avenues de recherche suggérées par les résultats.

Le travail d'analyse qui va suivre constitue la finalité de ce mémoire de fin d'études. En effet, il convient d'effectuer une analyse complète des entretiens menés auprès des établissements du secteur social et médico-social afin d'en dégager des axes d'ouverture et des éléments de réponses. Ainsi, cette analyse se déroulera en deux temps. Premièrement, une analyse des entretiens avec l'identification des réponses des personnes interrogées et deuxièmement, une analyse de ces réponses par une mise en lien de celles-ci avec le cadre littéraire développé au début de ce mémoire.

Toute cette prochaine partie va donc être exposée à la présentation de ces résultats. Elle va permettre de répondre à la problématique posée en croisant l'ensemble des données recueillies.

A. RAPPEL DU CONTEXTE D'ETUDE

Tout comme exposé dans la revue de littérature, le secteur sanitaire, social et médico-social se sont vus rapprochés puis segmentés au fur et à mesure de l'évolution de la législation. Au 1^{er} avril 2018, par la fusion HAS/ANESM, les deux secteurs ont été officiellement réunis. En effet, la HAS, autorité indépendante de santé, pilote désormais les deux secteurs et est actuellement en travaux sur le secteur social et médico-social.

Tout au long de ce mémoire, il a été question de l'évaluation et de son application au sein de ces deux secteurs. Il a été mis en exergue les différences et similitudes de méthodologie afin de mesurer la probabilité de mettre en place un système commun d'évaluation dans le secteur social et médico-social.

Au sein du secteur social et médico-social, lorsqu'un établissement ne peut par défaut de moyens financiers acheter un référentiel, il peut utiliser un référentiel pour procéder à l'évaluation de ses activités selon trois hypothèses possibles⁴⁴ :

- Choix et appropriation d'un référentiel existant ;
- Construction d'un référentiel ;
- Adaptation d'un référentiel existant à son établissement et à ses activités.

Comme exposé précédemment, le choix des référentiels d'évaluation par les ESSMS dépend du secteur auquel ils appartiennent. Lorsque les ESSMS font partie d'une fédération, ils utilisent le référentiel de ce dernier. Pour les autres établissements, le choix d'achat du référentiel repose sur le prix et sur l'adaptation de l'outil aux spécificités de chacun.

Les autres établissements, par manque de moyens financiers, font le choix de créer leur propre outil d'évaluation en se basant sur les RBPP de la HAS ou sur un référentiel d'un autre établissement. Par conséquent, ils y consacrent un temps conséquent de mise en œuvre.

Au travers des recherches et de l'analyse comparative, on peut noter qu'il existe de plus en plus d'associations qui créent une démarche pour construire un référentiel commun leur permettant à la fois de mutualiser leurs compétences, mais également de bénéficier d'un regard pluri-établissement et pluri-professionnel garant d'une forme d'objectivité.

L'ensemble de ces informations a conduit à la problématique : Peut-on à l'image du secteur sanitaire, mettre en place un référentiel commun pour l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux ?

Grâce à l'ensemble des informations recueillies et de part l'expérience professionnelle dans le domaine social et médico-social, j'ai pu me rendre compte de la réalité du terrain et la problématique est née. Le mémoire était l'occasion parfaite d'étudier le sujet dans sa toute sa profondeur.

⁴⁴ DGAS, (2004). *Démarche qualité – Evaluation interne dans un établissement ou service social ou médico-social et recours à un prestataire*, Guide méthodologique

De plus la question étant d'actualité, le mémoire a pu être alimenté au fur et à mesure des événements ce qui permettait de rester en alerte sur le sujet.

Enfin, pour mener à bien ce projet il a été attrayant de créer des éléments nouveaux et ainsi d'aller au-delà du fait de mener des entretiens.

I. OBJECTIFS A ATTEINDRE

Dans le cadre d'une étude, il est essentiel de se fixer des objectifs. En effet, les objectifs sont un moyen d'atteindre le but initialement prévu. Par conséquent, cette étude a été définie par plusieurs objectifs.

Tout d'abord, il a été nécessaire de recenser l'ensemble des données relatives aux référentiels d'évaluation afin d'effectuer une étude comparative. Cette étude, qui a été une étape laborieuse, a servi de base à toute cette recherche. Elle a permis de mettre en comparaison plusieurs outils dans le but de choisir un référentiel comme base de travail. Le référentiel choisi est celui qui répond le mieux aux critères préalablement définis. Il a été consacré un temps précieux mais primordial à cette étude comparative.

Ensuite, la création d'un référentiel comme outil de discussion de la problématique a été fondamental. Le référentiel, créé sur la base de l'outil choisi en étude comparative, a permis d'une part de se rendre compte avant la mise en place sur le terrain de la possibilité ou non d'englober l'ensemble d'un secteur dans un seul et unique outil. D'autre part, et pour les professionnels interrogés, cet outil leur a permis d'accéder à un document concret reflétant la démarche. Le référentiel proposé aux établissements interrogés est un document nouveau qui n'était pas recensé avant sa création. Par conséquent, cet outil est une réelle plus-value à ce mémoire. Cet outil, qui a sollicité un certain temps pour sa création s'est avéré être une véritable valeur ajoutée lors des entretiens individuels.

Enfin, les entretiens individuels ont donné un regard professionnel et direct sur le concept d'évaluation, sur le référentiel créé et sur la vision quant à la création d'un outil commun d'évaluation. En effet, on ne peut mesurer la probabilité de mettre en place un système sans l'adresser aux personnes directement concernées. Le fait de recueillir l'avis des professionnels du secteur sur le sujet permet d'avoir un regard au plus proche de la réalité du terrain.

Ces entretiens ont permis de recueillir un certains nombres de données répondant à la problématique initiale. Grâce à ces entretiens, l'ensemble des outils mis en place ont pris tout leur sens.

L'ensemble des objectifs définis ont permis l'accomplissement de ce travail de manière organisée et logique. Les outils ont été créés méthodiquement et de manière à répondre au mieux à la problématique posée.

Une fois les objectifs atteints, il est temps de s'appliquer aux résultats de cette étude.

B. RESULTATS

Au moyen des outils mis en place et des enquêtes menées, un certain nombre de résultats ont fait leur apparition.

Tout d'abord, il est essentiel de faire un point sur chacune des méthodes abordées et appliquées. Ce sont grâce aux outils et méthodes mis en place que les données ont pu être recueillies et ont amené aux résultats présentés dans cette partie. Ces derniers permettent de confirmer ou réfuter la problématique posée.

Chacune des méthodes appliquées sera exploitée en vue d'atteindre l'analyse descriptive des entretiens. Le but de cette dernière partie du mémoire est de résumer les données sous forme claire et simplifiée.

La revue de la littérature a permis d'éclaircir la culture de l'évaluation à travers son histoire. Puis, l'étude comparative a mis en valeur les éléments ayant servi de base au référentiel créé. Enfin, grâce au référentiel proposé lors des entretiens, la problématique a pris tout son sens.

I. L'APPORT DE L'ETUDE COMPARATIVE

L'étude comparative ou Benchmarking a eu un double effet. Dans un premier temps, elle a permis de recenser l'ensemble des outils d'évaluation et d'en faire un état des lieux du marché de ces référentiels. Dans un second temps, cette étude a permis, lors des entretiens individuels, à maîtriser le sujet des outils d'évaluation.

Globalement, cette technique a rendu possible un ensemble de données hétérogène et complexe à déchiffrer en un ensemble de données synthétique et agréable à lire. L'étendue des données recueillies est devenue très claire au fur et à mesure de l'application de cette technique.

Concluons que dans le cadre de cette recherche, l'étude comparative présente un rapport temps/bénéfices plus qu'appréciable.

II. LA CREATION D'UN REFERENTIEL D'EVALUATION

Dans le cadre de cette étude, et par choix méthodologique, un référentiel d'évaluation a été créé. Cet outil s'est établi dans un double but : de confronter les établissements à la problématique actuelle de la méthodologie d'évaluation et de mesurer la probabilité de mise en place d'un outil d'évaluation commun.

Ce travail de création a été conséquent mais très enrichissant. Il a été appréciable de créer un outil et de pouvoir recueillir les avis des professionnels concernés. De plus, lors des entretiens individuels, l'apport d'un outil nouveau, d'une forme nouvelle et reflétant la problématique a été approuvé.

Globalement, l'outil créé a permis de poser la problématique de manière concrète tant pour ma part que pour celle des professionnels interrogés.

1. Avantages

Peu importe le système mis en place, celui-ci peut posséder de multiples avantages et inconvénients et ce grâce aux différents avis que l'on peut recueillir.

Dans le cadre de cette étude et de par les entretiens menés, certains avantages du référentiel créé et proposé ont fait surface.

D'une manière générale, la création d'une partie d'un référentiel a permis de rendre concrète la problématique actuelle de la méthodologie de l'évaluation et de posséder un outil tel qu'il serait prochainement mis en place par la Haute Autorité de Santé.

Concernant la forme du référentiel, il en est ressorti durant les entretiens que cet outil paraissait assez clair, visuel et que la division des chapitres était distincte. De plus, le résumé de chaque RBPP par critère évite aux personnes qui effectuent l'évaluation de devoir se reporter à la recommandation en lien pour se situer.

L'outil proposé allant dans le même sens que la démarche engagée par la HAS, il permettait aux établissements de répondre à certaines de leurs interrogations et de saisir l'occasion pour approfondir leurs recherches sur le sujet.

Lors des entretiens, les répondants ont souvent relevé la question du temps. Pour eux, la mise en place d'un outil d'évaluation commun engendrerait un gain de temps considérable. Ils soulignent qu'en moyenne, la mise en place d'un référentiel d'évaluation nécessite un an de travail à temps plein de deux professionnels. Ce temps comprend la recherche des critères, la mise en place des groupes de travail et des réunions ainsi que la validation et l'expérimentation de l'outil.

La proposition d'un référentiel recouvrant l'ensemble du secteur social et médico-social a permis aux professionnels d'avoir un aperçu de la démarche actuelle de la HAS et se questionner sur certains critères ou chapitres qu'ils n'auraient pas encore développé dans leurs propres outils d'évaluation.

Dans l'ensemble, toutes les personnes interrogées ont retrouvé leur établissement dans le référentiel car selon eux, la quasi-totalité des critères y sont inclus.

2. Inconvénients

Tout naturellement, l'outil récemment créé peut présenter aux yeux de certains répondants des inconvénients. Ces critiques, dites constructives, permettront d'améliorer le référentiel proposé.

Généralement, les personnes interrogées ont souligné la question du temps nécessaire au remplissage du référentiel. Ils considèrent que l'outil, bien qu'étant complet, requiert un temps de remplissage assez conséquent.

Ensuite, pour certains répondants, la question de participation des parties prenantes dans un référentiel déjà conçu paraîtrait compliquée. En effet, l'implication du personnel dans la démarche est requise par la HAS dans sa recommandation relative à la mise en place de l'évaluation. La transmission d'un référentiel unique d'évaluation aux ESSMS ne permettrait pas de répondre à cette même recommandation.

Concernant la personnalisation du référentiel en interne, quelques répondants indiquent que certains critères paraissent difficiles d'application en raison du type d'établissement. Ils expliquent qu'il est difficile d'appliquer un référentiel qui n'a pas émané de la réalité du terrain.

D'une manière générale, les personnes interviewées se demandent comment englober l'ensemble d'un secteur tel que celui-ci dans un seul et unique référentiel.

Lister les avantages et inconvénients de l'outil créé et proposé permet d'établir les premiers résultats de cette étude. Désormais, il est intéressant de mettre en valeur les résultats des entretiens menés afin de démontrer ou réfuter la problématique posée.

III. ANALYSE DESCRIPTIVE

Effectuer une analyse descriptive, c'est dresser un portrait de la situation telle qu'elle nous apparaît suite à la compilation et au classement des données qualitatives ou quantitatives obtenues⁴⁵.

Avant de mener cette analyse, l'ensemble des entretiens menés avec les professionnels d'établissements sociaux et médico-sociaux a été retranscrit.

L'analyse des entretiens a été effectuée à partir de leur retranscription, par analyse thématique de contenu. Les entretiens ont d'abord été codés en fonction de l'émergence des thèmes principaux puis analysés. L'intérêt de cette recherche se trouve principalement dans le contenu des énonciations et non dans l'exhaustivité des opinions formulées.

⁴⁵ TREMBLAY Raymond Robert ; PERRIER Yvan, (2006). *Savoir plus : outils et méthodes de travail intellectuel*. 2e éd, Ed. Chenelière, 230 p.

1. Analyse par établissement

Avant de mener une analyse globale des entretiens, il paraît intéressant d'effectuer une analyse par établissement interrogé. En effet, l'analyse par établissement permettra d'obtenir la tendance générale des réponses. Cette analyse est effectuée sur les thèmes principaux se rattachant à la problématique.

Un tableau recensant les établissements interrogés va mettre en valeur le type de référentiel utilisé ainsi que la vision relative à la mise en place d'un référentiel unique d'évaluation.

Cette analyse va mettre en valeur d'une manière individualisée l'application de la démarche d'évaluation dans un établissement ou service social et médico-social.

Notamment, elle va permettre lors de l'analyse globale de regrouper les établissements selon leurs différentes réponses.

Le tableau ci-dessous présente l'analyse par établissement :

Etablissement	Type d'établissement	Type de référentiel utilisé	Favorable à un référentiel commun
L'Eveil	Institut médico-éducatif	Créé en interne	Oui
La Rosaraie	Institut médico-éducatif	Créé en interne	Oui
Papillons Blancs	Association pour personnes en situation de handicap mental	Créé en interne	Oui
La Gerlotte	Maison d'accueil spécialisée	Cabinet d'évaluation	Selon accompagnement
Martine Marguettaz	Maison d'accueil spécialisée	Créé en interne	Selon accompagnement
Les Camanettes	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes	Créé en interne	Oui
Saint-Antoine de Padoue	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes	Créé en interne	Oui
Saint-Jean	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes	Créé en interne	Oui

Tableau 5 : Analyse par établissement

Grâce à ce tableau, on peut commenter un certain nombre de points. Tout d'abord, on constate que la plupart des établissements, à l'exception d'un seul, ont créé eux-mêmes leurs outils d'évaluation afin de rendre leur évaluation au plus proche de la réalité de terrain. Les référentiels ont été créés en interne grâce à la mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires. En effet, l'implication des parties prenantes au référentiel d'évaluation fait partie de l'une des recommandations de la HAS relative à l'évaluation.

Les établissements interrogés rapportent qu'ils ont utilisé lors de leurs premières évaluations des outils achetés. Par la suite, et une fois la démarche menée à plusieurs reprises, ils ont décidé de s'en inspirer afin de créer leur propre référentiel comprenant leurs spécificités de prise en charge.

Concernant la mise en œuvre des outils, chaque établissement a sa propre méthodologie. Pour l'IME l'EVEIL par exemple, l'outil d'évaluation est pris très au sérieux et fait l'objet d'un temps de travail précieux. Cet établissement, ancré dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité a mis en place des référents qualité afin qu'ils puissent consacrer un temps à la mise en place des évaluations.

