

N° 1214

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 26 juillet 2018.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et
de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
sur l'évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif
d'évaluation*

ET PRÉSENTÉ PAR

Mme ANNIE VIDAL,

Députée.

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION	7
PREMIÈRE PARTIE – UNE DÉMARCHE D’ÉVALUATION QUI A PORTÉ SES FRUITS, MAIS QUI ATTEINT AUJOURD’HUI SES LIMITES	11
I. LA MISE EN PLACE DES ÉVALUATIONS INTERNES ET EXTERNES A PROFONDÉMENT CONTRIBUÉ AUX PRÉMICES DE LA DÉMARCHE QUALITÉ AU SEIN DES EHPAD	11
A. LE DOUBLE DISPOSITIF D’ÉVALUATION INTERNE ET EXTERNE MIS EN PLACE EN 2002	11
1. L’ambition du dispositif d’évaluation et sa déclinaison	11
a. Les principes et fondements de l’action sociale	11
b. Principes de mise en œuvre d’une démarche qualité	13
c. L’évaluation, instrument de la démarche qualité des ESSMS	13
2. Les deux modalités d’évaluation et leur articulation	15
a. L’évaluation interne comme démarche d’amélioration continue	15
b. L’évaluation interne des EHPAD	17
c. L’évaluation externe, une démarche complémentaire mais faillible	19
d. L’encadrement des procédures d’évaluation	21
B. UN DISPOSITIF QUI A PERMIS UNE APPROPRIATION DE LA DÉMARCHE QUALITÉ ET QUI RESTE PERFECTIBLE	23
1. Un travail de longue haleine	23
a. L’appropriation difficile d’une démarche nouvelle et exigeante	23
b. Une appropriation qui, avec le recul, apparaît globalement réussie	25
c. Le tableau de bord de la performance, initiative convergente pilotée par l’ANAP et les ARS : un outil de pilotage au service du management de l’établissement	26

2. Au sein du champ médico-social, une mise en place particulièrement aboutie pour les EHPAD.....	27
a. Les recommandations de bonnes pratiques émises par l'ANESM ont été particulièrement pertinentes	27
b. L'intérêt de la procédure d'évaluation du point de vue des managers	28
II. LE BILAN DE LA PROCÉDURE D'ÉVALUATION RESTE CEPENDANT EN DEMI-TEINTE	30
A. DES QUESTIONS RÉCURRENTES SUR LES ÉVALUATIONS EXTERNES.....	31
1. L'habilitation des évaluateurs externes sur la sellette.....	31
a. Une procédure d'habilitation purement administrative.....	31
b. Des évaluateurs trop nombreux et de qualité inégale	33
2. La relation contractuelle problématique entre l'évaluateur et l'évalué	34
a. Le choix de l'organisme évaluateur	34
b. Les effets délétères de ce processus.....	35
B. QUELQUES DOUTES EXPRIMÉS SUR LA DOUBLE DÉMARCHE	36
1. Des questionnements sur la double évaluation telle qu'elle est aujourd'hui organisée	36
2. Des procédures chronophages et mal articulées	37
C. DES RAPPORTS D'ÉVALUATION TROP PEU OPÉRANTS.....	39
1. Des rapports aujourd'hui peu exploitables par les autorités de tutelle	40
2. Des rapports également peu exploitables par les établissements eux-mêmes	41
DEUXIÈME PARTIE – VERS UNE DÉMARCHE STRUCTURÉE ET HOMOGENE, VÉRITABLE LEVIER D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES EHPAD.....	43
I. LE DISPOSITIF DEMANDE À ÊTRE AMÉLIORÉ SANS POUR AUTANT QUE SES FONDAMENTAUX SOIENT REMIS EN CAUSE.....	43
A. AMÉLIORER ET SIMPLIFIER LE DISPOSITIF EXISTANT POUR PERMETTRE UNE APPRÉCIATION GLOBALE DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS.....	43
1. Mettre en place au plus vite le référentiel national souhaité par tous les acteurs ...	43
a. Un consensus très fort en faveur d'un référentiel national.....	43
2. Proposer un outil de visualisation des indicateurs qualitatifs servant à la fois de diagnostic de départ et d'outil de mesure de la progression	51
3. Intégrer la démarche d'évaluation à la démarche de contractualisation	52
4. Améliorer la qualité et l'exploitabilité des rapports d'évaluation externe.....	54
a. D'un contrôle a posteriori à un contrôle a priori	54
b. Distendre les liens financiers entre évalués et évaluateurs	55

B. ÉVALUATION OU CERTIFICATION ? UNE QUESTION QU'IL CONVIENT DE DÉPASSER	56
1. Une transposition de la certification sanitaire aux EHPAD n'est ni possible, ni souhaitable.....	57
a. Une transposition qui ne serait pas pertinente sur le fond.....	57
b. Une transposition qui ne serait pas non plus possible en pratique	57
2. Ne pas opposer certification et évaluation, mais rechercher les complémentarités	58
II. UN VOLET NOUVEAU À OUVRIR : AMÉLIORER L'INFORMATION DES USAGERS	59
A. LA NÉCESSITÉ DE FOURNIR AUX USAGERS UNE INFORMATION PLUS QUALITATIVE	60
1. Publier des informations qualitatives descriptives sur le portail de la CNSA	60
2. Publier les évaluations externes	61
B. ALLER PLUS LOIN DANS LA COMPARAISON DES EHPAD DEVRA SE FAIRE AVEC PRUDENCE	62
1. Une démarche de « notation » qui, certes, existe dans d'autres pays	62
2. Un processus qu'il convient d'engager avec précaution.....	63
CONCLUSION.....	65
SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS.....	67
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	69
ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	71
ANNEXE N° 2 : SIGLES EMPLOYÉS DANS LE RAPPORT	74
ANNEXE N° 3 : ARTICLE L. 312-8 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES	75
ANNEXE N° 4 : DÉROULÉ D'UNE ÉVALUATION INTERNE	77
ANNEXE N° 5 : LES INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE.....	78
ANNEXE N° 6 : FORMULAIRE DE DÉCLARATION POUR ORGANISME ÉVALUATEUR	79
ANNEXE N° 7 : DEUX EXEMPLES DE NOTATION PUBLIQUE (ÉTATS-UNIS ET ROYAUME-UNI)	87

INTRODUCTION

La vieillesse peut devenir une parure, sans être une abdication.

Louis Barthou,

Discours de réception à l'Académie Française, 12 juin 1924

La situation de nos établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est une des préoccupations majeures du gouvernement. Notre volonté est de faire de la qualité de la prise en charge de nos aînés une priorité absolue.

La réforme de la tarification a mis en exergue des difficultés préexistantes, notamment financières, du moins pour certaines catégories d'établissements. Le ciblage médiatique de ces difficultés et l'amalgame qui en a été fait ont donné à penser qu'en France, nos aînés n'étaient pas convenablement pris en charge, voire qu'ils étaient maltraités.

Sans nier les réelles difficultés, qui relèvent d'origines très variées, tout cela a été très délétère et a généré une grande défiance au sein de la population.

En outre, l'investissement et l'engagement des professionnels auprès des résidents des EHPAD a été occulté par cette campagne anti-EHPAD.

Il est à noter et à signifier que les progrès du secteur pour fournir au quotidien des services de qualité ont été particulièrement importants au cours des dernières années dans l'ensemble de ces établissements. C'est le fruit du travail de l'ensemble des professionnels et des mesures en faveur de l'amélioration de la qualité au sein des EHPAD.

L'enquête « Bientraitance », réalisée par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux (ANESM) en 2015, illustre clairement ces progrès : 57 % des présidents des conseils de vie sociale interrogés dans le cadre de cette enquête ont considéré que la vie dans l'EHPAD favorisait toujours une bonne image de soi, contre 44 % en 2010, et 71 % qu'elle favorisait toujours le respect des personnes, contre 60 % en 2010.

Pourtant, il est aujourd'hui urgent de rétablir la confiance des citoyens dans ces établissements, qui restent bien souvent la meilleure solution pour de

nombreuses personnes âgées et leur famille et qui offrent un cadre de vie sécurisant et sécurisé.

Pour rétablir la confiance il est indispensable d’objectiver la qualité de la prise en charge des résidents dans les EHPAD. À travers cette objectivation, c’est tout le secteur et les professionnels qui seront ainsi reconnus et valorisés.

Le rétablissement de la confiance passera également par une plus grande transparence de ce qui se pratique et se vit au cœur de nos EHPAD. Il s’agit de valoriser les réussites, et elles sont nombreuses, mais aussi de dénoncer et de corriger les pratiques inappropriées, voire déviantes, qui existent certes, mais sont très minoritaires.

Le préalable à cette volonté de transparence et de valorisation est la mise en œuvre de mesures de fond, comme la mobilisation de moyens supplémentaires pour les établissements, mais pas seulement. Il s’agit aussi de s’appuyer sur une démarche qualité structurée, structurante, spécifique et partagée.

La ministre des Solidarités et de la Santé, Mme Agnès Buzyn, s’est d’ailleurs engagée, dans sa « feuille de route pour relever les défis du vieillissement de la population à moyen et court terme », à :

- mobiliser 360 millions d’euros supplémentaires de 2019 à 2021 pour les EHPAD, afin que ceux-ci puissent recruter des personnels soignants ;

- maintenir les ressources financières des EHPAD au minimum à leur hauteur actuelle afin que la réforme de la tarification ne conduise à aucune baisse des dotations, grâce à une enveloppe de 47 millions d’euros ;

- dédier 36 millions d’euros entre 2018 et 2020 à la généralisation de la présence d’infirmiers de nuit ;

- consacrer 40 millions d’euros à la généralisation de la télé médecine en EHPAD sur la période 2019-2022, afin d’améliorer la qualité du suivi médical de nos aînés ;

- conforter les activités de prévention grâce à des crédits dédiés ainsi qu’à la révision en cours des ordonnances « Pathos », qui permettent de mesurer le besoin de soins des résidents d’EHPAD, En 2018, dans le cadre de la conférence des financeurs pour la prévention de la perte d’autonomie, 15 millions d’euros seront mobilisés pour que les résidents en EHPAD puissent bénéficier des actions de prévention. À partir de 2019, les actes de prévention des professionnels en EHPAD seront financés par l’assurance maladie, avec une enveloppe dédiée de 30 millions d’euros mobilisée en 2019 qui sera mise en œuvre par les agences régionales de santé ;

- financer un plan de soutien à l’investissement en EHPAD d’au moins 100 millions d’euros par an à partir de 2019.

Au-delà de ces efforts financiers supplémentaires conséquents, l'évolution de l'évaluation des ESSMS, et notamment des EHPAD, viendra conforter et valoriser la démarche qualité déjà mise en place au sein des établissements.

Elle vise à la fois une amélioration continue des prestations fournies, un meilleur encadrement de cette qualité par les pouvoirs publics et une plus grande transparence vis-à-vis des citoyens. Dans leur rapport du 14 mars 2018 sur les EHPAD ⁽¹⁾, nos collègues Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat ont évoqué, dans leur préconisation n° 11, la nécessité « *de repenser le processus d'évaluation externe des EHPAD, qui apparaît aujourd'hui insatisfaisant, afin de le rendre plus efficace et plus transparent* », et ont proposé de « *s'orienter vers une information plus qualitative* », en s'appuyant notamment sur des indicateurs relatifs à la qualité des prestations des établissements.

L'objet du présent rapport est donc d'apprécier le niveau d'acquisition de la démarche qualité des EHPAD et de proposer des évolutions des dispositifs d'évaluation et de structuration de cette démarche qualité pour plus d'objectivation, plus de valorisation, plus d'harmonisation, plus de transparence et, *in fine*, plus de qualité réelle.