De même, la ROSARAIE a créé son référentiel d'évaluation en groupe de travail. Cet IME insiste sur l'implication de l'ensemble de ses parties prenantes dans la mise en place de son outil d'évaluation. De ce fait, elle traduit les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sous forme de questions à transmettre aux parties prenantes afin d'en faciliter la compréhension. Une fois ces questionnaires complétés, l'établissement traduit ces réponses sous forme de critères puis les intègre à son outil d'évaluation.

De son côté, l'Association pour personnes en situation de handicap mental est ancrée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité depuis plusieurs années. Elle a décidé de créer son référentiel en interne il y a quelques années et possède désormais la quatrième version de son outil d'évaluation.

L'établissement le GAPAS a opté pour un référentiel d'un cabinet d'expertise et ne s'est pas encore penché quant à son prochain outil d'évaluation.

A son tour, la GERLOTTE a décidé de faire appel à un cabinet d'évaluateurs afin de mener à bien son évaluation interne.

Ce choix étant justifié par un manque de moyens humains et de compétences relatives à la mise en place d'une évaluation. Cependant, l'établissement est en réflexion quant à la création d'un référentiel propre à sa structure.

La Maison d'Accueil Spécialisée MARGUETTAZ, à l'image de la plupart des établissements a créé son référentiel en interne à l'aide de groupes de travail pluridisciplinaires.

Enfin, l'ensemble des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes interrogés ont fait le choix de créer leur référentiel en interne sous forme de groupes de travail afin d'impliquer au mieux leurs équipes à la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Concernant la mise en place d'un référentiel commun d'évaluation, l'ensemble des répondants, à l'exception des Maisons d'Accueil Spécialisées, est favorable. Cet ensemble évoque tout de même des réserves sur la mise en place d'un tel outil dans un secteur aussi diversifié. Dans ce secteur, on peut être confronté d'un établissement à un autre à une prise en charge différente selon le public accueilli. Il a été souligné lors des entretiens que la prise en charge est très spécifique à chaque établissement ou structure d'autant plus dans ce secteur.

2. Analyse globale

Mener une analyse globale permet de définir les grandes lignes des résultats de cette étude.

Cette analyse permet de mettre en valeur les résultats obtenus par le biais des informations recueillies et de les examiner entre eux afin d'en faire ressortir les points de convergences et de différences.

L'analyse globale est menée selon trois thèmes se rattachant à la trame du guide d'entretien. Seront ainsi analysés la vision de l'évaluation, la place du référentiel dans l'évaluation ainsi que la vision relative à la mise en place d'un outil commun d'évaluation.

a. La vision de l'évaluation

Globalement, sur la thématique de l'évaluation, les personnes interrogées ont mis en valeur les termes d'autoévaluation, d'implication du personnel et de rappel des bonnes pratiques professionnelles. Les répondants soulignent l'importance de l'implication du personnel et y attachent une valeur forte. Les établissements ayant considéré l'évaluation comme une opportunité soulignent que l'évaluation est l'occasion de se réunir autour d'une table afin de collaborer dans un même but. De plus, ils rappellent que cette implication fait partie intégrante de l'évaluation dans le secteur social et médico-social. L'évaluation saisit comme une occasion d'amélioration des prestations, les répondants y voient le moment de prendre du recul sur leur quotidien et de faire un rappel sur les bonnes pratiques professionnelles.

En général, les répondants apprécient l'évaluation et la perçoivent comme l'opportunité de mettre en place de nouvelles actions et d'améliorer leurs pratiques. Ils soulignent l'importance d'avoir, à certaines échéances, un regard critique sur les prestations qu'ils délivrent.

Enfin, ils ne considèrent pas l'évaluation comme une fin mais comme une étape dans la mise en place de leur démarche qualité. Ils considèrent ce point comme étant positif. Selon eux, dans le secteur sanitaire l'évaluation est plus « stressante » car elle implique la délivrance d'une certification.

b. La place du référentiel dans l'évaluation

D'une manière générale et comme vu précédemment dans l'analyse par établissement, les structures optent pour un référentiel propre à leurs spécificités et reflétant au mieux leurs pratiques.

Les établissements interrogés lors des entretiens considèrent le référentiel au centre de la démarche d'évaluation et lui accordent une place fondamentale.

Par l'importance de la place qu'il occupe, un certain nombre de moyens humains sont déployés pour mettre en œuvre cet outil d'évaluation. Ainsi, sur une certaine période, plusieurs groupes de travail sont mis en place.

Quelques établissements interrogés recrutent notamment des stagiaires ayant une formation dans le domaine de la qualité afin de les aider à mener à bien leurs évaluations.

En ce qui concerne le seul établissement à avoir procédé à l'achat son référentiel, ce dernier justifie son choix sur la méthodologie appliquée ainsi que sur le prix proposé.

Dans l'ensemble, les établissements vont dans le sens de la Haute Autorité de Santé et traduisent les RBPP pour mettre en œuvre leur référentiel.

c. La vision d'un référentiel commun d'évaluation

La création d'un référentiel commun d'évaluation et la proposition de cet outil aux établissements interrogés est l'essence même de cette étude.

La quasi-totalité des établissements comme visualisable dans l'analyse par établissement est favorable à la mise en place d'un tel outil à condition d'être tenus informés, d'être accompagnés et d'avoir un interlocuteur en cas de difficultés de mise en place.

Les deux Maisons d'Accueil Spécialisées qui ont évoqué des réticences quant à cette éventuelle mise en place le justifient par l'abolition complète du concept d'évaluation dans le secteur qui est à la base une auto-évaluation et non une certification. Ils appréhendent par la mise en place de ce type de système d'une « sanitarisaiton » du secteur. Ils évoquent par ce terme la récente fusion ANESM/HAS et craignent que l'autorité spécialisée à l'origine dans le secteur sanitaire ne prenne en compte toutes les dimensions du secteur social et médico-social.

D'une manière générale, et ce grâce au référentiel proposé, les établissements ont trouvé intéressant le développement de certains critères auxquels ils n'ont pas encore pensé comme la qualité et la sécurité de l'environnement ou encore la prise en charge médicamenteuse. Unanimement, la gestion des risques est un point qui paraît aux yeux des répondants intéressant à développer.

Cependant, les répondants insistent sur le fait qu'un référentiel à l'image du secteur sanitaire n'a aucun intérêt dans le secteur social et médico-social, le sanitaire ayant une approche de la gestion des risques plus large.

Majoritairement, les établissements espèrent que lors de la mise en place par la HAS d'un référentiel commun, celle-ci leur transmettra un volet spécifique personnalisable par chacun.

Les personnes interviewées soulignent que si la HAS développe un référentiel pour le cadre commun du secteur, les établissements pourraient consacrer plus de temps aux critères propres aux usagers. Ils ajoutent que des actions au-delà du règlementaire et affectant l'usager dans sa prise en charge pourraient être mises en place.

Globalement, les établissements, grâce à l'outil proposé, ont pu mettre une image sur l'éventuel type de référentiel qui sera mis en œuvre par la HAS. Ils aimeraient que cet outil soit expérimenté sur un échantillon d'établissements afin d'en avoir les premiers retours et d'appréhender au mieux la démarche.

C. DISCUSSION

La discussion constitue le miroir de l'introduction et permet de comparer les résultats avec les données obtenues dans la revue de littérature.

Cette partie est notamment le moment de faire le point sur l'atteinte des objectifs fixés. Dans le cadre de cette étude, l'ensemble des objectifs ont abouti. En effet, les outils ont pu être mis en œuvre et exploités et les entretiens ont été menés.

Comme observé dans la revue de littérature et lors des entretiens, l'évaluation des ESSMS n'a pas une visée certificative mais une finalité d'auto-évaluation.

Cette démarche est le moyen de prendre du recul sur les pratiques afin d'en effectuer un jugement et ainsi de prendre des décisions. L'objectif n'étant pas un classement des établissements ou la délivrance d'un « diplôme », les ESSMS appliquent leurs propres méthodologies.

Cependant, en rejoignant les dires du rapport de l'IGAS⁴⁶ ainsi que les objectifs de la HAS, les résultats de notre étude vont dans le sens de la nécessité d'une harmonisation de la démarche d'évaluation.

Les établissements interrogés lors des entretiens ne sont pas contre l'idée de la mise en place d'un référentiel commun.

⁴⁶ IGAS, (Juin 2017). *Rapport - Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux.*

Cependant, ils exigent que ce référentiel aborde un cadre spécifique à chacun et que le cadre commun soit évalué afin de pouvoir se situer par rapport à sa propre évaluation.

I. INTERPRETATION DES RESULTATS

Les résultats de cette étude soulignent plusieurs points. Tout d'abord, les établissements dans leur démarche d'évaluation font le choix de créer leur référentiel pour de multiples raisons. Ils expliquent ce choix par un manque de moyens financiers, par la spécificité de leur établissement et par l'importance pour eux d'impliquer leurs équipes dans un but de valorisation des actions mises en place. L'ensemble de ces éléments expliquent l'existence des multiples référentiels recensés lors de l'étude comparative.

Ensuite, les personnes interrogées lors des entretiens sont pour la plupart favorables à la proposition d'un cadre commun d'évaluation. Ils sont actuellement dans l'attente de voir ce que la Haute Autorité de Santé propose en termes de méthodologie et d'application. Pour le moment, les répondants sont sceptiques sur la probabilité d'englober l'ensemble du secteur social et médico-social dans un unique référentiel. Un autre point essentiel est mis en valeur dans ce paragraphe. En effet, de par le référentiel créé, on a pu s'apercevoir de la difficulté d'englober l'ensemble du secteur social et médico-social sans prendre la réalité du terrain. Par conséquent, ce travail nécessite une très grande réflexion et plusieurs années de travail en collaboration avec les professionnels concernés.

Enfin, les personnes interviewées mettent l'accent sur l'importance de l'accompagnement lors du déploiement du nouveau dispositif d'évaluation par la HAS. Ils espèrent, lors de la mise en œuvre de ce système, un accompagnement par type d'établissement.

Jusqu'à aujourd'hui, le secteur social et médico-social a procédé seul à son évaluation avec une méthodologie propre à son établissement. Par l'annonce de la création d'un référentiel commun par la HAS, ce secteur se retrouve face à un système qui pourrait complètement changer sa méthode d'évaluation.

Malgré un avis généralement favorable, les répondants craignent une « sanitisation » du secteur et donc une évaluation qui ne prendrait pas l'individu comme un usager mais comme un patient.

En effet, l'objectif initial d'un ESSMS n'est pas de guérir mais d'accueillir et accompagner en prenant en compte toutes les dimensions sociales et environnementales de l'utilisateur. Ce point paraît très important de par la crainte relevée lors des différents entretiens menés.

La HAS a pour origine une dimension fondée sur la pratique médicale avec une évaluation médico-économique basée sur des preuves. Ainsi, elle risque de se concentrer sur les processus et les procédures, au détriment du qualitatif. Or, un ESSMS est par nature construit autour de la relation professionnels-utilisateurs. Par cette relation, les professionnels sont parvenus à s'entendre sur des recommandations qui reflètent la singularité de leurs pratiques et donnent du sens à leurs actions. En effet, intégrée au management des établissements, la démarche évaluative mobilise l'ensemble des équipes à travers des réflexions sur la qualité des prestations, leur pertinence et leurs effets sur les utilisateurs. Au sein de ce secteur, cette démarche d'évaluation va bien au-delà d'un processus de conformité.

D'une manière globale, il paraît difficile mais pas impossible de mettre en place une démarche d'évaluation commune au secteur social et médico-social. Pour une mise en place effective, il faudrait que les établissements soient accompagnés dans cette démarche par l'attribution de moyens financiers et/ou humains. Enfin, les établissements attendent de cette démarche qu'un interlocuteur soit mis à disposition afin de répondre aux différentes interrogations.

II. PRATIQUES DIFFERENTIELLES ET COMMUNES ENTRE SECTEURS SANITAIRE, SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

La naissance du secteur sanitaire, social et médico-social est à l'origine d'une nécessité. Ces deux secteurs d'activité répondaient à des besoins spécifiques. Les demandes de soin pour le sanitaire et les demandes d'accompagnement social pour le médico-social. Les deux secteurs font partis d'un système binaire avec des missions bien définies.

Mais, « l'évolution » sociale et les nécessités économiques conjoncturelles obligent ces deux secteurs à collaborer d'une autre façon. Les Agences Régionales de Santé cherchent à développer ces collaborations en proposant des colloques et des formations.

Il paraît important de mettre en valeur les pratiques communes et différentielles des secteurs sanitaire, social et médico-social afin de comprendre la raison pour laquelle il est nécessaire d'harmoniser les pratiques.

On constate par la lecture de la revue de littérature un rapprochement du secteur social, médico-social et du secteur sanitaire concernant la procédure d'évaluation. Ce rapprochement s'est confirmé depuis que la HAS pilote le secteur social et médico-social en sus du secteur sanitaire.

On observe au sein de ces deux secteurs pratiquement le même modèle de fonctionnement d'évaluation. Les seules différences concernent l'organisme d'accompagnement, la fréquence des évaluations ainsi que les référentiels utilisés.

Cette tendance de rapprochement de ces deux secteurs se concrétise notamment par l'utilisation des mêmes outils Qualité comme les évaluations de pratiques professionnelles ou encore les audits de processus.

De plus, depuis janvier 2017, le secteur social et médico-social se voit mettre en place pour certains de ses établissements des CPOM avec la mise en place d'objectifs Qualité à atteindre tout comme dans le secteur sanitaire.

Dans ce contexte et comme confirmé par les résultats des entretiens individuels, nous voyons ressurgir certaines craintes de la part des professionnels comme la peur de perdre leur identité professionnelle, leur influence, voire leur budget et pour certaines associations de ne plus exister. C'est aussi une perte de repères et une altération à leur fonctionnement.

Ces différences et similitudes montrent l'intérêt d'une démarche commune. Il ne s'agit pas de copier la pratique de l'une pour l'assimiler à l'autre mais d'harmoniser les pratiques du secteur social et médico-social afin de pouvoir collaborer et échanger.

Il est important de notifier que cette collaboration ne pourrait se résumer à des prises en charge successives mais à un ensemble, avec des apports conjoints des uns et des autres qui construiront une réponse permettant à une personne d'être prise en charge dans toutes ses dimensions.

Enfin, le pilotage de la démarche qualité des ESSMS par la HAS est une évolution qui va apporter de nouvelles exigences au secteur social et médico-social et va probablement le rapprocher du secteur sanitaire.

III. POURQUOI HARMONISER LES PRATIQUES

Le cloisonnement entre les champs sanitaire, social et médico-social a des effets délétères : errance des personnes, ruptures dans les parcours, non recours à des soins ou des accompagnements⁴⁷. Ainsi, les missions élargies de la HAS devront permettre une meilleure articulation et une meilleure collaboration des différents acteurs sur le terrain, en se recentrant sur les besoins des personnes.

Les évolutions des problématiques des usagers consécutives à la montée de la précarité économique et sociale se traduisent par l'apparition de problématiques multifactorielles des personnes. Il y a donc nécessité à décroisonner le secteur sanitaire, social et médico-social pour améliorer la prise en charge globale des personnes.

Aussi, devant l'ampleur du nombre de personnes à prendre en charge et face à une nouvelle définition des missions tant du secteur médico-social que du secteur sanitaire, il est nécessaire que ces deux secteurs collaborent.

Dès lors le sanitaire et le social se doivent de coopérer et se coordonner pour répondre à une prise en charge adaptée. Cette coopération est pensée à différents niveaux : la mise en œuvre de partenariats et de réseaux et également l'interrogation de la pluridisciplinarité. Le travail en équipe pluridisciplinaire, l'articulation des différentes cultures professionnelles et des pratiques, est désormais mis au cœur des préoccupations et devient le levier du rapprochement, du décroisonnement du secteur sanitaire, social et médico-social.

L'ensemble des éléments ci-dessus rejoignent les propos de DUCALET Philippe⁴⁸, « [...] *le domaine médico-social aurait gagné à s'aligner sur le domaine sanitaire. Cependant, il n'était pas possible de transposer les méthodes d'évaluation d'un domaine d'un l'autre, du fait des différences de taille et de nature qui séparent leurs établissements* ».

⁴⁷ Haute Autorité de Santé, (Avril 2018). *Communiqué de presse – Avec l'élargissement de ses missions au social et médico-social, la HAS intervient désormais sur tous les enjeux de santé*

⁴⁸ DUCALET Philippe (2008). *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales - Sens, enjeux et méthode*. 3^{ème} Ed., Ed. Seli Arslan, 320 p.

1. En cohérence avec les travaux de la HAS

Depuis le 1^{er} avril 2018, la HAS pilote le secteur social et médico-social⁴⁹. L'harmonisation des pratiques d'évaluation dans ce secteur est l'un des principaux objectifs de cette autorité.

L'un des premiers chantiers concernera l'élaboration d'un référentiel commun pour l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux. A ce jour, chaque structure produit son propre référentiel ce qui représente une charge importante pour les plus petites d'entre elles et génère des évaluations hétérogènes, n'apportant pas une information éclairante pour les autorités publiques qui délivrent les autorisations.

En complément de ce socle commun, la HAS produira des volets spécifiques selon le type d'établissement et d'activité, en concertation avec les professionnels du secteur.

De la même façon qu'elle l'a systématisé pour les hôpitaux et cliniques, la HAS va également développer des indicateurs pour recueillir la satisfaction des personnes âgées et handicapées accueillies dans les établissements sociaux et médico-sociaux⁵⁰.

L'intégration des missions de l'ANESM et de ses équipes va favoriser le partage des approches qualité et des méthodologies, ce qui permettra d'enrichir les évaluations d'établissements ainsi que l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques. Si le sujet s'y prête, ces recommandations aborderont d'ailleurs systématiquement les aspects sanitaires, sociaux comme médico-sociaux.

Par ces éléments, nous concluons que l'harmonisation des pratiques concernant l'évaluation dans le secteur social et médico-social prend tout son sens et connaîtra dans un avenir proche selon la HAS de nombreuses évolutions.

2. Un enjeu financier

La généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et le passage à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses sont deux réformes structurantes dans le secteur social et médico-social.

⁴⁹ Article 72 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018

⁵⁰ Haute Autorité de Santé, (Avril 2018). *Communiqué de presse – Avec l'élargissement de ses missions au social et médico-social, la HAS intervient désormais sur tous les enjeux de santé*

L'EPRD se substitue aux budgets prévisionnels et se caractérise par une inversion de la logique antérieure : la prévision des produits détermine dorénavant celle des charges.

En 2017, la Direction Générale de la Cohésion Sociale a adressé ses directives aux ARS en vue de la conclusion des CPOM qui s'imposent aux gestionnaires d'EHPAD, de petites unités de vie, de SSIAD et de structures médico-sociales pour personnes handicapées. Le CPOM doit être conclu par les gestionnaires de structures médico-sociales pour personnes âgées ou en situation de handicap, conformément à la loi d'adaptation au vieillissement et aux lois de financement de la sécurité sociale.

Par conséquent, de nouvelles exigences ont fait leur apparition dans le secteur : la mise en place de CPOM qui engendre une réforme de la tarification et de la contractualisation des ESSMS. Par exemple, au sein des EHPAD ceci entraîne une réforme tarifaire par le passage à un financement forfaitaire des soins et de la dépendance et une contractualisation rénovée à travers la substitution obligatoire d'un CPOM à l'actuelle convention tripartite pluriannuel.

L'ensemble de ces éléments nécessite une remise à niveau du secteur social et médico-social face au secteur sanitaire sous peine de sanction budgétaire et de non-satisfaction de leur prochaine visite d'évaluation externe, en cas de non atteinte des objectifs fixés par le CPOM.

Par ces différents éléments, l'harmonisation des pratiques d'évaluation dans le secteur social et médico-social se justifie notamment sur le plan financier.

D. LIMITES DE L'ETUDE

« *Aucune œuvre humaine n'est parfaite* » dit-on. Cette recherche qui a pour objectif primordial de déterminer s'il est possible de mettre en place un référentiel commun d'évaluation à l'ensemble du secteur social et médico-social comporte tout de même quelques limites.

Les méthodes qualitatives sont particulièrement bien appropriées pour l'étude des opinions, des comportements et des pratiques des individus, et se justifient donc pleinement pour cette étude.

Elles ont permis de comprendre le point de vue des interlocuteurs, leurs besoins et attentes en prenant en compte les contextes propres à chacun.

L'enquête qualitative est une méthode plutôt inductive qui correspond souvent à une première étape de recherche, elle permet de repérer l'importance de certains modes de raisonnements, de dégager des typologies⁵¹. En effet, si l'étude qualitative permet de bien repérer les différentes attitudes face à un projet, elle est en revanche incapable de savoir combien de personnes sont plus proches d'une opinion que d'une autre. Seule l'étude quantitative le permet réellement.

Même si l'échantillon de l'étude est assez représentatif, il reste que les différentes catégories d'établissements sont représentées de manière assez inégale, limitant ainsi certaines comparaisons. De plus, la taille de l'échantillon pourrait paraître trop faible pour légitimer les résultats obtenus. Mais pour avoir des données plus « complètes », il m'aurait fallu disposer de beaucoup plus de temps. J'aurais consacré ce temps à effectuer un certain nombre d'entretiens. Il demeure que l'enjeu d'une étude qualitative ne se situe pas dans le nombre de personnes interrogées mais bien dans la manière de les interroger et d'analyser leurs propos.

Toujours concernant les limites, nous pouvons aborder la qualité de la connaissance produite. En effet, il pourrait exister un écart entre le discours d'un individu sur ses pratiques et la réalité des pratiques décrites. Les résultats et les conclusions de cette étude sont aussi limités par les outils et techniques de production de données utilisées, par le temps et par la géographie. Il convient nécessairement de replacer les résultats de cette recherche dans le contexte de l'étude.

E. PERSPECTIVES

Grâce à l'étude menée dans ce mémoire, certaines perspectives ont vu le jour. Ces dernières sont au nombre de trois. Les objectifs à venir concernent le développement de l'ensemble du référentiel d'évaluation puis de l'expérimenter sur un certain nombre d'établissements. Par la suite, il sera notamment intéressant d'utiliser cet outil à des fins professionnelles.

⁵¹ BRECHON Pierre. *Presses universitaires - Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. 14 p.

1. Développer l'ensemble du référentiel

Le référentiel proposé lors des entretiens individuels s'est vu évoluer grâce aux regards des différents professionnels et experts du domaine. Grâce à leurs conseils, le chapitre premier du référentiel a pu être développé dans sa totalité.

Pour une raison de temps, le second chapitre n'a pas pu être approfondi dans le cadre de cette étude. Ce chapitre, très spécifique à chaque prise en charge nécessite plusieurs mois de travail en collaboration avec différents professionnels.

L'objectif à venir est de développer l'ensemble du référentiel en collaboration avec un groupe de travail pluridisciplinaire d'un EHPAD.

2. Expérimenter l'outil

L'outil proposé n'a pas été développé dans sa totalité pour cette étude. Ainsi, son expérimentation n'était pas possible. En relation avec les objectifs fixés et lorsque le référentiel sera développé dans son intégralité, il sera intéressant de l'expérimenter sur un échantillon d'établissements. Après validation par les professionnels collaborateurs, l'outil sera appliqué sur un total de 7 établissements de type EHPAD.

Cette expérimentation va nous permettre de nous rendre compte de la réalité de terrain et ainsi améliorer le référentiel jusqu'à en être le plus proche possible. Par la suite, le référentiel sera expérimenté sur d'autres types d'établissements.

3. Utiliser l'outil dans un cadre professionnel

Dans le cadre d'un projet de reprise d'un cabinet d'audit, conseil et formation, le référentiel pourra être développé sous forme de logiciel afin d'accompagner les établissements dans leurs démarches d'évaluation. Ce logiciel pourra comporter en plus d'un référentiel, l'ensemble d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

L'outil pourra être présenté sous forme de critères tout comme la version papier actuelle. Nous pourrons, en plus de ces critères, répertorier l'ensemble des RBPP afin de permettre à l'établissement de détenir un logiciel complet comprenant l'ensemble de sa démarche d'évaluation. Il comportera notamment ses évaluations externes et ses plans d'action.

CONCLUSION

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 a introduit pour l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, une obligation d'évaluation interne portant sur les activités et la qualité des prestations délivrées. L'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux sont concernés par ce dispositif.

Les concepts de l'évaluation applicables au secteur sanitaire, social et médico-social ont été présentés. Ils constituent un impératif pour les deux secteurs avec cependant une visée différente pour chacun d'entre eux.

Pour répondre à ces obligations et pour mener à bien l'évaluation au sein des ESSMS, il convient de choisir un outil pertinent. Pour cela, différents référentiels existants ont été comparés. Puis, un référentiel a été créé dans le but de rendre la démarche la plus concrète possible.

Des entretiens individuels ont été menés afin de recueillir les avis des professionnels concernés sur l'utilisation d'un outil d'évaluation et leur vision concernant un référentiel commun d'évaluation.

L'ensemble de ces outils et techniques a permis de croiser un certain nombre de données et de détenir par conséquent divers résultats permettant de répondre à la problématique posée.

Ainsi, à cette problématique posée initialement et portant sur la mise en place d'un référentiel unique d'évaluation des ESSMS, il a été constaté que l'outil sélectionné y répond favorablement et satisfait donc à la question de départ. Néanmoins, cet outil tel qu'il est aujourd'hui ne peut être utilisé dans le cadre d'une évaluation. En effet, il nécessite encore de nombreuses heures de travail.

En effet, l'étude se déroulant sur un temps défini, il n'a pas été possible d'aller jusqu'au bout de la démarche et d'expérimenter le référentiel.

A l'avenir, par une collaboration en groupe de travail avec un groupe pluridisciplinaire et dans le cadre d'un projet professionnel, il est intéressant de développer ce projet jusqu'à son aboutissement.

Cependant, il ne faut pas oublier que le nombre et la diversité des établissements du secteur social et médico-social sont conséquents. En effet, ce secteur est composé de quelque 36 000 établissements et structures à l'inverse de 15 000 établissements dans le sanitaire. Partant de ces données, il ne faut pas négliger la difficulté d'intégrer l'ensemble des établissements du secteur social et médico-social dans un même référentiel.

Une fois l'étude menée, il a été intéressant de confirmer les hypothèses posées en contactant la Haute Autorité de Santé qui pilote les deux secteurs étudiés. Cette dernière a confirmé la volonté de s'inscrire dans une démarche de création d'un socle commun d'évaluation avec déclinaison selon les spécificités des établissements et de le mettre à disposition du secteur d'ici 2020.

La reprise des missions de l'ANESM par la HAS pose une question sur le décloisonnement du secteur sanitaire, social et médico-social.

Concernant l'outil d'évaluation, si la HAS propose un référentiel unique d'évaluation, peut se poser la problématique du concepteur unique qui rend fragile la pérennité et la mise à jour du référentiel en cas de modifications dans le secteur comme on a pu l'observer avec la récente fusion des deux autorités.

Nous rejoignons et concluons ce mémoire par ces propos de DUCALET Ph. et LAFORCADE M.⁵² : *« si le meilleur des référentiels est celui qui co-construit par les professionnels car il permet à chacun de s'en approprier le sens et de s'inscrire dans l'intelligence de son contenu, le pire des référentiels est également celui qui est uniquement construit par les professionnels, car il encourt le risque de l'autosatisfaction »*.

⁵² DUCALET Ph., LAFORCADE M. (2002). *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris, Ed. Seli Arslan, 272 p.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- BEAUCOURT Christel, (2011). Le Management des Ressources Humaines dans les Entreprises du Social et de la Santé, Ed. Management Prospective, 290 p.
- DEFRESNE Catherine ; RUFIN Frédéric (2012). Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition, Ed. ARSI, 328 p.
- DEJOURS Christophe, (2003). L'épreuve du travail à l'épreuve du réel – Critique des fondements de l'évaluation. Ed. Quae, Paris, 84 p.
- DUCALET Ph., LAFORCADE M. (2002). Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Paris, Ed. Seli Arslan, 272 p.
- ETTORCHI-TARDY A. ; LEVIF M. ; MICHEL Ph. (2011). Le Benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé. Ed. CNAMTS. 48 p.
- GRAWITZ Madeleine, (2001). *Méthodes des sciences sociales*, 11ème éd., Ed.Dalloz. p.644
- HADJI Charles, (1992). *L'évaluation des actions éducatives*, Ed. Presses Universitaires de France. 191 p.
- LEGENDRE Renald, (20 février 2006). *Le dictionnaire actuel de l'éducation*, 3ème Ed., Ed. Guérin Canada. 1584 p.
- PERRET Bernard, (2008). L'évaluation des politiques publiques. Ed. La Découverte, 128 p.
- ROGIERS Xavier (2010). L'école et l'évaluation. 2ème édition, Ed. De Boeck Supérieur, 368 p.
- SCRIVEN Michael, (1967). *The methodology of evaluation*, Ed. Lafayette. 70 p.

Rapports et recommandations

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, (2002). Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. 77 p.
- Agence Nationale des Services à la Personne, (2012). *La démarche qualité dans les services à la personne*. 107 p.
- BRECHON Pierre. Presses universitaires - Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives. 14 p.
- Direction Générale de l'Action Sociale, (Mars 2004). *Démarche qualité – évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire*, 40 p.
- Haute Autorité de Santé, (Avril 2018). Communiqué de presse – Avec l'élargissement de ses missions au social et médico-social, la HAS intervient désormais sur tous les enjeux de santé
- Haute Autorité de Santé, (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
- Haute Autorité de Santé (Avril 2018). Outils et textes de référence relatifs à l'évaluation
- HESSE Catherine ; LECONTE Thierry, (2017). Rapport - Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux. 224 p.
- IGAS, Rapport public, *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Juin 2017
- Institut National d'Etudes Démographiques. Méthodologie d'enquête - Aspects statistiques
- LUGEN Marine. Petit guide de méthodologie de l'enquête. Université libre de Bruxelles. 28 p.

Mémoires

- BALLEIDIER Gilles, (Mars 2014). *L'évaluation dans les établissements médico-sociaux : enjeux et perspectives*, école des hautes études en santé publique, 87 p.
- BONNET Claudine, (2008). *Le choix d'un référentiel adapté, une condition nécessaire pour conduire l'évaluation interne dans un SSIAD*, école des hautes études en santé publique, 93 p.