À cet égard, on rappellera que l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) avait défini la démarche qualité comme une démarche progressive, visant « *l'obtention d'améliorations sur des problématiques prioritaires de l'établissement ou d'un de ses secteurs. Elle correspond à un effort ciblé justifié par l'importance d'une problématique et la nécessité d'élaborer et de mettre en œuvre une solution.* » ⁽²⁾.

Par ailleurs, la qualité selon les normes ISO, c'est « *l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les exigences spécifiées* ». Elle permet également de s'assurer que l'organisation d'une entreprise est conforme à une politique qualité clairement définie. La politique qualité, quant à elle, est le premier document du système de management de la qualité d'un établissement. À ce stade, il apparaît clairement que la démarche qualité doit être structurée autour de plusieurs dimensions (ou processus) qui viendront toutes contribuer à la qualité de la prestation délivrée en réponse aux attentes des résidents.

D'autres travaux, relatifs à la prise en charge des personnes vulnérables sont en cours ; il s'agit de

– ceux placés sous la présidence de M. Denis Piveteau par la commission de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, issue du Haut

(1) Mmes Monique IBORRA et Caroline FIAT, Rapport d'information déposé en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Assemblée nationale, XV^e législature, n° 769, 14 mars 2018.

(2) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en établissement de santé, Principes de mise en œuvre d'une démarche de qualité en établissement de santé, avril 2002, page 36.

conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) et du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) ;

– ceux conduits par la commission sur la qualité de vie au travail dans les EHPAD et les établissements du champ du handicap, pilotée par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Ces travaux viendront enrichir la réflexion sur l'évolution de la démarche qualité des EHPAD et leurs conclusions et préconisations pourraient prendre leur place dans les évolutions à venir de l'évaluation de ces établissements.

Le présent rapport fait donc le point sur les progrès initiés par la mise en place d'un processus d'évaluation par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 mais aussi sur les limites de l'actuel système d'évaluation. Il propose de repenser ce système, tout en réaffirmant ce qui fait la spécificité du secteur médico-social en général, et des EHPAD en particulier : **la place accordée à la qualité de vie pour les résidents et pour les personnels et aux droits et libertés de la personne accueillie.**

Les auditions conduites par la MECSS dans le cadre de ce rapport ont permis de dégager un **consensus extrêmement fort tant sur les constats que sur les actions à engager**. Lors de ces auditions s'est exprimé un **volontarisme très affirmé des acteurs du secteur** pour qu'ils puissent s'approprier davantage les évolutions futures d'une démarche qualité continue et dynamique, partagée par tous les acteurs concernés.

Chacun s'accorde à dire que l'intérêt majeur d'une démarche qualité est qu'elle permet de faire vivre la qualité au quotidien et de communiquer sur les bonnes pratiques mises en place. Dans ce cadre, l'évaluation externe devient alors un moment privilégié pour valoriser et faire reconnaître son professionnalisme.

PREMIÈRE PARTIE

— UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION QUI A PORTÉ SES FRUITS, MAIS QUI ATTEINT AUJOURD'HUI SES LIMITES

I. LA MISE EN PLACE DES ÉVALUATIONS INTERNES ET EXTERNES A PROFONDÉMENT CONTRIBUÉ AUX PRÉMICES DE LA DÉMARCHE QUALITÉ AU SEIN DES EHPAD

A. LE DOUBLE DISPOSITIF D'ÉVALUATION INTERNE ET EXTERNE MIS EN PLACE EN 2002

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a introduit dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) l'obligation pour les établissements de procéder à des évaluations internes et de faire procéder à des évaluations externes.

1. L'ambition du dispositif d'évaluation et sa déclinaison

a. Les principes et fondements de l'action sociale

En révisant la loi du 30 juin 1975, la loi n° 2002-2 a tout d'abord posé pour la première fois les principes et fondements de l'action sociale et médico-sociale : « *Conduite dans le respect de la dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire* »⁽¹⁾, « *l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir (...) l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.* »⁽²⁾

Plusieurs dispositions précisent les droits des usagers du secteur social et médico-social. L'article L. 311-3 du CASF dispose ainsi que « *l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par les établissements sociaux et médico-sociaux* », qui se voit notamment assurée :

– du respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

– d'une prise en charge et d'un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé. Celui-ci doit systématiquement

(1) Article L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Article L. 116-1 du code de l'action sociale et des familles.

être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ;

– d’une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

– de la participation directe ou avec l’aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d’accueil et d’accompagnement qui la concerne.

D’autres dispositions visent à assurer l’effectivité de ces droits et libertés. En premier lieu, l’article L. 311-4 du CASF, aux termes duquel « *Afin de garantir l’exercice effectif des droits mentionnés à l’article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d’accueil auquel sont annexés : a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie* », ainsi qu’un contrat de séjour qui définit « *les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l’accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d’établissement* »⁽¹⁾. S’y ajoute le règlement de fonctionnement de l’établissement qui doit définir « *les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l’établissement ou du service.* »⁽²⁾.

Pour rappel, la maltraitance peut prendre plusieurs formes. Selon l’Organisation mondiale de la santé, OMS, « *la maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en l’absence d’intervention appropriée, dans le cadre d’une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits de l’homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales ; les violences matérielles et financières ; l’abandon ; la négligence ; l’atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect* ». ⁽³⁾

C’est sous cet angle que l’évaluation apparaît comme la pierre angulaire de l’action sociale et médico-sociale. En effet, l’article L. 116-1 du CASF précise que celle-ci « ***repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature.*** ».

(1) Article L. 311-4 du code de l’action sociale et des familles.

(2) Article L. 311-7 du code de l’action sociale et des familles.

(3) <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

b. Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité

Le préalable à toute évaluation est l'instauration d'une démarche qualité au sein de l'établissement. La mise en œuvre d'une démarche qualité repose sur des principes fondateurs comme décrits ci-dessous.

Selon l'ANAES, ils comportent :

- l'attention aux clients, composante indispensable, qui doit permettre de distinguer la qualité qu'il attend, celle qu'il perçoit, celle qui est souhaitée par l'institution et celle qui est délivrée ;
- l'importance du leadership, qui permet de fixer les buts et de mobiliser les acteurs ;
- la démarche participative, la qualité et l'amélioration des processus, supposant la mobilisation de l'ensemble du personnel,
- une approche méthodique, par processus, transversale et interprofessionnelle, visant à comprendre la contribution de chacun à la prestation et à améliorer la performance ;
- l'amélioration continue, par l'analyse systématique et la correction des problèmes et le traitement des dysfonctionnements ;
- la mesure, impératif de la qualité, qui permet d'apprécier la satisfaction des clients et de valoriser le travail accompli.

c. L'évaluation, instrument de la démarche qualité des ESSMS

Au niveau des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), l'évaluation se décline selon deux modalités, définies à l'article L. 312-8 du CASF :

– **L'évaluation interne** : les établissements doivent procéder « 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, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements et de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. » Cette évaluation interne a pour but d'initier et de structurer une démarche qualité propre à chaque établissement, intégrée dans le projet d'établissement et connue de l'ensemble des équipes.

– **L'évaluation externe** : les établissements doivent faire « procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur », habilité par arrêté du ministre, qui doit respecter un cahier des charges fixé par décret.

L'annexe 3-10 du CASF ⁽¹⁾ énonce les principes et le cadre de l'évaluation externe prévue au deuxième alinéa de l'article L. 312-8, qui en fixe les modalités de réalisation et les obligations qui en découlent pour l'organisme habilité et pour la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social. Elle identifie un certain nombre de thématiques sur lesquelles l'évaluation devra porter.

Les fondements de l'évaluation sont ainsi définis :

« 1.1. L'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse. Cette évaluation doit permettre de porter une appréciation qui l'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à la décision. Elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits au regard des objectifs tels que précisés ci-après, en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique.

« 1.2. L'évaluation est distincte du contrôle des normes en vigueur. Elle se distingue également de la certification. L'évaluation telle que prévue à la présente annexe tient compte des résultats des démarches d'amélioration continue de la qualité que peuvent réaliser les établissements et services.

« 1.3. L'évaluation interroge la mise en œuvre d'une action, sa pertinence, les effets prévus et imprévus, son efficience, en considération du contexte observé. Elle implique un diagnostic partagé, la construction d'un cadre de référence spécifique d'évaluation, le choix d'outils de mesure et d'appréciation adaptés. Elle repose sur la mobilisation des partenaires concernés aux différentes étapes de la démarche évaluative.

« 1.4. L'évaluation contribue à la coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les autorités publiques. »

« L'évaluation externe à quant à elle pour but de mesurer la qualité des prestations fournies et de valoriser les pratiques professionnelles. »

Comme l'a résumé le rapport élaboré par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en juin 2017 ⁽²⁾, l'évaluation est ainsi devenue l'outil de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, et ces dispositions législatives et réglementaires constituent le socle sur lequel reposent les démarches qualité que les ESSMS, et spécialement les EHPAD, ont entreprises depuis lors.

(1) Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007.

(2) Inspection générale des affaires sociales, Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux, rapport n° 2016-113R, établi par Mme Catherine Hesse et M. Thierry Leconte, juin 2017.

2. Les deux modalités d'évaluation et leur articulation

Aux termes de l'article L. 312-8 du CASF, force est de constater que les champs des évaluations internes et externes sont identiques : dans l'un comme l'autre cas, les établissements procèdent ou font procéder « *à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.* »

Cependant, les modalités sont évidemment différentes.

Ainsi, l'évaluation interne devrait reposer sur la démarche qualité mise en place dans l'établissement. Elle peut être assimilée à une auto-évaluation dont le but est l'amélioration continue des prestations. Il incombe à la direction de l'établissement d'avoir défini une politique qualité et d'en réaliser le management avec l'ensemble des équipes afin que cette démarche concoure à l'amélioration des prestations. Son intérêt est d'être un gage d'amélioration de la qualité en favorisant l'assimilation des résultats. Elle peut également être un outil de management.

L'évaluation externe, quant à elle, vise à faire apprécier par un tiers la qualité des prestations dans le but de proposer des pistes d'amélioration. Elle vise également la production d'un rapport à destination de l'établissement évalué.

a. L'évaluation interne comme démarche d'amélioration continue

Le CASF, dans sa partie réglementaire, a précisé que les évaluations internes reposaient « *sur une démarche continue tracée chaque année dans le rapport d'activité des établissements et services concernés.* » ⁽¹⁾

Le Conseil national de l'évaluation sociale et médicosociale (CNESMS) avait tout d'abord élaboré un **guide pour l'évaluation interne**. Il comportait plusieurs entrées. Il s'agissait notamment d'interroger **les pratiques**, les activités et leurs effets, pour les faire évoluer, que ce soit en ce qui concerne le droit et la participation des usagers, **les prestations fournies, ou encore l'établissement lui-même, tant au regard de son organisation et de son insertion dans son environnement** que de la mise en œuvre de son projet. L'évaluation interne vise donc à analyser ses pratiques, à observer les points de fragilité et apporter des mesures correctives concertées et efficaces. C'est une démarche dynamique, éthique et déontologique, qui doit respecter un certain nombre de principes de conduite, au rang desquels le fait d'être participative, intégrée, structurée, d'impliquer les instances décisionnelles et de permettre l'appropriation par les personnels. Elle est, en outre, constitutive de la politique qualité.

Sur cette base, l'ANESM a ensuite proposé **un cadre méthodologique** pour la mise en œuvre des évaluations internes des ESSMS ⁽²⁾. Comme le souligne

(1) Article D. 312-203 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, avril 2009.

l'Agence, l'application de cette méthode permet de structurer la démarche d'évaluation et de décliner de manière détaillée l'ensemble des objectifs communs de l'accompagnement définis dans la loi du 2 janvier 2002. Il s'articule autour de :

- la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie des résidents et des professionnels,
- la personnalisation de leur environnement,
- la garantie de leurs droits et de leur participation,
- leur protection,
- la prévention des facteurs de risques liés à la vulnérabilité.