Décrets et lois

- Arrêté du 17 avril 2013 portant reconnaissance de correspondance partielle entre le référentiel de certification de service constitués de la norme NFX 50-058 et des règles de certification NF 386
- Décret du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges de l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux inséré à l'annexe 3-10, chapitre I, section 1 du CASF
- Circulaire du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les ESSMS
- Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Sites internet

- Hadji, Charles, (2012). *Faut-il avoir peur de l'évaluation ?*, Revue des sciences de l'éducation, Volume 38, numéro 3 (consulté le 24 février 2018). Disponible sur <https://www.erudit.org/fr/revues/rse/2012-v38-n3-rse01175/1022725ar.pdf>
- HAS, Communiqué de presse, (consulté le 20 août 2018). Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2841384/fr/avec-l-elargissement-de-ses-missions-au-social-et-medico-social-la-has-intervient-desormais-sur-tous-les-enjeux-de-la-sante
- KPMG, *Secteur Social et Médico-social : Regards croisés, Enjeux et perspectives*. (consulté le 2 mai 2018). Disponible sur <http://www.cnape.fr/files/news/1298.pdf>

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I. Calendrier réglementaire des évaluations

ANNEXE II. Notation de la certification

ANNEXE III. Guide d'entretien individuel

ANNEXE IV. Liste des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ANNEXE V. Sommaire du référentiel d'évaluation créé

ANNEXE VI. Référentiel d'évaluation

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Echantillon de l'étude	34
Tableau 2 : Etude comparative des référentiels.....	40
Tableau 3 : Critères de choix du référentiel	47
Tableau 5 : Analyse par établissement.....	66

LISTE DES SIGLES UTILISES

ANCREAI : Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements

APAJH : Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMSP : Centre d'Action Médico-sociale Précoce

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP : Code de la Santé Publique

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DIQASM : Direction de la Qualité de l'Accompagnement Social et Médico-social

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FEGAPEI : Fédération nationale des associations Gestionnaires au service des Personnes handicapées et fragiles

GIP : Groupe d'Intérêt Public

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IFAQ : Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MECSS : Mission d'Evaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale

PAQ : Plan d'Action Qualité

PLFSS : Plan Loi de Financement de la Sécurité Sociale

RBPP : Recommandation des Bonnes Pratiques Professionnelles

SFE : Société Française de l'Evaluation

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

UNAPEI : Union Nationale des Associations de Parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis

UNASSI : Union Nationale des Associations et Services de Soins Infirmiers

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	4
PARTIE I. REVUE DE LITTERATURE.....	6
A. L'EVALUATION.....	7
I. UN CONCEPT PLURIDISCIPLINAIRE.....	7
1. La modernisation de l'Etat par les évaluations	8
2. Evaluer ce n'est pas mesurer.....	9
II. L'EVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES : UN OUTIL DE PILOTAGE	10
1. L'évaluation : un terme pour de multiples fonctions	11
2. Les deux formes essentielles de l'évaluation	12
B. LES POLITIQUES SANITAIRE ET SOCIALE	13
I. L'EVALUATION : VERS UNE DYNAMIQUE D'AMELIORATION.....	14
II. DEUX SECTEURS DISTINCTS : LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL	15
1. Evaluation et certification : 2 notions distinctes	16
2. Application de l'évaluation au sein des deux secteurs.....	18
a. Evaluation interne et externe.....	19
b. La procédure de certification	20
3. Une autorité publique commune	21
a. Les organismes habilités : un marché hétérogène.....	22
b. L'expert-visiteur mandaté	23
4. Le référentiel : un outil de référence pour les établissements	24
PARTIE 2. METHODOLOGIE.....	27
A. CHOIX D'UNE APPROCHE METHODOLOGIQUE.....	27
I. LES METHODES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES	28
II. LES TECHNIQUES DE RECUEIL DE DONNEES	28
1. L'étude comparative.....	29
2. L'entretien individuel	30
III. ELABORATION D'UN GUIDE D'ENTRETIEN.....	31
1. Les thèmes choisis	31
2. L'évolution du guide	32
B. L'ECHANTILLONNAGE.....	32
I. LA POPULATION MERE.....	33

II.	LA CONSTRUCTION DE L'ÉCHANTILLON	33
III.	LE CRITERE DE SATURATION.....	34
C.	LA COLLECTE DE DONNEES	35
I.	L'ANALYSE COMPARATIVE	35
1.	La construction du tableau	37
2.	L'analyse du tableau	41
a.	ARSENE	41
b.	PROMAP	42
c.	QUALIT-EVAL.....	42
d.	ANGELIQUE.....	43
e.	UNASSI	43
f.	QUALIEVAL	44
g.	APAJH.....	45
h.	Conclusion	45
3.	La sélection	47
II.	LA CREATION D'UN OUTIL COMMUN A L'EVALUATION	50
1.	Initiation et cadrage de la démarche	51
2.	Conception du référentiel	52
3.	Consolidation du référentiel.....	56
III.	LA CONDUITE DE L'ENTRETIEN	56
1.	La prise de contact.....	57
2.	Le déroulement de l'entretien	57
D.	L'ANALYSE ET L'INTERPRETATION DES DONNEES	58
<u>PARTIE 3. RESULTATS ET ANALYSE</u>		59
A.	RAPPEL DU CONTEXTE D'ETUDE.....	59
I.	OBJECTIFS A ATTEINDRE.....	61
B.	RESULTATS.....	62
I.	L'APPORT DE L'ETUDE COMPARATIVE	62
II.	LA CREATION D'UN REFERENTIEL D'EVALUATION	63
1.	Avantages	63
2.	Inconvénients	64
III.	ANALYSE DESCRIPTIVE	65
1.	Analyse par établissement	66
2.	Analyse globale.....	68
a.	La vision de l'évaluation	69

b. La place du référentiel dans l'évaluation	69
c. La vision d'un référentiel commun d'évaluation	70
C. DISCUSSION	71
I. INTERPRETATION DES RESULTATS	72
II. PRATIQUES DIFFERENTIELLES ET COMMUNES ENTRE SECTEURS SANITAIRE, SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL	73
III. POURQUOI HARMONISER LES PRATIQUES	75
1. En cohérence avec les travaux de la HAS	76
2. Un enjeu financier	76
D. LIMITES DE L'ETUDE	77
E. PERSPECTIVES	78
1. Développer l'ensemble du référentiel	79
2. Expérimenter l'outil	79
3. Utiliser l'outil dans un cadre professionnel	79
<u>CONCLUSION</u>	<u>80</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>82</u>
<u>TABLE DES ANNEXES</u>	<u>85</u>
<u>TABLE DES ILLUSTRATIONS</u>	<u>86</u>
<u>LISTE DES SIGLES UTILISES</u>	<u>87</u>

ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I. Calendrier réglementaire des évaluations

ANNEXE II. Notation de la certification

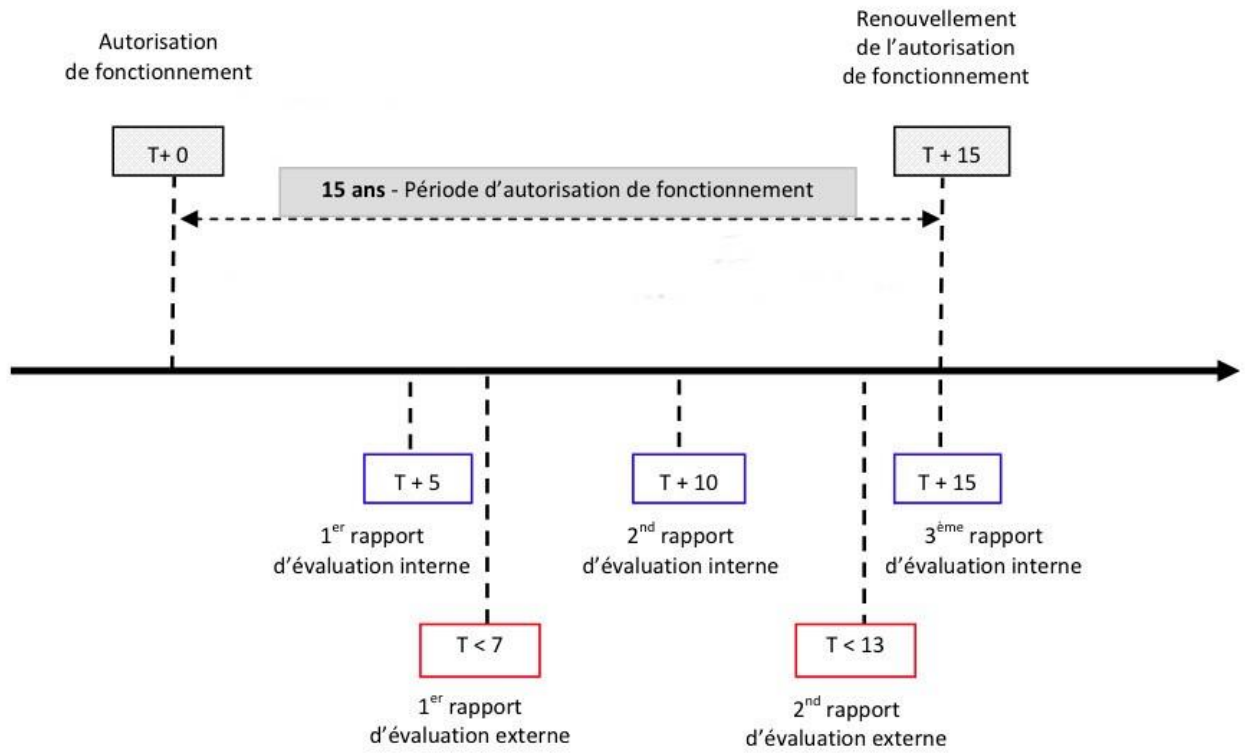
ANNEXE III. Guide d'entretien individuel

ANNEXE IV. Liste des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ANNEXE V. Sommaire du référentiel d'évaluation créé

ANNEXE VI. Référentiel d'évaluation

ANNEXE I. Calendrier réglementaire des évaluations



ANNEXE II. Notation de la certification

La décision de certification de la HAS

Certification (A) (délivrée pour 6 ans)

**Certification avec recommandation(s)
d'amélioration (B)** (délivrée pour 4 ans)

Certification avec obligation(s) d'amélioration (C) (délivrée pour 2 à 4 ans selon les cas)

Sursis à statuer (D) (l'établissement n'est pas certifié tant qu'il n'a pas apporté la preuve de la résolution des écarts).

Non certification (E) (le nombre et la gravité des réserves - dont des situations à risques observées et non maîtrisées - est tel qu'il n'est pas possible de certifier l'établissement.)

ANNEXE III. Guide d'entretien individuel

Consigne : « Comme je l'ai évoqué dans mon mail, je suis étudiante en master 2 management de la qualité et des risques à l'institut lillois d'ingénierie de la santé. Dans le cadre de ma formation, je mène un travail de recherche. Il était intéressant dans ce cadre, d'avoir plusieurs opinions relatives à l'évaluation des ESMS. Ce n'est pas un sondage. Il s'agit plutôt d'un entretien très libre dans lequel il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse, ce qui est intéressant c'est ce que vous pensez personnellement. Pour des raisons pratiques, j'ai besoin d'enregistrer cet entretien mais il restera anonyme et les informations seront traitées dans un cadre strictement scolaire ».

I. Le concept d'évaluation

1. Pouvez-vous me dire ce que vous évoque le terme d'évaluation ?
2. Quelle est la vision que vous avez de l'évaluation dans le secteur médico-social ?
3. Quelles démarches d'évaluation mettez-vous en place dans votre établissement/structure ?

II. Rôle du référentiel

4. Pouvez-vous me parler du référentiel d'évaluation interne/externe utilisé ?
5. Pouvez-vous me dire quelle place a le référentiel d'évaluation dans votre démarche ?
6. Est-il acheté ? Créé en groupe de travail ? Ou mutualisé avec d'autres établissements ?
7. Sur quels critères est-il choisi ou construit ?
8. Pouvez-vous me donner votre avis sur la création d'un référentiel commun d'évaluation des ESSMS à l'image du secteur sanitaire ?

III. Points forts et points d'amélioration du référentiel test proposé

9. Pouvez-vous me dire quels points vous semblent les plus pertinents dans le référentiel qui vous a été proposé ?
10. Selon vous, quels points semblent à améliorer ?
11. Pensez-vous que ce référentiel serait adapté à votre structure pour votre démarche d'évaluation ? Pour quelles raisons ?

A la fin de l'entretien : reprendre et résumé en quelques phrases ce qui a été dit pour confirmer. Conclure, remercier et proposer un retour sur les résultats.

ANNEXE IV. Liste des établissements et services sociaux et médico-sociaux

PUBLIC ACCUEILLI	TYPES DE STRUCTURES
Enfants et adolescents	CAFS : centre d'accueil familial spécialisé CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce CMP : centre médico-psychologique CMPP : centre médico-psychopédagogique Hôpital de jour CRA : centre de ressources autisme IEM : institut d'éducation motrice IES : institut d'éducation sensorielle IME : institut médico-éducatif IEM : institut d'éducation motrice ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique SSAD : service de soins et d'aide à domicile SSEFIS : service de soutien à l'éducation familiale SAAAIS : service d'aide à l'acquisition de l'autonomie SAPAD : service d'assistance pédagogique à domicile SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile
Adultes	Accueil temporaire/accueil de jour CPO : centre de pré-orientation CRP : centre de rééducation professionnelle CRA : centre de ressources autisme ESAT : établissement et service d'aide par le travail Foyers d'hébergement CAJ : centre d'activités de jour CITL : centre d'initiation au travail et aux loisirs FAM : foyer d'accueil médicalisé Hôpital de jour GEM : groupe d'entraide mutuelle MAS : maison d'accueil spécialisée SAS : section d'adaptation spécialisée SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées UEROS : unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle SSIAD : services de soins infirmiers à domicile
Personnes âgées	EHPAD : établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes Logements-foyers USLD : unités de soin de longue durée

ANNEXE V. Sommaire du référentiel d'évaluation créé

Chapitre 1. Management de l'établissement

Partie 1. Management stratégique

1. Stratégie d'établissement

- 1.1. Projet d'établissement/de service
- 1.2. Valeurs, missions et stratégie de l'établissement
- 1.3. Collaborations, coopérations et partenariats
- 1.4. Accès et recours aux droits des usagers
- 1.5. Démarche éthique
- 1.6. Evaluation interne

2. Organisation et modalités de pilotage interne

- 2.1 Direction et encadrement des secteurs d'activités
- 2.2. Implication des usagers et de leurs représentants
- 2.3. Fonctionnement des instances
- 2.4. Dialogue social et implication du personnel
- 2.5. Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement

Partie 2. Management des ressources

3. Gestion des ressources humaines

- 3.1. Management des emplois et des compétences
- 3.2. Intégration des nouveaux arrivants
- 3.3. Santé et sécurité au travail
- 3.4. Qualité de vie au travail

4. Gestion des ressources financières

- 4.1. Gestion budgétaire
- 4.2. Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

5. Système d'information

- 5.1. Système d'information et sécurité
- 5.2. Gestion documentaire
- 5.3. Veille réglementaire

6. Gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

- 6.1. Sécurité des biens et des personnes
- 6.2. Gestion des infrastructures et des équipements
- 6.3. Qualité de la restauration
- 6.4. Gestion du linge
- 6.5. Gestion des équipements et produits au domicile de l'utilisateur

7. La qualité et la sécurité de l'environnement

- 7.1. Hygiène des locaux
- 7.2. Gestion des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI)
- 7.3. Gestion de l'eau
- 7.4. Gestion de l'énergie

Partie 3. Management de la qualité et gestion des risques

8. Management de la qualité et de la sécurité

- 8.1. Plan d'amélioration continue de la qualité
- 8.2. Fonction de la coordination de la gestion des risques associés aux prestations
- 8.3. Gestion de crise
- 8.4. Gestion des événements indésirables
- 8.5. Gestion des médicaments
- 8.6. Maîtrise du risque infectieux

9. Gestion des plaintes des usagers

9.1. Système de gestion des plaintes et réclamations

9.2. Evaluation de la satisfaction des usagers

Chapitre 2. Accompagnement de l'utilisateur

Partie 1. Droits et place de l'utilisateur

10. Bien-être et droits

10.1 Prévention de la maltraitance et promotion de la bien-être

10.2. Respect de la dignité et de l'intimité de l'utilisateur

10.3. Respect de la confidentialité des informations relatives à l'utilisateur

10.4. Accueil et accompagnement de l'entourage

10.5. Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté

11. Information, participation et consentement de l'utilisateur

11.1. Information de l'utilisateur sur son état de santé et les soins proposés

11.2. Consentement et participation de l'utilisateur

11.3. Accompagnement des aidants et des proches

12. La prise en charge de la douleur

12.1 Prise en charge de la douleur

13. Fin de vie

13.1 Prise en charge et des droits des usagers en fin de vie

13.2 Soins palliatifs

Partie 2. Gestion des données de l'utilisateur

14. Dossiers usagers

14.1. Gestion des dossiers de l'utilisateur

14.2. Accès de l'utilisateur à son dossier

Partie 3. Parcours de l'utilisateur

15. L'accueil de l'utilisateur

- 15.1. Dispositif de l'accueil de l'utilisateur
- 15.2. Vie collective et personnalisation de l'accompagnement
- 15.3. Accueil téléphonique et physique

16. Evaluation des besoins de l'utilisateur, ses projets personnalisés

- 16.1 Evaluations initiale et continue de l'utilisateur
- 16.2. Cohérence des actions de la structure
- 16.3. Continuité et coordination des accompagnements
- 16.4. Attentes de l'utilisateur et projet personnalisé

17. Prises en charge particulières

- 17.1. Prise en charge de l'état nutritionnel
- 17.2. Risque suicidaire
- 17.3. Troubles psychologiques et souffrance psychique
- 17.4. Conduites violentes et protection des usagers
- 17.5. Prise en charge des urgences
- 17.6. HAD
- 17.7 Accompagnement paramédical

18. La prise en charge médicamenteuse

- 18.1. Management de la prise en charge médicamenteuse de l'utilisateur
- 18.2. Prise en charge médicamenteuse de l'utilisateur
- 18.3. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

19. L'accompagnement des usagers dépendants

- 19.1. Evaluation et réévaluation de la dépendance
- 19.2. Adaptation des pratiques professionnelles

19.3. Développement personnel et autonomie

19.4. Adaptation de l'environnement

20. Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs

20.1. Expression et participation de l'utilisateur

20.2. Interventions éducatives et thérapeutiques

20.3. Vie affective, sexuelle et intimité

20.4. Vie sociale, culture et loisirs

21. La fin de l'accompagnement de l'utilisateur

21.1. La sortie de l'utilisateur

21.2. Réorientation de l'utilisateur

21.3. Continuité et coordination de l'accompagnement

Partie 4. Accompagnements spécifiques

22. Les accueils de jour et autres accueils temporaires

22.1. Accueils en journée

22.2. Accueils temporaires

23. Autres accompagnements

23.1. Animation

23.2. Projet éducatif

23.3. Projet professionnel

Partie 5. Bonnes pratiques professionnelles

24. Intégration et appropriation des RBPP de la HAS

ANNEXE VI. Référentiel d'évaluation

CRITERE 1.1. PROJET D'ETABLISSEMENT / DE SERVICE

Chapitre 1
Management de
l'établissement

RBPP HAS – « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service » – Mai 2011
Article L.311.8 CASF
Loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Partie 1
Management
stratégique

Le projet d'établissement/de service est un document institutionnel obligatoire depuis la loi n°2002-2. Cet outil est transversal et commun à l'ensemble des structures du secteur social et médico-social.

L'article L.311-8 du CASF stipule que « 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. [...] Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »

Référence 1
Stratégie
d'établissement

L'élaboration d'un projet d'établissement/de service doit être basée sur la participation de l'ensemble des parties prenantes :

Il permet de positionner l'établissement ou le service dans son environnement institutionnel et d'indiquer les évolutions en termes de public et de missions ; Il n'a pas vocation à synthétiser l'ensemble des documents relatifs au positionnement, au pilotage de la structure, ni à remplacer les outils de suivi de la vie de la structure.

Le projet d'établissement/de service (PE/PS) traite généralement des thématiques suivantes, de manière plus ou moins approfondie, selon les enjeux propres à la structure et à son secteur d'activité :

- l'histoire et le projet de l'organisme gestionnaire ;
- les missions ;
- le public accueilli ou suivi ;
- la relation avec les parents, la famille et l'entourage ;
- la nature de l'offre de service et son organisation ;
- les principes d'intervention ;
- les professionnels et les compétences mobilisées ;
- les objectifs d'évolution, de progression et de développement.

E1 : Prévoir

- Le PE/PS repose sur une analyse préalable des caractéristiques, des attentes et besoins du public et de l'analyse des ressources locales.
- Il traite les thématiques de la recommandation de bonnes pratiques de La HAS.
- Le PE/PS a fait l'objet d'une démarche partagée associant les différentes parties prenantes.

E2 : Mettre en œuvre

- Le PE/PS est rendu accessible
- Le PE/PS est diffusé aux parties prenantes.
- Le PE/PS est en adéquation par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties.
- Le PE/PS est validé par l'organisme gestionnaire.

E3 : Améliorer et évaluer

- Le PE/PS est évalué annuellement et actualisé le cas échéant.
- Il est réévalué tous les 5 ans.
- Le PE/PS est adapté aux différents contextes.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

CRITERE 1.2. VALEURS, MISSIONS ET STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT

RBPP HAS – « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service » – Mai 2011

Les valeurs sont des références communes fondant la conduite professionnelle de chacun. Elles sont identifiées de façon collective, et diffusées auprès de tous les acteurs internes et externes. Ces valeurs, liées aux missions de l'établissement, permettent de fonder les arbitrages et les décisions nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement. Ces derniers sont invités à mener une démarche autour de la définition de valeurs en évitant les écueils du formalisme ou du détournement.

Pour répondre aux attentes des différentes parties prenantes et s'adapter à l'évolution de son environnement, l'établissement définit ses orientations stratégiques qui sont établies en conformité avec les orientations fixées par l'Agence Régionale de Santé au travers du Schéma Régional de Santé (SRS).

E1 : Prévoir

- Le PE/PS prend en compte les orientations des politiques sociales et médico-sociales et intègre la description de son rôle au regard des missions confiées par les autorités publiques
 - Les orientations stratégiques sont formalisées dans le PE/PS
- Le projet PE/PS décrit l'inscription de l'établissement ou du service dans son territoire

F2 : Mettre en œuvre

- Le PE/PS permet la prise en compte du réseau de proximité et d'utilisation optimale des ressources du milieu, la contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement.
- L'établissement ou le service s'interroge sur la place de son offre de service dans le cadre du schéma qui le concerne.
- Le PE/PS intègre le projet de soins, projet de vie, projet pédagogique, projet thérapeutique, projet d'animation, projet de soins

E3 : Améliorer et évaluer

6 Les orientations stratégiques sont revues et s'adaptent au contexte et à l'évolution des usagers

Chapitre 1
Management de
l'établissement

Partie 1
Management
stratégique

Référence 1
Stratégie
d'établissement

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

CRITERE 1.3. COLLABORATIONS, COOPERATIONS ET PARTENARIATS

Chapitre 1
Management de
l'établissement

Partie 1
Management
stratégique

Référence 1
Stratégie
d'établissement

RBPP HAS – « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » – Janvier 2012

Collaborations, coopérations et partenariats occupent une place importante dans le secteur médico-social du fait de la pluralité et de l'individualisation de la prise en charge. Ces démarches permettent de répondre au mieux aux besoins des usagers, de compléter ou d'ouvrir des champs d'actions et de prestations proposées par l'établissement. Il s'agit aussi de pouvoir répondre à certains besoins spécifiques voire ponctuels et individuels des usagers.

Travailler avec les acteurs du territoire permet d'adopter une approche pragmatique, souple, qui permette de saisir les opportunités de partenariat.

Pour les acteurs repérés comme partenaires essentiels, une démarche volontariste sera mise en place pour les approcher et construire le partenariat.

L'établissement organise, définit et développe des moyens d'informations et des actions de communication.

Le service dispose d'une signalétique claire et adaptée aux personnes accueillies.

Une signalétique interne et externe est accessible aux personnes à mobilité réduites.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Le PE/PS décrit les collaborations, coopérations, partenariats.
- Le service développe un réseau de partenaires sociaux, médicosociaux, sanitaires et économiques.
- L'établissement est habilité à recevoir des personnes à mobilité réduites.

E2 : Mettre en œuvre

- L'établissement a passé une convention avec au moins un établissement de santé, public ou privé.
- Il existe une collaboration avec des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux.
- L'établissement fait partie d'un système de soins coordonnés ou d'un réseau.
- Une convention existe entre l'établissement et les différents partenaires.

E3 : Améliorer et évaluer

- Une évaluation de ses collaborations, coopérations, partenariats est menée de façon régulière.
- Les partenaires sont choisis en fonction des besoins présents et à venir.
- Les effets de ces collaborations, coopérations et partenariats sur les usagers sont évalués, l'amélioration est recherchée.

CRITERE 1.4. ACCES ET RECOURS AUX DROITS

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 1

Management stratégique

Référence 1

Stratégie d'établissement

RBPP HAS– « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) : Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté » – Juillet 2013

RBPP HAS– « Qualité de vie en EHPAD – Volet 1 – De l'accueil de la personne à son accompagnement » – Janvier 2011

RBPP HAS - « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes » – Mars 2015

Article L.311-3 à L.311-9 CASF - 2004

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et libertés de l'utilisateur accueilli

Circulaire DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu par l'article L.311-4 du Code de l'action sociale et des familles

Charte des droits et libertés de la personne accueillie – Octobre 2003

L'accès aux droits des usagers est une dimension fondamentale des établissements et des services. Il relève de l'article L311-1 à 11 du CASF. Il est garanti par les textes fondamentaux qui régissent l'action des professionnels et définissent les droits des personnes accueillies en établissement et service. Plusieurs facteurs impactent la mise en œuvre de l'accès aux droits et de son accompagnement. Le quotidien de l'accès aux droits interroge les pratiques d'accompagnement, d'information et de formations. Les droits « au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité » relève de l'article L/312-1.

Il est nécessaire d'informer le grand public sur les missions, objectifs, activités, moyens, coût et mode de financement.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Le PE/PS contient un volet relatif à l'effectivité des droits fondamentaux des usagers. Il précise les conditions de participation et l'implication des usagers, les mesures nécessaires au respect de l'intégrité, de la vie privée, à la sécurité, possibilité d'exprimer ses choix entre les prestations proposées, leurs mises en œuvre et respecter le consentement éclairé, et à une prise en charge et un accompagnement de qualité favorisant son autonomie, à la confidentialité, l'exercice des droits civiques, le respect des liens familiaux, à la pratique religieuse.

E2 : Mettre en œuvre

- L'établissement informe ses usagers de leurs droits et libertés en tenant en compte des capacités d'attention, d'écoute et des besoins de reformulation orale ou écrite.
- Les outils de la loi n°2002-2 sont mis en œuvre, connus de tous et développés.
- Il est remis à l'utilisateur un livret d'accueil.
- Des formations aux droits des usagers destinées aux professionnels sont organisées. Les modalités d'accompagnement sont ajustées aux personnes et à leur situation.
- L'établissement propose un accompagnement aux usagers pour faciliter leur accès au droit.

E3 : Améliorer et évaluer

- Le parcours de l'utilisateur et les soutiens nécessaires pour favoriser le passage de l'assistance au droit sont évalués régulièrement.
- Les actions mises en œuvre sont adaptées et réévaluées.
- Les référentiels de pratiques s'ajustent aux évolutions des caractéristiques du public.
- Les besoins et attentes des usagers sont régulièrement réévalués et permettent d'ajuster les pratiques.
- Les effets sur les usagers sont évalués et une recherche d'amélioration est conduite.

CRITERE 1.5. DEMARCHE ETHIQUE

RBPP HAS – « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » – Novembre 2010

Chapitre 1
Management de
l'établissement

Partie 1
Management
stratégique

Référence 1
Stratégie
d'établissement

Trois éléments rendent compte de l'exigence d'une réflexion éthique qui fonde l'action des professionnels dans le secteur social et médico-social : la vulnérabilité des populations accueillies ou accompagnées, l'articulation entre les dimensions individuelles et collectives du travail d'accompagnement et l'évaluation permanente du travail social. Il convient donc de réaffirmer la position d'acteur de la personne accompagnée, de fournir des repères aux professionnels aux prises avec des contradictions entre différences logiques et la nécessité d'articuler dans leur pratique au plan éthique des composantes personnelles, professionnelles et institutionnelles. On peut considérer qu'il s'agit d'une réflexion qui vise à déterminer le « bien agir » en tenant compte des contraintes déontologiques ainsi qu'à ceux de « bonnes pratiques » et de responsabilités des professionnelles, personnelles et institutionnelles.

La réflexion éthique émerge d'un questionnement pouvant provenir des professionnels, des personnes accompagnées ou de leur entourage. Collective, elle associe une pluralité de points de vue et elle est déclenchée par des situations concrètes et singulières dans lesquelles entre en contradiction des valeurs ou principes d'intervention d'égale légitime.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- La place de la réflexion éthique est définie dans le PE/PS.
- Un dispositif adapté accompagne le questionnement éthique.

E2 : Mettre en œuvre

- Cadres, personnes internes et externes sont impliqués dans le questionnement et la pratique éthique.
- Afin de mener une démarche collective, une instance accompagnant le questionnement éthique se réunit au sein de la structure.

E3 : Améliorer et évaluer

- L'évaluation des effets induits auprès des usagers, des professionnels et des autres acteurs est menée.
- Une évaluation de la réflexion éthique et de son mode est menée. Des réajustements sont éventuellement effectués.