Les modalités de recueil et d'analyse proposées permettent ensuite d'apprécier l'insertion et l'ouverture de l'établissement sur son environnement, l'intégration des différentes ressources, internes ou externes, l'organisation interne, les ressources humaines et financières, ainsi que son système d'information.

Si les modalités de l'évaluation peuvent varier sensiblement en fonction de la taille et des ressources des établissements, certaines constantes demeurent. Le pilotage et l'animation de la démarche restent toujours des points essentiels et fédérateurs au sein d'une équipe. En effet, pour l'ANESM, comme dans toute démarche qualité, l'engagement de la direction est une condition **indispensable à la réussite et à l'appropriation de la démarche. La mobilisation et la participation de l'ensemble des personnels**, soignants administratifs et techniques, **sont absolument nécessaires**, quelles que soient les modalités de leur intervention. En outre, **l'implication des résidents et de leurs proches est également essentielle à toutes les étapes**. Pour l'ANESM, même si elle ne va pas nécessairement de soi, « *cette implication est incontournable* » et ne doit pas relever du simple formalisme. Elle doit se traduire par :

- des phases de consultation permettant de recueillir des avis de manière structurée,
- des phases de concertation associant les usagers et leurs représentants dans une **démarche collective et contradictoire de réflexion** sur les réponses proposées par l'établissement,
- et enfin des phases de coproduction, associant les usagers à l'analyse évaluative et aux propositions d'amélioration.

b. L'évaluation interne des EHPAD

L'ANESM a ensuite proposé un **guide méthodologique spécifiquement destiné à la conduite des évaluations internes des EHPAD** ⁽¹⁾. Rappelant que les EHPAD sont engagés depuis 1999 dans des démarches d'amélioration continue de leurs prestations aux résidents *via* la réalisation d'auto-évaluations et du suivi de l'engagement qualité pris dans le cadre de la convention tripartite, elle souligne que la démarche d'évaluation interne s'appuie sur leurs compétences en conduite de projet et sur la culture de l'évaluation qu'ils ont d'ores et déjà acquise.

Sur ces bases, l'évaluation interne a pour ambition « *d'aller plus loin et d'interroger les effets de ces processus pour les résidents.* » De là, la nécessité d'une **démarche participative et collective** d'une part, **et d'objectivation**, d'autre part. L'ANESM identifie en conséquence cinq axes, expressément centrés sur les résidents, directement issus de la loi n° 2002-2, à savoir :

- (1) la garantie des droits individuels et collectif ;
- (2) la prévention des risques liés à la santé, inhérents à la vulnérabilité des résidents ;
- (3) le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance ;
- (4) la personnalisation de l'accompagnement ;
- (5) l'accompagnement de la fin de vie.

Pour chacun de ces axes, de deux à sept thèmes, précisément définis, sont à évaluer :

Axes	Thèmes à évaluer
Garantie des droits individuels et collectifs	Garantie des droits individuels Garantie des droits collectifs
Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents	Dépistage et la prise en charge de la douleur Prévention et la prise en charge des chutes Prévention et la prise en charge des escarres Prévention et la prise en charge de la dénutrition Dépistage et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement Analyse et la maîtrise du risque infectieux Continuité des soins
Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance	Maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides ; Maintien des capacités à la toilette et l'accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale

(1) Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, février 2012, 105 pages.

Axes	Thèmes à évaluer
Personnalisation de l'accompagnement	Projet personnalisé (le projet d'accueil et d'accompagnement) Personnalisation des activités sociales individuelles et collectives Possibilité du maintien des liens sociaux
Accompagnement de la fin de vie	Accompagnement de la fin de vie des résidents Accompagnement de leurs entourages (proches et professionnels) à ce moment-là

À l'instar des quatre phases qu'elle avait identifiées pour les ESSMS, l'ANESM recommande également que la démarche d'évaluation interne respecte un séquençement en quatre étapes. Le processus d'évaluation interne se déroule donc en quatre étapes :

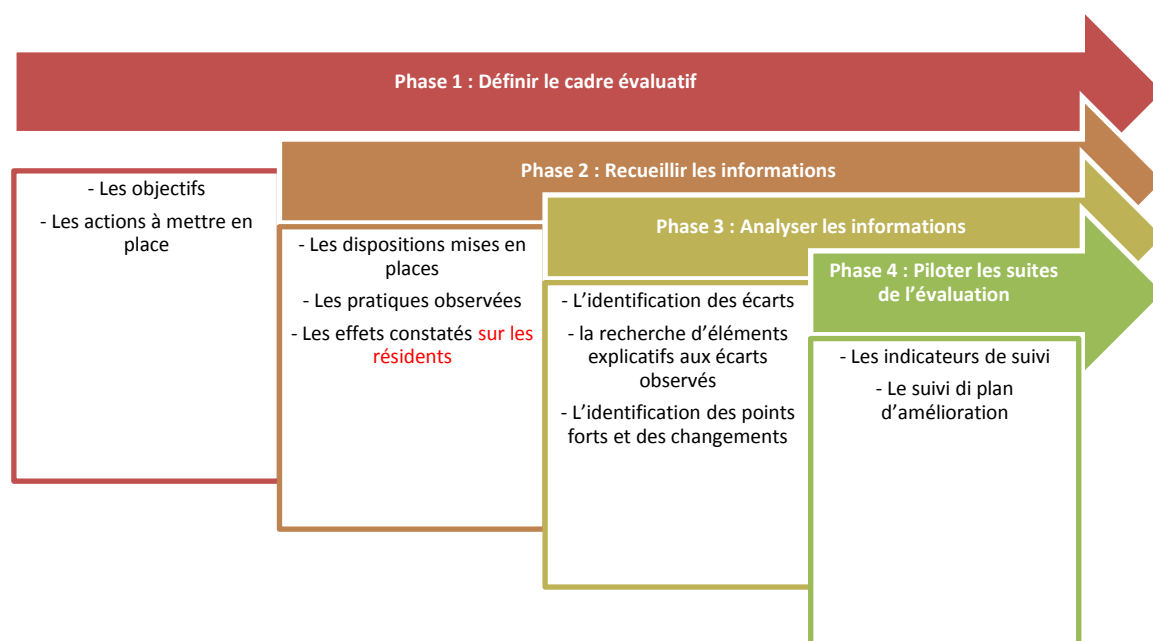
(1) Il s'agit en premier lieu de définir **le cadre évaluatif**, à savoir les objectifs de l'établissement et les actions qu'il met en œuvre pour les atteindre.

(2) La phase de **recueil des informations** doit permettre à l'établissement d'analyser les dispositions mises en place, les pratiques observées et les effets constatés sur les résidents.

(3) La troisième phase d'**analyse des informations** doit permettre d'identifier les écarts entre les objectifs et les effets constatés, d'en rechercher les éléments explicatifs et d'identifier les points forts de l'établissement et les changements nécessaires.

(4) Enfin, la dernière phase a pour but de piloter **les suites de l'évaluation** via des indicateurs de suivi et, le cas échéant, le suivi d'un plan d'amélioration

Le schéma reproduit ci-après formalise ce processus.



PROCESSUS DE L'ÉVALUATION INTERNE DANS UN EHPAD

Telle qu'elle a été ainsi construite, l'évaluation interne est une démarche exigeante pour les établissements. Elle relève d'une approche qualité qui s'appuie sur le cercle vertueux de l'amélioration continue de la qualité (PDCA) qui peut être schématisé ainsi :



Cela justifie l'absolue nécessité de mettre en place une politique et un management de la qualité, dès lors que les dispositifs d'évaluation interne et externe ont été actés. L'ANESM recommande à cet effet, la constitution de trois groupes pour en assurer la conduite :

- un **comité de pilotage**, de taille variable selon l'importance de l'établissement et le volume de ses activités, mais intégrant au minimum les principaux décideurs et le référent évaluation, aura pour rôle d'organiser et de suivre la démarche d'évaluation et de prendre les décisions.

- les **groupes de travail**, dont le nombre et la composition varient également en fonction de la taille de l'établissement et du volume de ses activités, sont organisés de façon à pouvoir croiser le regard de différents types d'acteurs (administrateurs, psychologues, infirmiers, usagers, auxiliaires de vie, etc.) et sont chargés d'élaborer le cadre évaluatif, de recueillir et d'analyser les informations et de fournir les pistes d'amélioration.

- le **comité de suivi**, animé par un membre du comité de pilotage, un cadre ou le référent évaluation, supervise l'avancée de chaque plan d'amélioration.

c. L'évaluation externe, une démarche complémentaire mais faillible

Le périmètre des évaluations porte sur l'ensemble des activités et des prestations fournies par les établissements, tant pour les évaluations internes qu'externes. Cette identité est logique, dans la mesure où **la complémentarité des**

deux démarches est expressément visée pour permettre des regards croisés et pour que les pouvoirs publics puissent apprécier l'atteinte des objectifs du CASF. L'articulation entre les deux démarches résulte de l'annexe 3-10 du CASF qui précise expressément que « *Les champs des évaluations interne et externe doivent être les mêmes, afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service. Les évaluations successives, internes et externes, doivent permettre d'apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.* » ⁽¹⁾

Cela étant précisé, l'annexe 3-10 indique que, compte tenu des fondements de l'action sociale et médico-sociale, l'évaluation externe doit comporter deux volets complémentaires :

– **l'un, relatif à l'effectivité des droits des usagers**, doit porter au moins sur les conditions de participation et d'implication des personnes bénéficiaires, les mesures nécessaires au respect du choix de vie, des relations affectives, de l'intimité, de la confidentialité et, le cas échéant, sur les dispositions prévues pour assurer la sécurité des personnes.

– **le second volet porte sur l'établissement et plus particulièrement sur les logiques d'action et les axes de travail** : accompagnement au développement personnel, à l'autonomie, limitations d'activités ou situations de fragilité des individus, sensibilisation au risque d'isolement affectif et social, prise en compte des interactions avec les proches et l'environnement, ou encore travail sur l'accès aux droits.

Pour explorer ces deux volets, l'annexe 3-10 fixe en outre des objectifs précis à l'évaluation externe. Elle doit tout d'abord **porter une appréciation globale sur l'établissement en évaluant les activités et la qualité des prestations offertes** et fournir des éléments permettant de juger de l'adéquation des objectifs du projet d'établissement aux besoins, aux priorités des acteurs et aux missions imparties. L'appréciation globale doit également viser, entre autres aspects, la cohérence des objectifs entre eux, ainsi que leur adaptation aux moyens humains et financiers mis en place.

L'évaluation externe a pour objectif **d'apprécier les suites réservées aux résultats de l'évaluation interne**, sur la base des priorités et modalités de sa mise en œuvre. Elle apprécie aussi la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations, les modalités d'implication des acteurs, et encore la pertinence des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne.

En outre, **une quinzaine d'objectifs spécifiques** sont listés. Ils visent entre autres à examiner la capacité des établissements à évaluer, avec les usagers, leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.

(1) Annexe 3-10 au code de l'action sociale et des familles, article 2.2.

Dans le même ordre d'idées, l'évaluation externe doit se pencher plus particulièrement sur la réponse de l'établissement aux attentes exprimées par les usagers, sur la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) dans les modalités de réponse aux usagers. Enfin, certaines thématiques s'intéressent au **bien-être au travail des personnels** et portent, par exemple, sur la capacité des établissements à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.

Ces différents axes doivent se conclure par la **formulation de propositions ou de recommandations priorisées** sur des aspects stratégiques et des éléments plus directement opérationnels.

d. L'encadrement des procédures d'évaluation

La mise en œuvre des évaluations internes fait l'objet d'un encadrement juridique souple, l'article L. 312-8 précisant simplement qu'elles doivent être réalisées « *au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées (...) par l'ANESM* ». En revanche, **les recommandations de l'agence quant au contenu du rapport sont précises**, dans la mesure où ce document fait partie des ressources qui doivent être communiquées aux évaluateurs externes. Le rapport d'évaluation interne, structuré en trois parties, doit présenter l'établissement et les éléments de cadrage de ses activités, donner les éléments de méthode de l'évaluation, et présenter enfin les résultats.