CRITERE 1.6. L'ÉVALUATION INTERNE

Chapitre 1

Management de
l'établissement

Partie 1

Management
stratégique

Référence 1

Stratégie
d'établissement

RBPP HAS – « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » - Février 2015

RBPP HAS- « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles » - Juillet 2009

RBPP HAS - « 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 œuvre des mesures éducatives » – Janvier 2015

Les établissements et services mentionnés à l'article L312-1 du CASF « procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou élaborées par l'Agence nationale de l'évaluation et la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » (article L.312-8 du CASF). . L'évaluation permet : d'apprécier la cohérence, l'efficacité et la pertinence des actions menées par chaque établissement au regard des objectifs qui lui sont assignés, de son PE/PS et des moyens alloués ; de faire un bilan des objectifs atteints par l'établissement ou le service ainsi que les actions d'amélioration à mettre en œuvre ; de mobiliser les équipes et d'impulser une nouvelle dynamique au sein de l'établissement. Les résultats de l'évaluation doivent être communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Cette disposition s'inscrit dans les orientations de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

E1 : Prévoir

- L'évaluation interne est prévue et échelonnée afin d'être réalisée dans les délais légaux.
- L'engagement de la Direction dans la démarche d'amélioration continue de la qualité est formalisé et diffusé
- Les étapes de l'évaluation interne ont été priorisées.
- Les modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne s'appuient sur les RBPP de La HAS.
- Des indicateurs de suivi ont été définis

E2 : Mettre en œuvre

- L'évaluation interne est menée en tenant compte des orientations du PE/PS
- Les propositions d'amélioration ont été communiquées et diffusées.
- Les acteurs ont été impliqués de manière appropriée dans cette démarche.
- L'évaluation interne tient compte des RBPP de l'ANESM.

E3 : Améliorer et évaluer

- Un plan d'amélioration et de suivi des actions a été créé. Des actions ont été mises en œuvre suite à cette évaluation. Le PE/PS a été éventuellement révisé.
- Les effets sur les usagers, l'établissement et le personnel sont évalués et une recherche d'amélioration est conduite.
- Chaque année, la démarche d'évaluation et d'amélioration est retracée dans le rapport annuel d'activité transmis aux autorités.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

CRITERE 2.1. DIRECTION ET ENCADREMENT DES SECTEURS D'ACTIVITES

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 1

Management stratégique

Référence 2

Organisation et modalités de pilotage interne

Les missions, engagements et responsabilités de l'encadrement sont clairement définis.

Les rôles, missions et taches de chacun sont définis.

L'outil de l'agence nationale d'appui à la performance est utilisé dans le cadre d'un état des lieux du pilotage interne de l'établissement via un tableau de bord de performance.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Le(s) organigramme(s) de l'établissement sont formalisés.
- Le service est doté d'une fonction hiérarchique identifiée
- Les circuits de décision et de délégation sont définis.
- Les missions à assurer font l'objet d'une organisation au sein de l'établissement précisant le rôle et missions de chacun des membres du personnel.

E2 : Mettre en œuvre

- Les organigrammes sont accessibles aux usagers. Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décisions et de délégations sont diffusés auprès des professionnels.
- Les délégations accordées sont organisées et contrôlées
- Les fiches de poste et de fonction sont établies et signées par le personnel.

E3 : Améliorer et évaluer

- Le(s) organigramme(s) et les circuits de décisions et de délégations sont révisés, à périodicité définie.

CRITERE 2.2. IMPLICATION DES USAGERS ET DE LEURS REPRESENTANTS

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 1

Management stratégique

Référence 2

Organisation et modalités de pilotage interne

RBPP HAS – « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » – Mai 2011

La réglementation actuelle et les politiques sont en faveur d'une orientation « usager ». Différents outils créés par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale en attestent :

- PE/PS
- Livret d'accueil
- Charte des droits et libertés
- Contrat de séjour
- Conciliateur
- Règlement de fonctionnement
- Conseil de Vie Social

Cette loi vise à renforcer les droits des usagers et particulièrement leur expression et leur participation.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Le PE/PS décrit les formes de participation des usagers et de leurs représentants.
- Les formes de participation, modalités et fréquences sont formalisées (questionnaire, groupe d'expression, conseil de vie social).
- Les usagers sont informés de toute modification d'horaires de fonctionnement ou d'organisation.

E2 : Mettre en œuvre

- La participation et l'implication des usagers et de leurs représentants au sein de la structure sont recherchées.
- Le mode de fonctionnement de ces instances s'adapte-t-il aux particularités des usagers (choix de l'horaire des réunions, lieu, animation de groupe ...).
- Une enquête de satisfaction est adressée aux usagers.
- Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations est effectif

E3 : Améliorer et évaluer

- La structure s'organise pour faire un retour aux usagers sur leur participation.
- Les formes de participation et d'implication des usagers et de leurs représentants sont évaluées.
- D'autres formes de participation et d'implication des usagers et de leurs représentants sont recherchées.

CRITERE 2.3. FONCTIONNEMENT DES INSTANCES

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 1

Management stratégique

Référence 2

Organisation et modalités de pilotage interne

RBPP HAS – « Qualité de vie en MAS/FAM (volet 1) : Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté » - Juillet 2013

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale, médico-sociale et le code de l'action sociale et des familles ont redéfini le contenu et les modalités d'organisation et de fonctionnement des principales instances dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Le médiateur est une personne qualifiée qui aide la personne prise en charge dans un établissement dans différentes démarches.

Il existe au sein de l'établissement des instances consultatives et délibérantes. Les instances consultatives se réunissent afin d'échanger autour de décisions individuelles et collectives et d'en donner leur avis.

Les instances délibératives, quant à elles, se réunissent en vue de prendre des décisions, d'adopter des orientations ou de convenir d'actions.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Les instances consultatives et délibérantes sont définies.
- Elles sont réunies à périodicité réglementaire.
- Elles sont saisies sur toutes les questions relevant de leurs compétences.

E2 : Mettre en œuvre

- Les différentes instances et leurs fonctions sont connues par les usagers et les professionnels.
- Les membres des instances sont élus.
- Les instances sont réunies aux périodicités prévues

E3 : Améliorer et évaluer

- Les actions et orientations adoptées en instance font l'objet d'évaluation et de réajustements.

CRITERE 2.4. DIALOGUE SOCIAL ET IMPLICATION DU PERSONNEL

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 1

Management stratégique

Référence 2

Organisation et modalités de pilotage interne

L'établissement ou le service favorise l'implication du personnel dans l'application de ses missions. Le dialogue social appliqué selon la loi de janvier 2007 relative à la modernisation du dialogue social est un levier de l'amélioration des conditions de travail.

Il inclut tous types de négociation, de consultation ou simplement d'échange d'informations entre les représentants des personnels.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- La concertation avec les partenaires sociaux est organisée.
- Des entraides individuelles programmées et régulières sont prévues avec les professionnels.
- L'implication du personnel est effective.

E2 : Mettre en œuvre

- Des actions favorisant l'implication et l'expression des professionnels sont mises en œuvre.
- Les membres du personnel sont impliqués à l'élaboration et à la révision du projet de service/d'établissement.

E3 : Améliorer et évaluer

- Le dialogue social est évalué à périodicité définie.
- Les entretiens individuels donnent lieu à des actions améliorations.

CRITERE 2.5. INDICATEURS, TABLEAUX DE BORD ET PILOTAGE DE L'ETABLISSEMENT

Chapitre 1

Management de
l'établissement

Partie 1

Management
stratégique

Référence 2

Organisation et
modalités de pilotage
interne

RBPP HAS – « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » - Février 2015
RBPP HAS - « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du CASF » - Juillet 2009
RBPP HAS- « 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 œuvre des mesures éducatives » - Juillet 2009

L'agence nationale d'appui à la performance met à disposition des établissements sociaux et médico-sociaux des tableaux de bord pour évaluer leur performance.

Les indicateurs définis dans le tableau de bord permettent d'avoir un regard sur l'atteinte ou non des objectifs préalablement définis.

Ces indicateurs sont spécifiques, mesurables, ambitieux, réalistes et temporellement définis.

Ils peuvent venir en soutien à l'évaluation interne et permettent de relier les objectifs, stratégies et indicateurs.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Les indicateurs et tableaux de bord sont définis.
- Les indicateurs sont déterminés en fonction des objectifs définis.
- Ils portent sur le contexte, la conduite des actions et les résultats intermédiaires ou finaux.
- Les échéances de chaque indicateur sont définies.

E2 : Mettre en œuvre

- Les indicateurs et tableaux de bord sont mis en œuvre.
- Ils sont exécutés à échéances définies.

E3 : Améliorer et évaluer

- Les indicateurs font l'objet d'évaluation
- Des actions correctives sont mises en place

CRITERE 3.1. Management des emplois et des compétences

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 2

Management des ressources

Référence 3

Gestion des ressources humaines

RBPP HAS – « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » - Janvier 2012

Afin d'assurer un accompagnement de qualité, avec un personnel en nombre suffisant mais aussi avec les compétences nécessaires au secteur d'activité, il est mené une stratégie d'adaptation des emplois.

Il existe une procédure de recrutement définissant les modalités de recrutement du personnel.

Il existe des fiches de poste et/ou fiche de fonction pour chaque catégorie de personnel

Un entretien est réalisé tous les deux ans afin d'évaluer le parcours professionnel et de définir les perspectives d'évolution.

Les fonctions des professionnels sont définies en adéquation avec leur qualification et les objectifs du projet d'établissement/de service.

La gestion des ressources humaines fait l'objet d'une analyse des besoins de la population accompagnée.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés
- Un plan de formation cohérent est formalisé
- Une politique de gestion des emplois et des compétences et de validation des acquis professionnels est définie dans le projet d'établissement
- Les fiches de poste sont élaborées de manière concertées pour chaque personnel et connu des professionnels
- Les compétences spécifiques pour les activités à risque sont identifiées.

E2 : Mettre en œuvre

- Des formations sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité des usagers et du personnel.
- L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre
- Le plan de formation est respecté.
- L'établissement dispose du personnel minimum légal et garantie une permanence des soins.
- L'établissement met en place les conditions d'une mutualisation et d'un partage.
- Il favorise les échanges inter institutionnels pour améliorer les pratiques.

E3 : Améliorer et évaluer

- L'adéquation qualitative et quantitative des ressources humaines est régulièrement évaluée et réajustée en fonction de l'activité et de l'évaluation des prestations.
- Le dispositif de gestion des compétences est réajusté en fonction de l'atteinte des objectifs des services et de l'évaluation des activités
- Les effets sur les usagers sont évalués et une recherche d'amélioration est conduite.

CRITERE 3.2. INTEGRATION DES NOUVEAUX ARRIVANTS

Chapitre 1

Management de
l'établissement

Partie 2

Management des
ressources

Référence 3

Gestion des ressources
humaines

RBPP HAS – « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » - Janvier 2012

L'adaptation des emplois relève d'une vision d'ensemble et donc de la conception et de la mise en œuvre d'une stratégie.

L'organisation de l'accueil et de l'accompagnement du nouvel arrivant est définie dans l'établissement.

Cette intégration est assurée par la nomination d'un référent, l'accompagnement par un pair, un tuteur et l'organisation du travail en doublon débutant/expérimenté.

Ces différents modes d'accompagnement permettent des échanges, transmissions de savoirs et prise de distance. De plus, le regard neuf et extérieur du nouvel arrivant est enrichissant pour l'établissement ou le service.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Le dispositif d'accueil des nouveaux arrivants est organisé et est formalisé.
- Le personnel est impliqué et a connaissance de cette démarche.

E2 : Mettre en œuvre

- Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur service, lui permettant l'exercice de ses fonctions.
- Les nouveaux salariés et stagiaires sont accueillis, encadrés et évalués spécifiquement au cours de leur travail.

E3 : Améliorer et évaluer

- L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.
- Les effets sur les usagers sont évalués et une recherche d'amélioration est conduite.

CRITERE 3.3. SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 2

Management des ressources

Référence 3

Gestion des ressources humaines

RBPP HAS – « Ouverture de l'établissement sur son environnement » - janvier 2012
Article R.4121.1 et suivantes du Code du travail

Les dossiers salariés ont une architecture identique et sont tenus à jour.

Un plan de formation est défini chaque année. Les risques psycho-sociaux sont pris en compte

Le personnel maîtrise le fonctionnement du matériel et des produits qu'il utilise. Il existe des actions spécifiques de lutte contre les troubles musculo-squelettiques.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est un support primordial à la sécurité au travail des salariés. Il permet d'informer les salariés sur les risques professionnels et leur permet d'assurer leur propre sécurité et santé.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) cohérent est élaboré et est accessible aux professionnels. Il comporte l'ensemble des risques et leurs actions.
- La prévention des risques professionnels est déclinée dans le PE/PS.
- Il existe un registre de déclarations des accidents de travail.
- Un plan d'action ou un accord sur la pénibilité est en place.

E2 : Mettre en œuvre

- Des dispositifs de prévention des risques professionnels sont mis en place.
- Les affichages obligatoires en matière de risques sont mis en place.
- Des équipements de protection sont mis à disposition des professionnels.
- Les professionnels sont formés aux différents risques, à la gestion du stress.
- Les actions du DUERP sont mises en œuvre.

E3 : Améliorer et évaluer

- Le DUERP est mis à jour au moins tous les ans.
- L'évaluation des actions est menée.
- Les risques répertoriés sont réévalués par une personne compétente.
- Une gestion et une analyse des risques sont menées.
- Les réunions du Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ont lieu 1 fois par trimestre.

CRITERE 3.4. QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 2

Management des ressources

Référence 3

Gestion des ressources humaines

Un personnel bien traité est un personnel bien traitant avec les usagers. Dans ce cadre, la qualité de vie au travail joue un rôle très important sur la qualité des prestations et services délivrés par la structure.

La démarche de la qualité de vie au travail dans le secteur social et médico-social représente un enjeu important en vue des personnes accueillies ou accompagnées et de la diversité du secteur.

Cette démarche passe par la formation du personnel au secteur d'activité. Elle passe notamment par une sensibilisation à la bienveillance.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- La qualité de vie au travail et l'épanouissement des professionnels font partis des orientations stratégiques de l'établissement.
- Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est définit.
- Le personnel est en nombre suffisant.

E2 : Mettre en œuvre

- Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
- Le personnel est bien traité
- Des temps de discussion entre personnel de terrain et entre personnel et direction sont prévus.

E3 : Améliorer et évaluer

- Des enquêtes de satisfaction destinées au personnel sont menées à raison d'une fois par an et des actions d'amélioration sont menées en ce sens.
- Des actions d'amélioration sont mises en place afin de répondre aux objectifs de qualité de vie au travail.

CRITERE 4.1. GESTION BUDGETAIRE

Chapitre 1

Management de
l'établissement

Partie 2

Management des
ressources

Référence 4

Gestion des
ressources
financières

Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux

La bonne gestion budgétaire permet à l'établissement/ le service d'optimiser l'utilisation de ses ressources financières.

Le budget est établi et mis en œuvre selon les normes de recommandations administratives.

Il est ensuite transmis aux autorités de tarification.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Une procédure de gestion budgétaire est définie.
- Les différents niveaux et responsabilités de gestion financière sont définis.
- Les moyens humains et matériels sont identifiés.
- Les règles comptables et les obligations réglementaires sont respectées.

E2 : Mettre en œuvre

- La politique financière fait l'objet d'une délibération.
- Les documents comptables sont accessibles aux représentants des personnes et expliqués.
- Les documents comptables sont certifiés.

E3 : Améliorer et évaluer

- Une analyse financière est menée annuellement.
- Le suivi de l'activité se fait selon les indicateurs d'activité officiels.
- Les outils d'analyse des coûts sont mis en place.

CRITERE 4.2. CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 2

Management des ressources

Référence 4

Gestion des ressources financières

Article 89 de la loi de financement de sécurité social 2017

Arrêté du 3 mai 2017 qui fixe le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens au IV ter de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles

La signature d'un CPOM est prévue par la loi du 2 janvier 2002, comme le précise l'article L 313-11 du CASF. Par la suite, plusieurs textes dont des circulaires sont venus apporter des explications sur le sujet ?

Les gestionnaires d'établissements/services peuvent conclure des CPOM avec leurs autorités chargées de la tarification, pour notamment permettre la réalisation d'objectifs retenus par le schéma départemental de l'enfance, la mise en œuvre du projet d'établissement/service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales. Le CPOM alimente l'évaluation à différentes niveaux :

- Il établit un état des lieux des actions réalisées par le(s) établissement(s)/service(s) et met en évidence des points forts et des points d'amélioration ;
- Il définit, hiérarchise des objectifs à atteindre et établit un calendrier de mise en œuvre
- Les CPOM doivent être en nombre limités et ne sont pas uniquement de nature financière

La contractualisation de l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux est prévue dans les quatre années à venir.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- La réunion du comité de pilotage a un agenda précis avec les attendus de livraison de document ou de prise de décision.
- Une phase de diagnostic préalable au CPOM a été réalisée.

E2 : Mettre en œuvre

- Un comité de pilotage est constitué pour réaliser le CPOM.
- Le COFIL se réunit quatre fois pour élaborer le CPOM. Les orientations s'appuient sur les PE/PS et sur la situation des établissements au moment de la contractualisation.
- Les objectifs opérationnels sont déterminés. La démarche inclut tous les acteurs.

E3 : Améliorer et évaluer

- La modification du CPOM, notamment de son périmètre, conduit à un avenant.

CRITERE 5.1. SYSTEME D'INFORMATION ET SECURITE

[Chapitre 1](#)
Management de
l'établissement

[Partie 2](#)
Management des
ressources

[Référence 5](#)
Système
d'information

RBPP HAS – « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » – Juin 2010
Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) – Mai 2018

Afin de savoir si les réponses apportées correspondent aux besoins des personnes accompagnées, il est nécessaire en amont de disposer d'un système d'information récoltant des données de nature personnelle.

La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale avait prévu une obligation de comptabilité des systèmes d'informations publics et privés mais le législateur a réécrit l'article L312-9 en 2011 pour exonérer les établissements sociaux et médico-sociaux de cette comptabilité.

La mise en place d'un tel système renvoie alors à la problématique relative à l'obligation de confidentialité et/ou au secret professionnel et à celle, plus générale, relative à la protection des données personnelles. Les difficultés liées à la centralisation et au partage d'informations entre professionnels astreints au secret au sens du code pénal sont nombreuses.

Pour accompagner la logique de parcours, le partage de l'information apparaît déterminant et les systèmes d'information doivent y contribuer.

E1 : Prévoir

- La mise en place du système d'information recueillant des données à caractère personnel est définie.
- La structure prévoit de rechercher systématiquement le consentement des personnes au recueil d'information.
- Un formulaire de consentement est prévu.
- Le système d'information qui contient des données personnelles bénéficie de la protection prévue par le RGPD.

E2 : Mettre en œuvre

- Le consentement des personnes est recherché.
- Les remontées d'informations sont effectuées par les bénéficiaires légitimes de l'information protégée.
- Le traitement des données garanti une anonymisation irréversible et définitive dès leur insertion au sein du système d'information et en tout état de cause, avant leur transmission aux tiers.

E3 : Améliorer et évaluer

- Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

CRITERE 5.2. GESTION DOCUMENTAIRE

Chapitre 1

Management de
l'établissement

Partie 2

Management des
ressources

Référence 5

Systeme
d'information

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

Le système de gestion documentaire une conformité de l'établissement/ de service à certaines pratiques. Ce système représente un ensemble structuré et organisé de documents de natures différentes.

Il permet de formaliser par écrit les règles de fonctionnement et les pratiques professionnelles/

Notamment, il permet d'harmoniser les pratiques entre les différents acteurs.

La gestion documentaire permet la formation des nouveaux arrivants et permet également de s'assurer que l'information est validé et d'actualité.

E1 : Prévoir

- Un dispositif de gestion documentaire est formalisé et est mis en place.
- Le système de gestion documentaire reprend le PE/PS.
- Ce système comprend les procédures, protocoles et les enregistrements nécessaires à l'application des bonnes pratiques.

E2 : Mettre en œuvre

- Le dispositif est connu par les professionnels.
- Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.
- Le système de mise à jour des documents est opérationnel.
- Les documents sont archivés et conservés selon la durée légale prévue.
- Les documents sont adaptés à leurs destinataires.
- Les documents sont validés.
- La rédaction de la gestion documentaire fait l'objet de groupes de travail

E3 : Améliorer et évaluer

- Le dispositif est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

CRITERE 5.3. VEILLE REGLEMENTAIRE

Chapitre 1

Management de
l'établissement

Partie 2

Management des
ressources

Référence 5

Systeme
d'information

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

La veille réglementaire représente un dispositif qui doit être assuré par l'établissement/de service.

Cette veille est assurée par une personne membre du personnel désignée dans sa fiche de fonctions à cet effet.

Ce dispositif fait l'objet de communication au sein de l'établissement/service.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Un dispositif de veille réglementaire est en place.
- Un salarié a une partie de ses fonctions prévue à ces veilles.

E2 : Mettre en œuvre

- Le dispositif de veille est connu par les professionnels.
- Les professionnels sont informés des changements de façon appropriée.
- L'établissement prend en compte les nouveautés et adapte son organisation et ses pratiques.

E3 : Améliorer et évaluer

Le dispositif est évalué
fait l'objet d'actions
d'amélioration

CRITERE 6.1. SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES

Chapitre 1

Management de
l'établissement

Partie 2

Management des
ressources

Référence 6

Gestion des fonctions
logistiques et des
infrastructures

RBPP HAS – « Evaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes » - Avril 2012
Service public - Fiche pratique – « Règles de sécurité d'un établissement recevant du public » - Octobre 2017

La sécurité individuelle et collective fait partie des droits fondamentaux qui doivent garantir les ESSMS à leurs usagers.

Cette sécurité fait l'objet d'une réglementation relative aux normes de sécurité.

Les risques auxquels sont soumis les usagers sont évalués.

Les consignes de sécurité sont affichées et expliquées.

Des procédures relatives à la sécurité sont définies pour gérer les risques et leur faire face.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées (intrusion, vol, perte, agression, dégradation).
- Les responsables en matière de sécurité des biens et des personnes sont désignés.
- Des formations sont prévues

E2 : Mettre en œuvre

- Les situations identifiées font l'objet de dispositifs de sécurité adaptés et appropriés aux usagers.
- La protection des biens, des usagers au sein de l'établissement est assurée.
- Les consignes de sécurité sont portées à la connaissance des usagers, visiteurs, professionnels.
- Les professionnels sont formés (gestes de premiers secours, de survie...)

E3 : Améliorer et évaluer

- Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
- Les effets sur les usagers sont évalués et une recherche d'amélioration est conduite.

CRITERE 6.2. GESTION DES INFRASTRUCTURES ET DES EQUIPEMENTS

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 2

Management des ressources

Référence 6

Gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

RBPP HAS - « Qualité de vie en EHPAD (volet 2) – Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » - Septembre 2011

RBPP HAS - « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) : Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » - Septembre 2013

La sécurité individuelle et collective fait partie des droits fondamentaux qui doivent garantir les ESSMS à leurs usagers

L'établissement dispose d'un espace accessible aux personnes à mobilité réduite et d'une signalétique permettant un accès facile à l'établissement.

Il veille à ce que les locaux soient agréables, accueillants et entretenus.

La signalétique, les aménagements extérieurs et intérieurs assurent la sécurité et l'accessibilité suffisante pour les utilisateurs.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.
- L'établissement dispose d'un programme de maintenance et de protocoles de gestion des situations d'urgence.
- Il existe une astreinte technique.
- Le service dispose d'une assurance qui couvre les risques identifiés.

E2 : Mettre en œuvre

- Les opérations de maintenance assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées et permettent un suivi des opérations.
- Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.
- La veille réglementaire concernant la sécurité est assurée.
- Les contrôles périodiques sont respectés (gaz-ascenseur-électricité).

E3 : Améliorer et évaluer

- Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.
- Les effets sur les usagers sont évalués et une recherche d'amélioration est conduite.
- Un exercice d'évacuation incendie est réalisé annuellement.
- La sécurité d'accès à l'établissement est évaluée.

CRITERE 6.3. QUALITE DE LA RESTAURATION

Chapitre 1

Management de
l'établissement

Partie 2

Management des
ressources

Référence 6

Gestion des
fonctions logistiques
et des
infrastructures

RBPP HAS - « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) : Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté » - Juillet 2013

RBPP HAS - « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) : Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » - Septembre 2013

RBPP HAS - « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement » - Janvier 2011

RBPP HAS - « Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » - Septembre 2011

RBPP HAS - « Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : la vie sociale des résidents en EHPAD » - Décembre 2011

L'établissement dispose d'un lieu adapté pour la prise de repas des usagers.

Les repas sont élaborés dans un souci de diversité et de qualités gustatives et le mode d'alimentation est adapté aux besoins.

Le mode d'alimentation est adapté aux besoins

Une aide à la prise de repas est organisée pour les personnes qui en ont le besoin.

Un plat de remplacement pour tenir compte des goûts, habitudes alimentaires et éventuelles aversions des personnes est prévu

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Il existe une organisation permettant, dès l'admission de l'utilisateur, de recueillir ses préférences alimentaires.
- La composition des menus et régimes font l'objet d'un suivi
- Des formes de repas spéciales sont discutées et intégrées au PE/PS.
- L'ergonomie des ustensiles servant au repas est pensée. Elle fait l'objet de discussion avec les professionnels.
- Il existe un dispositif permettant de suivre la durée du jeûne entre le dîner et le petit-déjeuner.

E2 : Mettre en œuvre

- Des solutions alternatives à la prise d'un repas classique sont proposées aux usagers qui en ont besoin
- Des solutions alternatives sont proposées aux usagers en cas d'allergie ou d'intolérance.
- Des solutions de prise de repas sont proposées aux proches.
- Les régimes alimentaires sont formalisés et connus de tous les professionnels.
- Les affinités sociales sont prises en compte dans les plans de tables.
- La nutrition des usagers est suivie.

E3 : Améliorer et évaluer

- La satisfaction des consommateurs concernant la prestation restauration est évaluée et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
- L'adaptation du mode de prise de repas de la personne accompagnée est évaluée, revue et adaptée.
- La satisfaction des usagers est évaluée et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
- Les effets sur les usagers sont évalués et une recherche

CRITERE 6.4. GESTION DU LINGE

Chapitre 1

Management de
l'établissement

Partie 2

Management des
ressources

Référence 6

Gestion des fonctions
logistiques et des
infrastructures

La gestion du linge pour les établissements concernés fait l'objet d'une procédure appliquée au quotidien.

Les besoins en linge sont identifiés et les locaux et équipements sont adaptés à la gestion du linge.

Les plaintes et réclamations relatives au linge sont recueillies et font l'objet d'un traitement et d'une réponse adaptés.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Le circuit du linge est défini.
- Les besoins par services sont quantifiés et incluent les demandes en urgence.
- Il existe une procédure de gestion du linge infecté et très souillé.
- L'établissement organise l'entretien du linge sale des usagers, soit en interne, soit par des prestations extérieures.

E2 : Mettre en œuvre

- La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène
- Les approvisionnements correspondent aux besoins des services.
- Des contrôles bactériologiques et visuels sont réalisés.
- Le linge est trié.
- Les usagers sont informés du service linge mis à leur disposition.
- Ils sont informés des consignes pour l'utilisation de ce service.

E3 : Améliorer et évaluer

- Les prestations sous-traitées font l'objet d'une évaluation.
- La satisfaction sur la qualité du linge fourni à l'utilisateur est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
- Les effets sur les usagers sont évalués et une recherche d'amélioration est conduite.

CRITERE 6.5. GESTION DES EQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DE L'USAGER

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 2

Management des ressources

Référence 6

Gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

L'établissement s'assure de la bonne gestion des équipements et produits au domicile de l'utilisateur.

Il assure notamment l'évaluation de la qualité et de la sécurité des équipements et produits au domicile de l'utilisateur.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Les besoins en équipements et produits au domicile de l'utilisateur sont identifiés.
- Une procédure relative aux risques liés à cette gestion est prévue.
- Des formations et sensibilisations sont programmées.

E2 : Mettre en œuvre

- Les produits et équipements sont mis à disposition au domicile du patient.
- Une organisation est effective en cas de panne ou de dysfonctionnement.
- Le personnel est sensibilisé et formé à l'utilisation des équipements et produits.

E3 : Améliorer et évaluer

- Les événements indésirables liés aux produits et équipements sont traités et font l'objet d'actions.
- Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des résultats obtenus.

CRITERE 7.1. HYGIENE DES LOCAUX

Chapitre 1

Management de
l'établissement

Partie 2

Management des
ressources

Référence 7

Qualité et sécurité
de l'environnement

L'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections.

Afin d'assurer les conditions d'hygiène optimales des locaux, l'établissement s'appuie sur des choix adaptés de matériaux et de produits d'entretien, sur une organisation comportant des procédures d'entretien, sur la formation des professionnels, sur l'évaluation régulière de l'application des protocoles et procédures et sur le respect de l'environnement.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Les protocoles à mettre en œuvre pour assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définis.
- En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.
- Les responsabilités sont identifiées et les missions sont définies.

E2 : Mettre en œuvre

- Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées auprès des membres du personnel.
- Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en œuvre.

E3 : Améliorer et évaluer

- Les évaluations de la qualité de l'hygiène des locaux définie sont réalisées.
- Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
- Les effets sur les usagers sont évalués et une recherche d'amélioration est conduite.

CRITERE 7.2. GESTION DES DECHETS D'ACTIVITE DE SOINS A RISQUE INFECTIEUX (DASRI)

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 2

Management des ressources

Référence 7

Qualité et sécurité de l'environnement

Code de l'environnement – 21 septembre 2000

En tant que producteur de déchets, l'établissement est responsable des déchets qu'il produit. Il lui incombe donc d'organiser le processus d'élimination des déchets.

Conformément à la réglementation et au code de l'environnement en vigueur, depuis la production jusqu'au traitement final, tout en assurant le respect des règles d'hygiène, de sécurité pour les personnes, les biens et l'environnement, ainsi que son coût financier.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets.
- La politique en matière de déchets est définie en concertation avec les instances concernées.
- Les procédures de gestion des déchets sont établies (gestion, stockage et élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux).

E2 : Mettre en œuvre

- Le tri des déchets est réalisé.
- Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont organisées.
- L'usager/sa famille sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.
- Des mesures de production du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.

E3 : Améliorer et évaluer

- Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.
- Des actions d'évaluation et d'amélioration sont conduites relatives à la gestion des déchets.