Les évaluations externes sont plus étroitement encadrées par le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 et l'annexe 3-10 du CASF, qui en définit précisément le cahier des charges.

Au-delà des objectifs qui lui sont assignés, les règles de l'engagement de la procédure d'évaluation externe sont précisées. **Elle est initiée par le gestionnaire de l'établissement**, personne physique ou morale, qui choisit l'évaluateur en respectant les procédures de mise en concurrence et, le cas échéant, du code des marchés publics. **Un contrat est établi entre le gestionnaire et l'organisme habilité à évaluer**, dont le fondement est le document de mise en concurrence qui définit le cadre général de l'évaluation, lequel doit respecter les éléments de cadrage figurant à l'annexe 3-10.

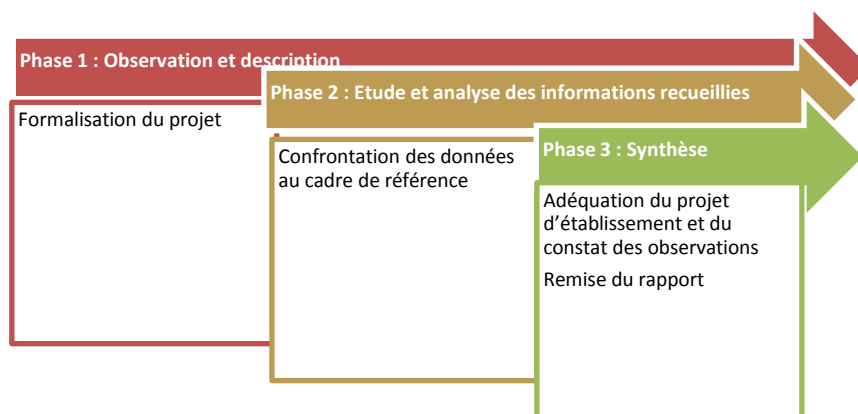
Le déroulement de l'évaluation externe respecte ensuite trois étapes successives ⁽¹⁾ :

– une première **phase d'observation et de description**, qui doit aboutir à la formalisation du projet d'évaluation,

(1) Voir en annexe, l'annexe 3.10

– une **étape d'étude et d'analyse** des données recueillies, qui les confronte avec le cadre de référence,

– une **étape de synthèse**, qui met en relation les intentions du projet d'établissement avec les constats en se centrant sur la qualité des prestations et des pratiques pour apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à apporter. Elle se clôt par la **remise d'un rapport** reprenant notamment les éléments de cadrage, le descriptif de la procédure suivie, les développements informatifs, le résultat de l'analyse et les recommandations.



PROCESSUS D'ÉVALUATION EXTERNE DANS UN EHPAD

Aux termes de l'article L. 312-8 du CASF, **les résultats des évaluations internes et externes sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation** d'exercice à laquelle sont soumis les ESSMS.

Les deux schémas de processus montrent clairement la similitude des évaluations et l'intérêt d'une démarche d'évaluation interne préalable à l'évaluation externe.

S'agissant des évaluations internes, si la démarche continue d'évaluation est retracée chaque année dans le rapport d'activité de l'établissement, la communication n'a lieu que tous les cinq ans ou, le cas échéant, lors de la révision du contrat pluriannuel.

Quant aux évaluations externes, les établissements « *sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci.* »⁽¹⁾. Le rapport devant « *apporter à l'autorité ayant délivré l'autorisation une argumentation sur les données recueillies et l'analyse qui en résulte, permettant de l'éclairer utilement* »⁽²⁾, dans la mesure où « **le renouvellement, total ou partiel, de l'autorisation, est exclusivement subordonné au résultat de l'évaluation externe.** »⁽³⁾

(1) Article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Annexe 3-10 au code de l'action sociale et des familles, chapitre 5, section 1, article 1.3.

(3) Article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles.

B. UN DISPOSITIF QUI A PERMIS UNE APPROPRIATION DE LA DÉMARCHE QUALITÉ ET QUI RESTE PERFECTIBLE

Exigeante pour les ESSMS, et notamment les EHPAD, la démarche d'évaluation a néanmoins été bien intégrée par les établissements.

1. Un travail de longue haleine

a. L'appropriation difficile d'une démarche nouvelle et exigeante

Comme le montre le rapport précité de l'IGAS, insérer une démarche aussi exigeante dans l'agenda d'établissements dont les plannings sont très contraints et les effectifs en tension permanente, donc peu disponibles hors du service des résidents, n'était pas chose aisée. L'évaluation interne suppose un travail de groupe et impose de passer en revue toutes les activités de l'établissement.

Elle est cependant source de satisfaction dans la mesure où chacun, dans son domaine de compétence, a la possibilité de contribuer et d'enrichir cette démarche au service d'une meilleure prise en charge des résidents. Lors de ses auditions, la mission a cependant constaté que les établissements préalablement engagés dans la certification selon les normes AFNOR étaient contraints à une adaptation parfois complexe avec la loi n° 2002-2 impliquant une surcharge de travail non négligeable. La raison principale est l'absence de référentiel, qui crée un vide incitant les établissements à s'appuyer sur des systèmes normatifs différents.

C'est l'illustration de la nécessité, d'une part, d'inscrire cette démarche dans la durée pour pérenniser les actions entreprises, et, d'autre part, que chacun soit imprégné de la culture qualité sur des bases d'évaluation communes.

Mme Anne-Marie Armanteras de Saxcé, membre du collège de la Haute autorité de santé (HAS) et présidente de la commission de certification des établissements de santé, et Mme Véronique Ghadi, directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social⁽¹⁾, précisent que les établissements qui ont eu le plus de difficultés sont ceux qui ont lancé la démarche très tardivement. Ils ont en effet constaté qu'il était impossible de réaliser l'évaluation interne en quelques mois. **La qualité est un travail de longue haleine**, elle ne se décrète pas et se construit pas à pas. C'est pour cela que la méthodologie de l'évaluation interne nécessite des compétences spécifiques qui relèvent du cursus de formation de qualitatif. Or, un grand nombre d'EHPAD ne disposent pas de ce profil de compétences dans leurs équipes. Seuls les grands groupes, privés ou publics, en ont et peuvent envisager un temps dédié à la qualité, partagé entre plusieurs établissements. Pour les autres établissements, la procédure d'évaluation peut être plus lourde à conduire et le temps nécessaire à l'acculturation des professionnels à cet exercice nouveau et exigeant, plus long.

(1) Audition du 11 juin 2018.

Par ailleurs, les recommandations fort détaillées de l'ANESM produites pour faciliter l'appropriation de la démarche d'évaluation ont pu produire l'effet inverse et rebuter certaines équipes qui auraient souhaité des méthodologies simplifiées et plus accessibles.

Enfin, **le soutien national à l'accompagnement du lancement du processus a été insuffisant**, comme le fait remarquer M. Thierry Leconte ⁽¹⁾, membre de l'Inspection générale des affaires sociales et co-auteur du rapport précité de l'IGAS.

Sans doute faut-il y voir le souhait de ne pas imposer trop de contraintes et de ne pas rigidifier le processus. Quoi qu'il en soit, ce manque de soutien national nécessitera qu'un appui méthodologique et financier soit proposé ultérieurement par la DGCS. Les ESSMS qui estimaient ne pas pouvoir être en mesure d'initier à temps le processus d'évaluation ont ainsi pu solliciter les agences régionales de santé (ARS) et les services déconcentrés pour être aidés dans l'élaboration de leur cahier des charges ⁽²⁾.

Le démarrage a donc été souvent lent, parfois difficile, perçu comme une contrainte, voire engagé avec réticence, que ce soit pour les évaluations internes ou externes. Selon le rapport de l'IGAS, *« en juillet 2012, 25 % des ESSMS concernés par l'échéance du 3 janvier 2015 ne l'avaient pas encore planifiée et 6 % déclaraient ne pas être en mesure de le faire avant cette date »*. Néanmoins, au 31 décembre 2015, plus de 20 000 structures sur quelque 25 000, soit 83 %, étaient engagées dans une démarche d'évaluation externe. C'est à saluer, et cela démontre la maturité de bon nombre d'établissements pour intégrer aujourd'hui un dispositif plus cadré, plus structurant, intégrant à la fois les contraintes de rigueur liées à toute démarche qualité, mais aussi la spécificité des EHPAD qui, dans leur appréciation globale de la qualité, se doivent d'intégrer la dimension parfois très subjective et éminemment personnelle de la qualité attendue par les résidents.

Difficile dans les premiers temps, la démarche d'évaluation a été peu à peu intégrée dans le quotidien. Cela s'est fait plus facilement pour les 26 % d'ESSMS qui s'étaient engagés dans des démarches d'amélioration de la qualité avant même que la loi n° 2002-2 n'entre en vigueur ⁽³⁾, comme l'a confirmé M. Benoît Péricard, directeur national « Secteur public et Santé » de KPMG ⁽⁴⁾ : *« ceux-là se sont particulièrement vite adaptés au nouveau dispositif. »*

Les processus de certification, que certains établissements avaient déjà mis en place en appui à une démarche qualité orientée vers « la satisfaction client », ont servi de point de départ au travail d'évaluation interne désormais prescrit ; la

(1) Audition du 30 mai 2018.

(2) À ce titre, 13 millions d'euros seront débloqués en faveur des seuls EHPAD pour aider au financement des évaluations externes sur les exercices 2013 et 2014.

(3) Source : rapport IGAS précité.

(4) Audition du 16 mai 2018.

FNAQPA a essayé de fusionner les deux approches avant de renoncer à la certification et de se recentrer sur l'évaluation interne.

b. Une appropriation qui, avec le recul, apparaît globalement réussie

Malgré les difficultés initiales, une dynamique s'est instaurée. L'application du dispositif initial est imparfaite, certes, mais elle a permis aux établissements d'entrer dans le processus qualité avec une certaine souplesse. Ils sont aujourd'hui en capacité d'intégrer une montée en puissance, et le seront d'autant plus qu'ils auront **des critères d'évaluation harmonisés, dont certains seront communs et d'autres spécifiques**.

L'appropriation s'est donc faite au fil du temps et des travaux conduits, et aujourd'hui, **l'évaluation est perçue comme un véritable levier d'amélioration ayant un réel impact positif**.

Il y a un **consensus pour reconnaître le bien-fondé d'une évaluation et d'une démarche qualité**. Cependant, **ce double dispositif est contesté** par bon nombre de professionnels, à plusieurs titres :

– d'une part, l'évaluation interne présente une maturité variable d'un établissement à l'autre ;

– d'autre part, l'ensemble des professionnels s'accordent à dire que nombre d'évaluateurs habilités ne présentent pas les garanties nécessaires.

Selon l'IGAS, l'évaluation interne est considérée comme un outil de management et les directeurs d'établissement soulignent la forte implication de leurs équipes. Si 41 % d'entre eux se sont fait accompagner par un organisme extérieur pour s'engager dans l'évaluation interne, dans la très grande majorité des cas (91 % des directeurs interrogés), l'évaluation interne a aussi donné lieu à une véritable mobilisation des équipes. Cela a même été une des raisons principales de l'appropriation du processus et de sa réussite ⁽¹⁾. De plus, ils s'entendent pour dire qu'elle a été utile et qu'elle a réellement apporté des améliorations de la qualité des prestations (95 % des réponses).

Dans une étude réalisée par KPMG, l'évolution de la perception des directeurs d'établissements apparaissait nettement :

– au lancement du processus, elle était une contrainte pour plus du quart des responsables interrogés ;

– elle était une opportunité pour près de 90 % d'entre eux en décembre 2015 ⁽²⁾.

(1) Audition de M. Benoît Péricard, KPMG, précitée.

(2) KPMG, Évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux, bilan et perspectives, décembre 2015, page 10.

Dans le même esprit, les responsables de fédérations d'établissements ⁽¹⁾ ont reconnu une certaine perplexité de leurs adhérents au début de la démarche, mais ont souligné qu'avec le recul, le bilan était positif et assez satisfaisant. À cet égard, M. Julien Moreau, directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie à la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP), insistait sur le rôle éminent que les directions d'établissement avaient joué dans le pilotage du processus, en soulignant la spécificité des ESSMS et notamment des EHPAD qui n'ont que très peu de ressources humaines dites « de rang intermédiaire », à la différence des établissements du champ sanitaire ou hospitalier qui disposent d'équipes dédiées, voire de qualitatifs, à même de pouvoir diffuser les bonnes pratiques. C'est donc sur le personnel dédié à la prise en charge directe ou indirecte des résidents qu'a reposé le développement de cette démarche exigeante. Au point que, selon Mmes Anne-Marie Armanteras de Saxcé et Véronique Ghadi, dans les établissements qui ont engagé une véritable démarche qualité, notamment les EHPAD appartenant à de petits groupes, **les attentes vis-à-vis de l'évaluation peuvent être extrêmement fortes**. La culture de la qualité, centrée sur la personne prise en charge, la culture de l'évaluation, par une équipe, du résultat de son action, même si elles sont complexes à mettre en œuvre, permettent la **valorisation des équipes** et s'imposent peu à peu. Quels que soient les ESSMS, **la démarche d'évaluation est aujourd'hui perçue comme essentielle** : c'est un moment où l'on prend le temps de réfléchir, d'analyser ses pratiques. Si les enjeux sont différents selon la nature des établissements, les fondamentaux de la démarche sont identiques pour l'amélioration des pratiques.

En outre, cette appropriation a également permis de mettre en lumière les insuffisances de l'étape initiale. Il y a aujourd'hui consensus sur la nécessité d'y apporter des correctifs, que ce soit quant à l'hétérogénéité des rapports produits ou quant aux soupçons qui ont pu parfois surgir sur l'indépendance des évaluateurs externes, sujets qui seront évoqués plus en détail ci-dessous.

c. Le tableau de bord de la performance, initiative convergente pilotée par l'ANAP et les ARS : un outil de pilotage au service du management de l'établissement

Dans le même temps, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), qui tend à conforter les ESSMS dans leurs démarches d'évaluation, a élaboré à destination des EHPAD, **le tableau de bord de la performance** ⁽²⁾. Issu d'une réflexion lancée en 2009, expérimenté en phase pilote pendant deux ans en partenariat avec cinq ARS, ce tableau de bord est le premier outil dans lequel figurent des informations harmonisées et transversales permettant d'avoir une vision fiable et fine du champ médico-social. 22 000 structures, toutes catégories confondues, l'alimentent

(1) Audition des responsables de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP), de la Fédération hospitalière de France (FHF), du Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa), 6 juin 2018.

(2) Voir annexe 5

désormais chaque année. Cela autorise des comparaisons dans le temps et à structure identique. C'est également un outil de pilotage interne qui permet aux établissements de définir leurs axes de travail et leurs objectifs en fonction du résultat des indicateurs.

Le tableau est structuré en quatre axes thématiques :

1. les prestations de soin et d'accompagnement pour les personnes,
2. les ressources humaines et matérielles,
3. les finances et le budget,
4. les objectifs.

Au total 43 indicateurs sont compilés dans ce tableau. Outre l'intérêt qu'il représente pour les ARS et les conseils départementaux, le tableau est un instrument qui permet aux établissements de développer la **culture de pilotage** et de faciliter leur dialogue de gestion avec leur instance de tutelle.

Comme le rappelle le rapport précité de l'IGAS ⁽¹⁾, la thématique de la qualité ne relève pas de l'ANAP. De fait, cette dimension n'est pas la plus représentée dans le tableau de bord et les indicateurs y sont plus méthodologiques que qualitatifs. Comme l'ont reconnu Mmes Sophie Martinon, directrice générale de l'ANAP, et Axelle Pruvot, chargée de projet ⁽²⁾ lors de leur audition, **l'indicateur 22 « État d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe » donne peu d'informations qualitatives** et témoigne essentiellement de l'engagement de l'établissement dans le processus. Il n'en reste pas moins que ces indicateurs sont utiles à la démarche et le tableau apparaît comme un outil complémentaire. Au demeurant, il apparaît d'ores et déjà bien intégré par les acteurs, comme en témoigne le nombre important d'établissements, notamment d'EHPAD, qui l'alimentent volontairement. En ce sens, il peut être **considéré comme un signe supplémentaire de l'appropriation de la démarche d'évaluation par le secteur.**

2. Au sein du champ médico-social, une mise en place particulièrement aboutie pour les EHPAD

a. Les recommandations de bonnes pratiques émises par l'ANESM ont été particulièrement pertinentes

L'élaboration des recommandations méthodologiques spécifiques aux EHPAD, proposée par l'ANESM a permis aux EHPAD de s'engager dans les démarches d'amélioration de la qualité plus fortement que le reste de ESSMS. Les

(1) Pages 54 et 55.

(2) Alors même qu'il n'est en rien obligatoire, 83 % des ESSMS, toutes catégories confondues, l'alimentent désormais. Parmi ceux-ci, le taux de réponse parmi les EHPAD est également de 83 %. (Données fournies lors de l'audition du 11 juin 2018).

EHPAD sont en effet **la seule catégorie d'ESSMS pour laquelle des indicateurs de suivi spécifiques de la qualité de l'évaluation ont été recommandés** et cet aspect a semble-t-il fortement joué.

Pour M. Didier Sapy, directeur général de la Fédération nationale Avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)⁽¹⁾, les recommandations riches que l'ANESM a proposées ont été d'autant mieux intégrées qu'elles étaient centrées sur les personnes âgées et sur leurs attentes. Ceci a conforté les établissements et a eu un impact important et très constructif sur leur quotidien. D'une manière générale, l'appréciation globale portée sur les recommandations de l'ANESM est bonne. C'est notamment l'avis de M. Éric Fregona⁽²⁾, responsable du pôle médicosocial du Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (Synerpa), qui estime que les domaines d'attention préconisés par l'ANESM étaient en cohérence avec la réalité et les problématiques des résidents en EHPAD. Toutefois, les six grands axes pourraient être renforcés sur les questions du management et de la qualité de vie au travail, qui mériteraient d'être incluses dans **un futur référentiel**, de même que les fonctions « support » – juridique, RH et autres.

Malgré les qualités qui leur sont reconnues, l'appropriation des recommandations de l'ANESM par les EHPAD a été en fait très variée, selon M. Thierry Leconte. Le rapporteur de l'IGAS souligne que ces recommandations, pour être intégrées par les équipes, devaient faire l'objet d'une transmission par les managers. Elles constituent en effet un cadre de référence, un outil, destiné aux équipes de direction pour qu'elles lancent une réflexion interne, notamment pour une démarche d'amélioration de la qualité.

En d'autres termes, en l'absence d'impulsion de la part de la direction, l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM ne pouvait qu'être difficile pour les équipes professionnelles et le rapport de l'IGAS indique précisément qu'il « *a été souligné maintes fois devant la mission que les RBPP, du fait de leur nombre et de leur volume, sont souvent mal appropriées par les équipes de professionnels : ceux-ci en connaissent l'existence mais pas le contenu dans le détail. Pour la mission, il est évident qu'en l'absence d'une impulsion managériale les professionnels ne peuvent s'emparer directement des recommandations.* »⁽³⁾

Cela étant, les équipes directionnelles soulignent aujourd'hui l'intérêt de la démarche évaluative pour la gestion de leurs établissements.

b. L'intérêt de la procédure d'évaluation du point de vue des managers

L'évaluation oblige l'établissement à procéder à une **revue de l'ensemble de ses pratiques**. La totalité des activités est examinée, que ce soit par l'évaluation interne ou l'évaluation externe. **Du point de vue des managers, cette**

(1) Audition du 7 juin 2018.

(2) Audition du 6 juin 2018.

(3) Page 30.

démarche participe directement de l'amélioration de la qualité des prestations offertes et d'une meilleure implication des personnels. Le plus souvent les équipes ont travaillé en petits groupes sur des questions qui relèvent directement de leur champ de compétences, ce qui a permis de réelles avancées. Cette position est unanimement partagée par les gestionnaires auditionnés par la MECSS. Ils ont aussi rappelé par la voix de M. Romain Gizolme, directeur de l'Association des directeurs au service des personnes âgées, AD-PA ⁽¹⁾, qu'ils avaient toujours été très attentifs à la question de la qualité, jugée centrale, et particulièrement impliqués dans les travaux et réflexions qui ont mené au dispositif adopté.

Ainsi, pour M. Julien Moreau, qui insistait sur la pertinence de la double démarche, interne et externe, **l'évaluation a été un véritable levier d'amélioration**, qui a notamment permis de relancer la démarche qualité. Cette position est partagée par Mme Annie Lelièvre, responsable du Pôle autonomie de la Fédération hospitalière de France (FHF) ⁽²⁾, qui souligne en outre que la démarche est parfois venue en soutenir et structurer une autre, plus large, déjà engagée, concernant les droits des personnes âgées, tout en valorisant les personnels et en leur donnant plus de visibilité. Les adhérents du Synerpa se sont également approprié la démarche d'évaluation interne et en sont plutôt satisfaits, selon M. Éric Fregona, malgré leur scepticisme initial, une démarche interne de certification ayant été lancée préalablement.

En outre, la démarche d'évaluation est considérée comme **facilitant le développement d'une culture de dialogue interne** entre les gestionnaires et les équipes travaillant auprès des résidents. Pour Mme Violaine Eudier, responsable du Pôle programmation de l'offre à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ⁽³⁾, ancienne directrice d'EHPAD, la démarche qualité agit comme un levier de management très positif en ce qu'elle permet de rompre avec l'isolement de la direction qui est parfois constaté. Elle permet de prendre le temps de réfléchir sur les pratiques et de faire œuvre de pédagogie. C'est aussi l'avis de Mme Annabelle Vêques-Malnou, directrice de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA) ⁽⁴⁾, pour qui les évaluations internes et externes sont une manière de s'assurer d'un certain degré de qualité dans les prestations des établissements et tout d'abord d'échanger avec les équipes sur ce qui est mis en œuvre au quotidien. Ce que confirmait M. Thierry Leconte en soulignant que, souvent, le support des recommandations de l'ANESM a permis la constitution de petits groupes de travail internes qui ont impulsé des avancées. En outre, l'intervention d'un tiers, dans le cadre de l'évaluation externe, se révèle toujours utile pour réduire le hiatus qui peut s'installer entre la réglementation et des pratiques quotidiennes

(1) Audition du 6 juin 2018.

(2) Audition de Mme Annie Lelièvre et de M. Alexandre Mokédé, responsable du Pôle offre de soins de la FHF, le 6 juin 2018.

(3) Audition du 17 mai 2018.

(4) Audition du 6 juin 2018.

enracinées sous l’emprise de l’habitude. S’il peut être parfois très difficile pour un directeur de travailler, seul, à essayer de faire évoluer certaines pratiques qui peuvent, par exemple, nécessiter des adaptations d’horaires de travail, le regard extérieur de l’évaluateur peut être d’un grand intérêt et toujours bénéfique.