CRITERE 7.3. GESTION DE L'EAU

Chapitre 1

Management de
l'établissement

Partie 2

Management des
ressources

Référence 7

Qualité et sécurité de
l'environnement

La mise en place d'une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau consiste à assurer la maîtrise du risque lié à l'utilisation de l'eau et doit être réalisée en cohérence avec la gestion du risque environnemental. La gestion du risque environnemental doit prendre en compte la réduction de la consommation, la limitation des pollutions ainsi que la problématique des effluents.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie et validée par les instances.
- La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.

E2 : Mettre en œuvre

- Un plan de maintenance préventif et curatif des installations est élaboré et mis en œuvre.
- Des contrôles périodiques de l'eau sont menés et tracés.

E3 : Améliorer et évaluer

- Un suivi des postes de consommation est assuré.
- Un suivi des différents types de rejet est assuré.
- Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

CRITERE 7.4. GESTION DE L'ENERGIE

Chapitre 1

Management de
l'établissement

Partie 2

Management des
ressources

Référence 6

Gestion des fonctions
logistiques et des
infrastructures

La consommation d'énergie des établissements est importante. Les principaux postes énergétiques sont la cuisine, blanchisserie, climatisation et chauffage.

Ainsi, une bonne maîtrise de l'énergie permet d'assurer un service continu et de qualité.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Un diagnostic énergétique est réalisé.
- Une politique de maîtrise des consommations et de dépenses d'énergie est définie.

E2 : Mettre en œuvre

- Un plan de maintenance des installations est élaboré et mis en œuvre.
- Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en œuvre.

E3 : Améliorer et évaluer

- Un suivi périodique est réalisé.
- Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergies renouvelables est engagée.

CRITERE 8.1. LE PLAN D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 3

Management de la qualité et de la gestion des risques

Référence 8

Management de la qualité et de la sécurité

RBPP HAS – « 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 » - Avril 2009

Guide HAS – « ESSMS : valorisez les résultats de vos évaluations » - Mars 2016

L'engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité est primordial au sein des établissements du secteur social et médico-social.

Cet engagement traduit la garantie pour les usagers d'une prise en charge de qualité et d'une qualité des prestations délivrées.

Cet engagement s'exprime par un plan d'amélioration continue de la qualité et par des actions visant à améliorer le service rendu au quotidien.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- La direction a défini une politique et planifié des objectifs pour l'amélioration de la qualité et la gestion des risques. Ces objectifs sont formalisés dans un programme qualité et gestion des risques.
- Le programme créé par le comité de pilotage est soumis aux instances.
- Il existe un référent formé aux principes et méthodes de la démarche d'amélioration continue de la qualité.
- Les évaluations internes et externes antérieures sont prises en compte.

E2 : Mettre en œuvre

- Le comité de pilotage se réunit régulièrement.
- Le personnel a été sensibilisé et formé aux méthodes de l'amélioration continue de la qualité.
- Des groupes de travail thématiques consacrés à l'amélioration de la qualité associant les professionnels concernés sont créés
- Les actions d'amélioration de la qualité font l'objet d'une communication.
- Des indicateurs qualité sont mis en place.

E3 : Améliorer et évaluer

- Le suivi des plans d'actions qualité et gestion des risques est assuré.
- L'efficacité des actions est évaluée.
- Les indicateurs qualité sont exploitées et mis à jour.
- Les actions non réalisées sont reportées ou reprogrammées.
- Il existe un dispositif permettant de vérifier que les procédures sont connues de tous et qu'elles sont appliquées.

CRITERE 8.2. FONCTION DE COORDINATION DE LA GESTION DES RISQUES ASSOCIEE AUX PRESTATIONS

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 3

Management de la qualité et de la gestion des risques

Référence 8

Management de la qualité et de la sécurité

Les événements indésirables liés aux risques associés aux prestations relèvent la plupart du temps de causes secondaires.

Ils sont le plus souvent liés à des défauts d'organisation, de coordination, de vérification ou de communication, en résumé le fait d'une insuffisance ou d'un manque de culture commune de sécurité.

Le repérage des risques au domicile ou en établissement pour l'utilisateur est une problématique importante car elle est directement liée à l'utilisateur.

Ainsi, la gestion des événements indésirables représente un véritable enjeu pour l'établissement.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Une politique de gestion des risques est formalisée.
- Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.
- Une fonction de coordination de la gestion des risques associés aux activités est définie et identifiée.
- Les risques inhérents à l'accompagnement sont identifiés pour chaque usager.
- Un plan de priorisation des actions a été établi

E2 : Mettre en œuvre

- L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour de l'exercice de la coordination de la gestion des risques en accord avec la réglementation en vigueur.
- L'établissement dispose d'un professionnel formé aux principes et méthodes de gestion des risques.
- Une communication est mise en œuvre autour des risques.

E3 : Améliorer et évaluer

- Le mode de coordination de la gestion des risques associés aux prestations est évalué et amélioré.
- Le mode de communication et de sensibilisation au risque est évalué et ajusté.
- Les effets sur les professionnels et les usagers sont évalués.
- Les dysfonctionnements ou interrogations sont rapportés.

CRITERE 8.3. GESTION DE CRISE

RBPP HAS – « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement » - Mai 2014

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 3

Management de la qualité et de la gestion des risques

Référence 8

Management de la qualité et de la sécurité

Tout établissement ou service peut être soumis à une crise dont l'origine peut être d'origine interne ou externe.

Ainsi, un dispositif de crise est prévu dans chaque établissement ; il définit les responsabilités et les procédures graduées d'organisation selon le contexte et les ressources susceptibles d'être mobilisées.

Pour mettre en place une gestion de crise, l'établissement prend en compte les exigences réglementaires et effectue un état des lieux en matière de plan de secours pour évaluer les documents disponibles.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.
- La direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser suite aux différentes évaluations.
- Le responsable identifié prend en compte, diffuse les nouvelles exigences réglementaires et recommandations de l'ANESM à tous les salariés concernés.

E2 : Mettre en œuvre

- L'établissement met en œuvre des actions de façon à être en accord avec la réglementation.
- L'établissement tient compte et applique les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.
- Les actions définies dans le plan d'action sont réalisées.

E3 : Améliorer et évaluer

- Les actions sont suivies et leurs impacts évalués.
- Les dysfonctionnements ou interrogations sont rapportés.

CRITERE 8.4. GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 3

Management de la qualité et de la gestion des risques

Référence 8

Management de la qualité et de la sécurité

RBPP HAS – « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles » – Juillet 2009

La gestion des événements indésirables s'intègre dans une politique globale de gestion des risques associés aux prestations délivrées.

Ces retours d'information représentent une des sources de connaissance pour mettre en place un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prestations délivrées et améliorer le niveau de sécurité des membres du personnel.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- L'établissement a prévu une procédure de recueil, signalement, analyse et traitement des événements indésirables.
- L'établissement a prévu une formation et sensibilisation du personnel.
- Des supports sont prévus à la déclaration.

E2 : Mettre en œuvre

- Les supports sont connus et utilisés par les professionnels. Les professionnels sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.
- L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.
- Les déclarants sont informés de la prise en compte de l'événement et des suites données.

E3 : Améliorer et évaluer

- Les actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses.
- Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.
- L'efficacité des actions correctives est vérifiée.

CRITERE 8.5. GESTION DES MEDICAMENTS

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 3

Management de la qualité et de la gestion des risques

Référence 8

Management de la qualité et de la sécurité

La iatrogénie médicamenteuse est fréquente et grave chez le sujet âgé. Elle serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les sujets âgés, et de près de 20% chez les octogénaires. 30 à 60% des effets indésirables des médicaments seraient prévisibles et évitables.

Plusieurs études relatives à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mettent en évidence d'importances défailances sur les différentes étapes de ce macro-processus.

L'organisation du processus, la coordination et la communication entre les acteurs impliqués dans la prise en charge médicamenteuse des résidents représentent les facteurs principaux à l'origine du risque d'iatrogénie.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse fait partie des axes stratégiques de l'établissement.
- L'établissement a une politique de sécurisation de la gestion du médicament.
- Des protocoles et procédure relatifs au médicament existent.
- Il existe une liste type actualisée des médicaments prescrits au sein de l'établissement.

E2 : Mettre en œuvre

- Les équipes sont sensibilisées à la PECM du sujet et au risque de iatrogénie.
- L'établissement met en œuvre l'arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation, à l'administration des médicaments soumis à réglementation.
- Le stockage des médicaments est sécurisé.
- Le personnel connaît et suit les protocoles et procédures relatifs aux médicaments.

E3 : Améliorer et évaluer

- Une évaluation de la prise en charge médicamenteuse est conduite.
- Des pistes concrètes d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse et de la gestion du médicament sont établies.

CRITERE 8.6. GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 3

Management de la qualité et de la gestion des risques

Référence 8

Management de la qualité et de la sécurité

L'établissement établi et met en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à son activité et en cohérence avec les objectifs nationaux.

Ainsi, les membres du personnel doivent s'approprier les notions de base en hygiène et identifier et prévenir les risques liés à l'environnement, aux matériels et aux soins.

L'établissement doit être en mesure de mettre en place des précautions et des conduites à tenir adaptées.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

E1 : Prévoir

- Une organisation pour répondre à des alertes descendantes et ascendantes est en place.
- Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée.
- Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilance.

E2 : Mettre en œuvre

- Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.
- En cas de plan, les affiches sont affichées à destination des professionnels et des usagers.

E3 : Améliorer et évaluer

- Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribuent à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Des actions d'amélioration sont mises en place.

CRITERE 9.1. SYSTEME DE GESTION DES PLAINTES ET RECLAMATIONS

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 3

Management de la qualité et de la gestion des risques

Référence 9

Gestion des plaintes et évaluation de la satisfaction des usagers

RBPP HAS - « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) : Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté » - Juillet 2013

RBPP HAS - « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) : Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » - Septembre 2013

RBPP HAS - « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement » - Janvier 2011

RBPP HAS - « Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » - Septembre 2011

RBPP HAS - « Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : la vie sociale des résidents en EHPAD » - Décembre 2011

La mise en place d'un système de gestion des plaintes et réclamations contribue à la prise en compte de l'expression des usagers et de leur entourage et concourt à l'amélioration de la qualité du fonctionnement de l'établissement.

Ce système permet le recueil et l'expression des usagers et l'apport d'une réponse pertinente et individualisée à chaque plainte et réclamation.

L'analyse des plaintes et réclamations constitue un outil d'aide à l'amélioration de la qualité de la prise en charge de l'utilisateur et de prévention de la maltraitance.

E1 : Prévoir

- La gestion des plaintes et réclamations est organisée.
- Le système de gestion des plaintes et réclamations est en lien avec le dispositif de signalement des événements indésirables.

E2 : Mettre en œuvre

- La procédure de dépôt de plaintes et de réclamations est diffusée au personnel et aux usagers.
- Les documents sont accessibles et adaptés.
- Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.
- Le plaignant est informé des suites données à sa plainte.

E3 : Améliorer et évaluer

- L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations inclut le suivi du délai de réponse au plaignant contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité des prestations.
- Cette exploitation est programmée, faite par une personne compétente en la matière.
- Une communication sur cette exploitation est faite au personnel et aux usagers.

Cotation

E1 :

E2 :

E3 :

CRITERE 9.2. EVALUATION DE LA SATISFACTION DES USAGERS

Chapitre 1

Management de l'établissement

Partie 3

Management de la qualité et de la gestion des risques

Référence 9

La gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers

RBPP HAS - « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) : Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté » - Juillet 2013

RBPP HAS - « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) : Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs » - Septembre 2013

RBPP HAS - « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement » - Janvier 2011

RBPP HAS - « Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » - Septembre 2011

RBPP HAS - « Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : la vie sociale des résidents en EHPAD » - Décembre 2011

RBPP HAS – « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » – Novembre 2009

Loi n°2002-2 Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de vie sociale.

L'évaluation de la satisfaction des usagers peut se faire au quotidien, par des remarques signalées, positives ou négatives mais aussi de façon plus formalisée avec des enquêtes réalisées régulièrement auprès des personnes accompagnées mais aussi leurs familles.

La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, réaffirme la place de l'utilisateur au cœur de l'action sociale et le positionne en tant que client de prestations de service, individualisées et contractualisées avec l'établissement. Le recueil des attentes et le degré de satisfaction est incontournable dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des prestations. L'évaluation permet de mesurer l'écart entre la qualité voulue et la qualité réalisée : c'est une mesure de la conformité de l'établissement par rapport aux objectifs fixés.

E1 : Prévoir

- Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie
- Un conseil de vie sociale (CVS) ou autre forme de participation est défini.
- La satisfaction de usagers fait partie des axes prioritaires de l'établissement.

E2 : Mettre en œuvre

- Le recueil de la satisfaction des usagers est mis en place selon une méthodologie validée par la direction et les instances.
- Le CVS ou autre forme de consultation se réunit au moins 3 fois par an.
- La satisfaction des usagers ou de leurs représentants est mesurée périodiquement pour chaque prestation de l'établissement. Une enquête de satisfaction est menée au moins une fois par an auprès des usagers, familles ou représentants légaux.

E3 : Améliorer et évaluer

- Les enquêtes de satisfaction font l'objet d'une analyse et d'une communication au personnel et aux usagers.
- Les enquêtes de satisfaction sont réévaluées pour être adaptées au mieux aux usagers.
- Des actions d'amélioration sont mises en place et suivies.

**L'ÉVALUATION DES ÉTABLISSEMENTS DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL :
VERS UNE NECESSAIRE UNIFORMISATION DES PRATIQUES ?**

Depuis le 1^{er} avril 2018, une nouvelle direction est chargée, à la **HAS**, du champ social et **médico-social**, entre autres, l'évolution de l'**évaluation** des quelque 30 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux.

L'objectif de ce travail, par l'actualité du sujet, est de déterminer s'il est possible d'appliquer à l'image du secteur **sanitaire** un **référentiel unique** d'évaluation à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Une étude comparative et des entretiens semi-directifs ont été menés. De plus, la création de la première partie d'un référentiel commun d'évaluation a permis de rendre la démarche la plus concrète possible.

Les résultats de cette étude ont permis de démontrer que l'application d'un référentiel commun d'évaluation était possible dans le secteur social et médico-social. Cependant, la démarche doit prendre en compte l'ensemble des spécificités du secteur.

Mots-clés : **Evaluation, HAS, médico-social, référentiel, sanitaire, unique**

**THE EVALUATION OF THE ESTABLISHMENTS OF THE SOCIAL AND MEDICAL AND
SOCIAL SECTOR: TOWARDS A NECESSARY STANDARDIZATION OF THE
PRACTICES?**

Since the April 1st 2018, a new management is responsible, at the **HAS**, for the social and **medico-social** sector, among others, the evolution of the **evaluation** of about 30 000 establishments and social and medico-social services.

The objective of this work, by the current events of the subject, is to determine if it is possible to apply just like the **sanitary** sector a **unique assessment toolkit** to all the establishments and services of the social and medico-social sector.

A comparative study and semi-structured interviews were conducted. Furthermore, the creation of the first part of assessment toolkit allowed making the most practical possible approach.

The results of this study allowed demonstrating that the application of a unique assessment toolkit was possible in the social and medico-social sector. However, the approach has to take into account all the specificities of the sector.

Key-words : **Evaluation, HAS, medico-social, assessment toolkit, sanitary, unique**