En ce sens, les deux démarches apparaissent utiles et complémentaires. M. Philippe Verger, secrétaire général du groupement inter-établissements gériatrique de la Haute-Vienne et ancien directeur d’EHPAD, a ainsi souligné ⁽¹⁾ que le changement avait été important dans la philosophie des établissements qui n’étaient pas habitués à être évalués, à la différence de ceux du monde hospitalier. Avec le recul et l’expérience d’une dizaine d’évaluations internes et externes, elles lui semblent perçues comme un élément important de la démarche qualité, permettant aux personnels, qui se sont approprié le dispositif dans l’ensemble avec satisfaction, d’être attentifs à leurs pratiques d’une manière dynamique.

II. LE BILAN DE LA PROCÉDURE D’ÉVALUATION RESTE CEPENDANT EN DEMI-TEINTE

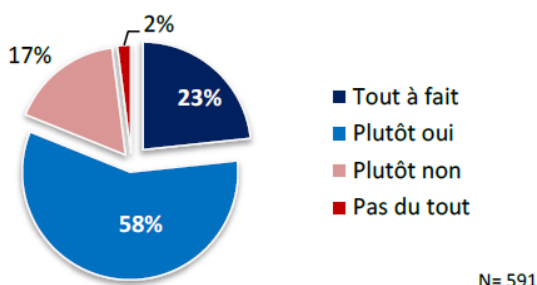
La démarche d’évaluation est-elle considérée comme bien intégrée par les acteurs du système à quelque endroit qu’ils se situent. De nombreux progrès ont été constatés, notamment grâce aux recommandations de l’ANESM. Comme le montre par exemple le graphique ⁽²⁾ ci-après, l’enquête de l’IGAS auprès des différents acteurs – directeurs d’ESSMS, autorités publiques, représentants d’usagers –, avait mis en évidence le rôle de la démarche d’évaluation, interne et externe, dans la dynamique de l’amélioration de la qualité. Plus précisément, les changements constatés par les rapporteurs de l’IGAS recoupaient les constats faits précédemment par d’autres, comme l’étude de KPMG, et concernent tous les aspects de la vie des établissements, en premier lieu la personnalisation de la prise en charge, la qualité de vie et la santé des usagers, leur participation et expression, ainsi que la garantie des droits et la prévention.

(1) Audition du 19 juin 2018.

(2) *Inspection générale des affaires sociales, Le dispositif d’évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux, rapport n° 2016-113R, établi par Mme Catherine Hesse et M. Thierry Leconte, juin 2017, page 57.*

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

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



Ce premier constat partagé en appelle toutefois un second, tout aussi unanime, sur les faiblesses ou insuffisances du dispositif.

A. DES QUESTIONS RÉCURRENTES SUR LES ÉVALUATIONS EXTERNES

1. L'habilitation des évaluateurs externes sur la sellette

En premier lieu, plusieurs aspects de la procédure d'habilitation des évaluateurs externes sont contestés tant par les professionnels évalués que par les associations de famille et les autorités d'évaluation.

a. Une procédure d'habilitation purement administrative

Pour étonnant que cela puisse paraître, l'habilitation des évaluateurs externes par l'ANESM – aujourd'hui par la HAS – est une procédure uniquement administrative.

En effet, aux termes de l'article D. 312-199 du CASF, « *L'habilitation prévue au troisième alinéa de l'article L. 312-8 est délivrée par la Haute Autorité de santé. La Haute Autorité fixe le formulaire de demande d'habilitation. Il est téléchargeable gratuitement sur le site internet de la Haute Autorité. (...)* ». En complément, l'article D. 312-197 détermine la liste des pièces que le requérant doit fournir à l'appui de sa demande.

Certes, l'article 2.4. de l'annexe 3-10 du CASF énumère les critères de qualifications et de compétences des organismes évaluateurs : « *S'agissant des qualifications et compétences des évaluateurs, au nombre des critères demandés figurent les éléments suivants : 1° Une expérience professionnelle dans le champ social ou médico-social ; 2° Une formation aux méthodes évaluatives s'appuyant sur celles existant en matière d'évaluation des politiques publiques et comportant une méthodologie d'analyse pluridimensionnelle, globale, utilisant différents supports ; 3° Des connaissances actualisées et spécifiques dans le domaine de l'action sociale, portant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées, sur les orientations générales des politiques de l'action*

sociale et sur les dispositifs. » Pour autant, rien n'est prévu pour vérifier la réalité des déclarations qui figureront dans le formulaire de demande d'habilitation ⁽¹⁾, laquelle repose *in fine* sur une simple déclaration sur l'honneur du demandeur : « *Le prestataire inscrit s'engage sur l'honneur à respecter et à faire respecter les dispositions des articles D. 312-197 à D. 312-206 du CASF le concernant ainsi que les dispositions du cahier des charges prévu à l'annexe 3-10 du CASF* ». Le formulaire précise en outre : « *Il est rappelé que la déclaration préalable ouvre droit à l'inscription sur la liste mentionnée à l'article D. 312-201 du CASF. Cette inscription est une décision administrative nécessaire pour procéder à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.* »

Mme Véronique Ghadi a confirmé qu'il suffit à tout organisme qui souhaite être habilité de remplir le formulaire pour l'être, sans qu'il soit juridiquement possible de la lui dénier, sauf à ce que l'organisme en question refuse de signer la liste des engagements demandés dans le dossier ou que l'absence de capacité à engager la société soit constatée, en particulier lors de dépassement de l'objet social ⁽²⁾. L'habilitation ne résulte donc pas d'un processus de sélection qui se ferait après examen, par l'ANESM autrefois et aujourd'hui par la HAS, de critères d'expérience préalable ou de qualité vérifiée de sa capacité à mener de telles évaluations.

Comme Mme Anne-Marie Armanteras de Saxcé l'indiquait, la principale raison ayant conduit à ouvrir largement le marché de l'évaluation externe tient au fait que le calendrier des évaluations externes est fixé sur celui des autorisations, et que les besoins en évaluateurs externes sont concentrés sur des périodes réduites, nécessitant qu'un grand nombre opèrent simultanément. Ce système est insatisfaisant, mais la marge de manœuvre de la HAS est aujourd'hui limitée. Il faudrait une évolution législative pour qu'il en soit autrement et que soient notamment intégrés des critères de qualité, comme l'IGAS a pu le recommander.

Pour être tout à fait complet sur cette question, il faut également préciser que ce n'est que *a posteriori* que la HAS exerce un contrôle sur les organismes qu'elle a habilités.

L'article D. 312-202 dispose à cet égard que « *Les organismes habilités et les prestataires relevant des dispositions de l'article D. 312-197 rendent à la Haute Autorité de santé, selon des formes et une périodicité qu'elle détermine, et au moins tous les sept ans, un rapport d'activité qui permet notamment d'examiner le respect du cahier des charges mentionné à l'article D. 312-198 et des critères d'habilitation.* » En outre, « *Dans le cadre de sa mission d'habilitation des organismes et de contrôle des prestataires relevant des*

(1) Voir annexe 6

(2) *Inspection générale des affaires sociales, Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux, rapport n° 2016-113R, établi par Mme Catherine Hesse et M. Thierry Leconte, juin 2017, page 31.*

dispositions de l'article D. 312-197, la Haute Autorité est informée par la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médicosocial ou par l'autorité ayant délivré l'autorisation, des différends ou manquements survenus en matière de méthodologie d'évaluation et de production des résultats. »

Comme l'a souligné Mme Annabelle Vêques-Malnou, ce n'est que lorsque les autorités se rendent compte qu'un organisme n'a pas répondu à ses obligations qu'elles en tirent les conséquences. **Cette procédure mérite d'être reconsidérée.** Il est donc à ce stade essentiel de définir les critères d'obtention de l'habilitation à conduire les évaluations.

La HAS est toutefois légitime pour prendre des sanctions, principalement en cas de non-transmission du rapport trimestriel d'activité, de non-respect des règles déontologiques, d'existence d'un conflit d'intérêts avéré⁽¹⁾ suite à un signalement, ou de non-respect du cahier des charges de l'évaluation externe (manquements méthodologiques) après signalement de l'établissement ou de l'autorité destinataire du rapport d'évaluation. Ces sanctions se traduisent par la suspension de l'habilitation ou le retrait, après procédure contradictoire, pour cinq ans, de la liste des organismes habilités.

b. Des évaluateurs trop nombreux et de qualité inégale

Découlant très directement de l'absence de sélection, le nombre d'évaluateurs aujourd'hui habilités est important, sinon excessif. Selon le rapport de l'IGAS, 1 314 organismes étaient habilités au 31 décembre 2015. Ils seraient encore aujourd'hui 1 208 d'après les données communiquées à la MECSS par la HAS⁽²⁾.

Ces indications peuvent être précisées ainsi : au premier trimestre 2018, 214 organismes ont déclaré être actifs, dont 27 ont indiqué des effectifs supérieurs à 15 ETP ; 87 ont des effectifs entre 2 et 14 ETP, cependant que 100 organismes actifs étaient des autoentrepreneurs. Pour autant, selon M. Thierry Leconte, seuls un peu plus de la moitié – 640 – des organismes habilités sont réellement actifs, dont 55 % sont de très petites structures, ne comportant qu'un salarié, souvent des autoentreprises.

Plus de 700 ESSMS ont été évalués au cours du premier trimestre 2018 selon les chiffres communiqués par la HAS et, logiquement, les plus grosses structures en ont effectué la majeure partie, 13 d'entre eux ayant déclaré plus de 10 missions d'évaluation externe au cours de ce trimestre.

(1) Article D. 312-199 du code de l'action sociale et des familles : « L'existence d'un conflit d'intérêt avéré peut entraîner le retrait de la liste des organismes habilités par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ces dispositions s'appliquent de la même façon en cas de non-respect des règles déontologiques. »

(2) Sans qu'il soit possible de connaître le nombre d'évaluateurs personnes physiques étant intervenus dans une mission d'évaluation, les données étant sur ce point inexploitable, a-t-il été précisé.

Nombre de missions réalisées au cours du 1 ^{er} trimestre 2018	Nombre d'organismes habilités
De 20 à 31 missions	3
De 10 à 20 missions	10
De 6 à 9 missions	23
De 2 à 5 missions	78
1 mission	100
<i>Total : 717</i>	<i>Total : 214</i>

Répartition des missions d'évaluations externes au 1er trimestre 2018 ⁽¹⁾

2. La relation contractuelle problématique entre l'évaluateur et l'évalué

Le second problème majeur qui est fréquemment dénoncé tient aux risques inhérents à la **relation contractuelle entre l'organisme évaluateur et l'établissement qu'il est chargé d'évaluer**.

a. Le choix de l'organisme évaluateur

Aux termes de l'annexe 3-10 du CASF, après avoir rédigé le cahier des charges qui servira de support à l'évaluation externe, l'ESSMS choisit l'organisme qui la réalisera. C'est également l'établissement qui rétribue l'organisme évaluateur, à la différence de ce qui se passe dans le champ sanitaire, où le coût des évaluations est pris en charge par les ARS, donc par l'État. De plus, le résultat de l'évaluation est transmis en premier lieu à l'évalué, qui reçoit en outre un pré-rapport.

Ces dispositions induisent clairement un lien de dépendance direct, dont il résulte un **risque sérieux de voir mises en doute l'impartialité et l'objectivité des évaluateurs**. Cette préoccupation est soulignée par de très nombreux professionnels interrogés. Elle est partagée par la HAS, pour laquelle le lien financier direct entre évaluateurs et évalués laisse effectivement planer un doute sur la probité des rapports d'évaluation, ou par Mme Anne Burstin, directrice générale de la CNSA ⁽²⁾, pour qui quelques cas, même isolés, ont pu jeter un certain discrédit sur la procédure.

Cette relation est effectivement malsaine et source de potentiels conflits d'intérêts. Comme certains interlocuteurs l'ont fait remarquer, on est en droit de s'interroger sur la capacité d'évaluateurs d'avoir un regard objectif, critique et indépendant, lorsqu'ils sont liés à de grands organismes gestionnaires avec lesquels ils ont signé des contrats-cadre dont certains prévoient plusieurs centaines d'évaluations sur plusieurs années. De fait, M. Thierry Leconte a confirmé en audition les termes du rapport de l'IGAS ⁽³⁾, qui indiquait que certains rapports d'évaluation avaient été réécrits pour éviter de pénaliser les établissements. De son

(1) Source : HAS.

(2) Audition du 17 mai 2018.

(3) Page 37.

côté, la HAS voit dans le « *financement direct de l'évaluateur par l'établissement un biais évident.* » Mme Annabelle Vêques-Malnou a rappelé que certains organismes avaient un modèle économique basé sur les évaluations et qu'il était évidemment de leur intérêt de ne pas perdre de marchés. La relation contractuelle et financière avec les établissements qu'ils évaluent n'est donc peut-être pas la meilleure manière de garantir leur indépendance de jugement. La Fédération des associations de personnes âgées en établissements et de leurs familles s'émeut et s'inquiète de ses pratiques.

À ce risque de subjectivité, s'ajoute le fait que ces dispositions ont pu causer des difficultés à certains établissements de taille modeste, qui ont conduit des ARS à débloquer des crédits non renouvelables – imputés sur une enveloppe nationale spécifique de 13 millions d'euros – pour les soutenir afin qu'ils puissent honorer leur obligation.

b. Les effets délétères de ce processus

Les responsables de structures auditionnés ont unanimement exprimé leurs préoccupations quant aux effets délétères du processus d'habilitation, d'une part, et de sélection par l'établissement, d'autre part.

Le premier des problèmes identifiés tient à l'extrême hétérogénéité des évaluateurs qui ont été habilités par l'ANESM au terme de cette procédure.

Pour M. Julien Moreau, par exemple, l'absence de critères de sélection a conduit à ce que certains s'improvisent évaluateurs et voient dans le processus l'opportunité d'un « business ». Se pose donc la question de leur légitimité. À tout le moins, un meilleur encadrement doit être établi, la multiplicité des organismes évaluateurs posant de réels problèmes aux établissements. C'est une opinion partagée entre autres par M. Éric Fregona, qui a indiqué que, pour y faire face, le Synerpa avait dans un premier temps créé, pour ses adhérents, une liste des organismes habilités à consulter en priorité. Dans le même ordre d'idées, Mme Annie Lelièvre a indiqué que la FHF a procédé à la rédaction commune de cahiers des charges pour des groupes d'établissements, en amont du lancement des appels d'offres, permettant ainsi aux établissements de présélectionner des candidats. Dans tous les cas, des solutions ont été trouvées pour pallier les insuffisances de ce dispositif.

Pour autant, il ne faut pas généraliser à l'excès : Mme Anne-Marie Armanteras de Saxcé a rappelé que bon nombre d'évaluateurs ont apporté aux ESSMS un accompagnement de qualité. Elle a cependant indiqué que la HAS recevait des témoignages informels soulignant le problème de l'hétérogénéité des évaluateurs externes.

Cette situation a des répercussions concrètes pour les établissements qui, faute d'avoir été en capacité de préparer un cahier des charges suffisamment précis, rencontrent des difficultés pour sélectionner leur évaluateur. Il arrive ainsi que le choix de l'organisme évaluateur se fasse un peu au hasard, sans que le

profil sélectionné soit celui qui corresponde le mieux aux problèmes de l'établissement.

En second lieu, les établissements se déclarent unanimement préoccupés par **le coût de ces évaluations**. Ils sont unanimes à dénoncer le fait que les tarifs proposés par les organismes évaluateurs varient dans des proportions considérables d'un organisme à l'autre, d'une région à l'autre. De fait, **il n'est pas rare que des prestations pour des établissements de taille comparables soient facturées du simple au double, voire au triple**, a-t-il été indiqué à la MECSS lors des auditions. Ces informations sont cohérentes avec celles que le rapport de l'IGAS présentait, selon lequel *« le coût de la procédure (...) peut être très variable. En 2015, les coûts moyens d'une évaluation externe se situent entre 3 563 € et 7 727 € en fonction du type et de la taille de la structure évaluée. Cette moyenne recouvre des écarts importants, liés notamment à la taille de la structure évaluée »*⁽¹⁾, allant d'un minimum de 592 euros à un maximum de 6 200 euros pour les EHPAD.

Enfin, de l'hétérogénéité des évaluateurs découle l'hétérogénéité de leurs pratiques, donc des rapports qu'ils produisent, hétérogénéité d'autant plus nette et problématique en l'absence **de référentiel commun**.

B. QUELQUES DOUTES EXPRIMÉS SUR LA DOUBLE DÉMARCHE

1. Des questionnements sur la double évaluation telle qu'elle est aujourd'hui organisée

Exprimant un sentiment très général, M. Thierry Leconte estime que la coexistence de deux procédures d'évaluation, interne et externe, est pertinente et qu'elle ne doit pas être remise en cause. L'ensemble des acteurs estiment que les deux modalités sont complémentaires et doivent être maintenues. Pour autant, certains – pas uniquement chez les responsables d'établissements – s'interrogent sur les modalités d'un tel maintien.

Les propos tenus par M. Didier Sapy en audition pour exprimer les doutes de la FNAQPA quant au modèle d'évaluation choisi résument assez bien une opinion partagée. Au-delà des questions que l'on peut légitimement se poser sur la disparité constatée entre les évaluations externes, on peut surtout s'interroger sur le dispositif même d'évaluation externe, qui appellerait une clarification : Si l'évaluation interne est une démarche continue d'amélioration de la qualité pour les résidents, les objectifs de l'évaluation externe peuvent paraître contradictoires et sa finalité obscure. C'est un outil qui est à la fois d'évaluation, de contrôle et de transformation de l'offre. Mais s'agit-il de contrôler les établissements ou de contrôler la bonne utilisation des deniers publics ? S'agit-il d'un outil de communication envers le grand public sur la qualité des établissements ou d'un instrument destiné à étayer la décision de renouvellement des agréments ? Une

(1) Page 38.

certaine confusion prévaut car d'autres instruments existent qui peuvent être plus pertinents pour ces finalités.

M. Sapy estime que l'évaluation externe semble bien loin de la conception qu'en a le CASF. Elle apparaît comme un examen de passage aux mains de multiples organismes « habilités » de manière trop facile et contrôlés *a posteriori* sur la base de leurs rapports, lesquels ne sont parfois qu'un exercice de validation des évaluations internes.

Les représentantes de la HAS sont convenues que le sujet mérite réflexion. Pour Mme Anne-Marie Armanteras de Saxcé, le régulateur a institué deux procédures distinctes, qui situent l'évaluation interne comme une phase de préparation de l'évaluation externe. Néanmoins, sans qu'elle ait d'opinion définitive sur la question, la HAS constate que la coexistence des deux modèles semble aujourd'hui peser sur les acteurs. Si les deux dispositifs doivent sans doute être maintenus, il faut de tenir compte de ces préoccupations pour **les rapprocher et les simplifier**. Il faut qu'aucune équipe ne se sente isolée, celles relevant de petites structures ayant besoin d'outils et d'accompagnement, plus que celles relevant de structures plus importantes. Il y a donc hétérogénéité dans les deux démarches, entre les ESSMS et au sein même des EHPAD, mais l'ensemble du champ est prêt à dépasser cette étape pour mieux faire correspondre les deux démarches.

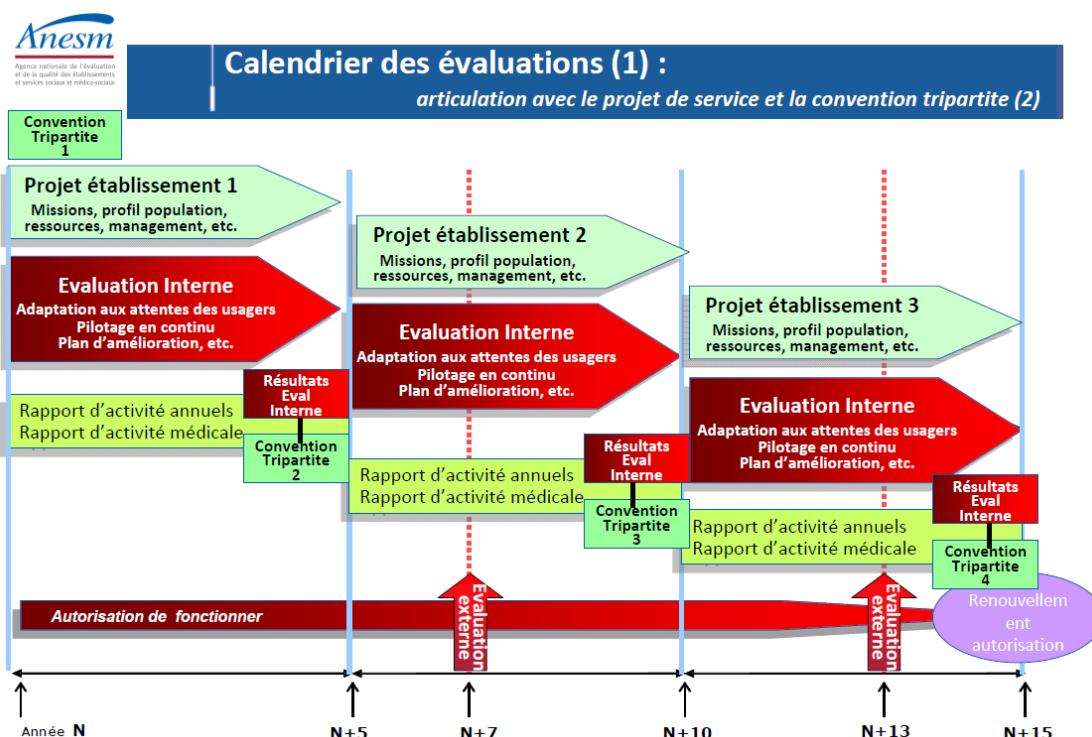
Mme Annie Lelièvre estimait pour sa part que l'on est aujourd'hui à un tournant, les deux démarches participant finalement d'approches différentes : l'évaluation interne permet d'accentuer certaines dynamiques internes, alors que l'évaluation externe a plus valeur d'audit et d'objectivation. Ce sentiment a été partagé par nombre d'intervenants auditionnés par la MECSS, tel M. Julien Moreau, qui appellent avant tout, de la part des évaluations externes, à plus de résultats objectifs.

2. Des procédures chronophages et mal articulées

Les recommandations de l'ANESM pour la conduite des évaluations internes mettent à plusieurs reprises l'accent sur le fait que la démarche doit tenir compte de la disponibilité des personnels et des moyens matériels.

De fait, selon le rapport de l'IGAS, une évaluation interne dure « de 5 à 54 jours pour 77,4 % des ESSMS, la moyenne se situant à 29 jours »⁽¹⁾. Le schéma ci-dessous montre les séquences des différentes évaluations sur une durée de quinze années, telles qu'il résulte de l'article D. 312-205 du CASF.

(1) Page 41.



CALENDRIER DES ÉVALUATIONS ⁽¹⁾

Celui-ci prévoit que « La première des deux évaluations externes prévues au quatrième alinéa de l'article L. 312-8 est effectuée au plus tard sept ans après la date de l'autorisation et la seconde au plus tard deux ans avant la date de son renouvellement. » Comme le rappelle le rapport de l'IGAS, chaque ESSMS est tenu d'effectuer cinq évaluations : une évaluation interne tous les cinq ans et deux évaluations externes au plus tard sept ans après la date de l'autorisation et deux ans avant la date de renouvellement. On conçoit que les petites structures disposant de peu d'ETP aient des difficultés à assumer une telle charge en sus de leur quotidien.

Pour autant, nombre d'interlocuteurs ont surtout fait **remarquer que la déconnection illogique des évaluations avec les échéances contractuelles ainsi que le manque d'articulation avec les CPOM** étaient l'aspect le plus critiquable de la procédure. M. Thierry Leconte a souligné des incohérences qui font perdre de leur pertinence tant aux démarches d'évaluation qu'aux CPOM.

Outre l'aspect proprement financier des CPOM, les évaluations internes et externes peuvent être des leviers d'objectifs d'amélioration de la qualité, *via* la thématique de l'organisation de l'offre, pour reprendre les propos de M. Simon Kieffer, directeur des établissements et services de la CNSA ⁽²⁾. Il faisait remarquer que la charge de travail induite par les évaluations internes et externes

(1) ANESM, La démarche d'évaluation interne. Support de présentation à usage des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, février 2012.

(2) Audition du 17 mai 2018.

ne tenait pas seulement à leur mise en place mais aussi à la mise en œuvre des améliorations résultant de ce qui a été identifié.

Il semble que les établissements et les autorités administratives ne tirent pas pleinement profit des potentialités offertes par les différents outils à leur disposition. C'est ce qu'analysait le rapport de l'IGAS en soulignant qu'« *alors que les ESSMS doivent transmettre un rapport d'évaluation interne tous les cinq ans, celui-ci n'est pas obligatoirement produit lors de la négociation du CPOM. Les autorités chargées de l'autorisation ne disposent donc pas de ces données pour les intégrer au cours de la négociation du CPOM. Tout se passe dans ces conditions comme si les résultats de l'évaluation externe étaient destinés d'abord à l'établissement concerné, dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, et de façon secondaire aux ARS, DRDJSCS et conseils départementaux, ce qui ne correspond pas à la lettre de la loi. Celle-ci prévoit en effet que les résultats des évaluations sont transmis aux autorités, encore faut-il qu'ils le soient à un moment où ils peuvent être utilement exploités. Dans ce contexte, le CPOM, document stratégique de pilotage interne, n'est pas en mesure de constituer un levier d'amélioration de la qualité.* »⁽¹⁾

Pour Mme Véronique Ghadi, ce manque d'articulation fait effectivement perdre de son intérêt à la démarche qualité prise dans sa globalité, dont les axes sont aujourd'hui quelque peu épars et sans doute un peu en décalage avec les réalités des établissements.

C. DES RAPPORTS D'ÉVALUATION TROP PEU OPÉRANTS

Les développements précédents ont évoqué le manque de référentiel commun aux rapports d'évaluation externe. À ce sujet, M. Jean-Philippe Viquant, directeur général de la DGCS, parlait du **caractère disparate des évaluations externes et de la véritable lacune que représente l'absence de référentiel harmonisé**⁽²⁾.

De l'hétérogénéité des évaluateurs naît l'hétérogénéité des rapports. Hétérogénéité telle, que pour certains, comme M. Éric Fregona, il y a autant d'organismes habilités que d'instruments d'évaluation et de rapports.

Plusieurs éléments amènent les professionnels et les représentants des institutions du secteur à conclure que, tels qu'ils sont, les rapports d'évaluation externe sont de peu d'utilité.

(1) Page 73.

(2) Audition du 7 juin 2018.

1. Des rapports aujourd'hui peu exploitables par les autorités de tutelle

Après avoir rappelé les jalons de la politique de qualité – normes législatives et réglementaires, moyens financiers, élaboration participative de bonnes pratiques pour une appropriation optimale par les établissements –, M. Jean-Philippe Vinquant n'a pas hésité à reconnaître que, après la première vague d'évaluations externes et internes lancée pour le renouvellement des autorisations quinze ans après l'adoption de la loi de 2002, **le bilan était en demi-teinte. On pouvait s'interroger sur le caractère réellement probant de ces évaluations pour les autorités de tutelles**, notamment des évaluations externes. Pour le directeur général de la DGCS, interrogés sur le fait de savoir si les rapports d'évaluation leur ont été utiles au moment de renouveler les autorisations des établissements, les ARS et les conseils départementaux ont très majoritairement répondu non ⁽¹⁾. Ils ont exprimé une insatisfaction tant sur la forme que sur le fond et déclaré que ce n'avait pas été un élément déterminant de leur prise de décision. Cela, en premier lieu, à cause du processus d'habilitation non sélectif retracé plus haut ; en second lieu, du fait de **l'absence de référentiel fixant un cadre méthodologique précis aux évaluateurs**. Les rapports sont de ce fait très disparates, chaque évaluateur choisissant de présenter ce qu'il souhaite.

Pour M. Jean-Philippe Vinquant, il y avait un consensus interne à l'ANESM à l'époque, qui entendait ne pas cadrer de manière trop rigide et précise les établissements pour respecter la spécificité et les projets de chacun. **On en paie aujourd'hui le prix avec le fait que le rapport d'évaluation externe n'est pas satisfaisant pour qui le reçoit.**

Ce constat sévère est corroboré par M. Simon Kieffer ⁽²⁾, pour qui le système n'est pas très opérationnel pour les pouvoirs publics et le régulateur, les ARS. Certes, une dynamique extrêmement positive pour les établissements a été enclenchée, mais il est toujours très difficile pour les ARS d'exploiter les éléments recueillis et de bâtir un système régulier et permanent de mesure de la qualité dans les établissements, dès lors que les rapports font plusieurs dizaines, voire plusieurs centaines de pages, et ne sont pas harmonisés. Il faudrait un travail colossal pour les harmoniser, en extraire des enseignements et bâtir quelque chose d'utile.

Qui plus est, les représentantes de la HAS ont indiqué lors de leur audition que les rapports étaient remis aux ARS sous format papier. S'il existe cependant aujourd'hui un document synthétique à disposition de la HAS, **les rapports ne sont envoyés qu'aux tutelles, sans qu'ils ne soient jamais centralisés**. Cela n'a pas été sans poser de problèmes à l'ANESM qui aurait souhaité pouvoir faire l'analyse de leur contenu. L'analyse de tant de documents non informatisés représentant un coût exorbitant, le projet a été abandonné.

(1) De même, a fait remarquer la HAS, le contenu des rapports ne permet pas aux ARS d'améliorer leur connaissance des établissements, le décalage est trop important entre ce qui est attendu et ce qui est livré.

(2) Audition du 17 mai 2018.

La question de l'exploitation des rapports et celle des possibilités de leur publication ⁽¹⁾ se posent donc avec une grande acuité.

2. Des rapports également peu exploitables par les établissements eux-mêmes

En l'état actuel, il n'est pas fait de retour aux établissements évalués et les interlocuteurs de la mission regrettent, à juste titre, cette absence.

Le manque de **référentiel** limite sérieusement la portée des rapports et a incité les établissements publics à élaborer le leur pour essayer d'objectiver certains critères, comme a pu l'expliquer Mme Annie Lelièvre. Pour autant, cela n'a pas forcément conduit à la production de rapports de synthèse harmonisés, dès lors qu'ils ne sont pas formulés sur la même base. Or, **il est essentiel, si l'on veut que les établissements continuent de s'emparer de cette démarche, qu'ils puissent avoir un retour des évaluations externes**, pour les dynamiser, et qu'ils sachent en connaissance de cause quels axes ils auront à prioriser et selon quel cadencement.

D'autres représentants d'établissements ont fait remarquer que cette carence complexifie considérablement la possibilité d'appropriation des rapports par les organismes de contrôle, ARS et autres.

À tout le moins, les établissements se montrent désireux de **disposer de synthèses accessibles** pour pouvoir objectiver leurs pratiques. La démarche qualité dans laquelle ils sont engagés suppose qu'ils soient accompagnés et que les rapports des évaluations leur soient utiles.

(1) Étonnamment, sur ces questions, le rapport précité de l'IGAS semble plus mesuré, qui indique que les autorités chargées de l'autorisation ont surtout été submergées par un afflux de rapports, quelque 25 000 ESSMS ayant été concernés par des échéances identiques, et qu'elles ont dû s'organiser pour y faire face, en élaborant, en commun parfois, des grilles d'analyse. Le rapport conclut que « malgré l'hétérogénéité des référentiels utilisés par les ESSMS et les évaluateurs externes, l'analyse des rapports d'évaluation externe est jugée globalement utile par les autorités de tarification. » (page 52).

DEUXIÈME PARTIE

VERS UNE DÉMARCHE STRUCTURÉE ET HOMOGENE, VÉRITABLE LEVIER D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES EHPAD

La deuxième partie de ce rapport a pour objet de proposer une évolution du dispositif d'évaluation et de la structuration de la démarche qualité, pour plus d'objectivation, plus de valorisation, plus d'harmonisation, plus de transparence et, *in fine*, plus de qualité réelle.

I. LE DISPOSITIF DEMANDE À ÊTRE AMÉLIORÉ SANS POUR AUTANT QUE SES FONDAMENTAUX SOIENT REMIS EN CAUSE

Lors de son audition par la mission, M. Didier Sapy a appelé l'attention de la MECSS sur les très fortes attentes des acteurs du secteur médico-social, demandeurs d'une clarification de la doctrine de l'État sur l'avenir de la démarche d'évaluation des EHPAD. Le présent rapport vise à offrir des préconisations en réponse à ces attentes et qui nécessiteront, pour la grande majorité d'entre elles, de réécrire entièrement l'article L. 312-8 du CASF.

A. AMÉLIORER ET SIMPLIFIER LE DISPOSITIF EXISTANT POUR PERMETTRE UNE APPRÉCIATION GLOBALE DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS

1. Mettre en place au plus vite le référentiel national souhaité par tous les acteurs

a. Un consensus très fort en faveur d'un référentiel national

Si aucun référentiel national n'avait été proposé au début de la démarche pour ne pas imposer un cadre trop rigide aux ESSMS, tous les acteurs, tant au niveau des ARS et des conseils départementaux que des établissements eux-mêmes, demandent désormais **la mise en œuvre d'un référentiel national unique**, servant de guide aux établissements pour leur évaluation interne et aux évaluateurs pour les évaluations externes.

Cette demande forte en faveur d'un référentiel national a fait l'unanimité lors des auditions de la mission.

Pour Mme Annabelle Vêques-Malnou, il faudrait avoir un référentiel minimal et pas trop rigide, qui puisse offrir des lignes directrices permettant de faire progresser la démarche qualité d'une manière à la fois objective et transparente. Pour la directrice de la FNADEPA, en effet, il est important de

garder présent à l'esprit que les équipes sur le terrain s'interrogent sur leurs pratiques et souhaitent échanger sur ces bonnes pratiques. En ce sens, les évaluations externes pourraient être une source importante d'information, à la condition, aussi, qu'il leur en soit fait retour. Cela suppose que les évaluations soient réalisées selon un **canevas général suffisamment souple pour s'adapter à la réalité des différents établissements du secteur concerné**. En raison de la disparité des rapports, toute comparabilité est pour le moment exclue.

Pour mémoire, l'annexe 3-10 précise expressément que les évaluations ne doivent pas permettre la comparaison entre établissements ⁽¹⁾.

Sur ce sujet, Mme Anne-Marie Armanteras de Saxcé a estimé que l'élaboration d'un référentiel unique était compliquée, compte tenu des spécificités de chaque champ, mais que celles-ci pourraient être précisées et articulées sur un **socle commun à l'ensemble des ESSMS**. Ce que Mme Anne Burstin, directrice générale de la CNSA, partage.

Rappelons que pour le moment, les textes ne prévoient un cahier des charges – commun à toutes les structures évaluées, sans critères spécifiques pour les EHPAD – que pour les évaluations externes et ne donnent aucune précision quant aux évaluations internes.

La multiplication, constatée depuis quelques années, de « labels » privés pour les EHPAD, témoigne de ce besoin fort de lignes directrices, comme l'a justement souligné Mme Anne Picard, présidente du Label « Établissement Bien-traitant » ⁽²⁾.

Dans son rapport de 2017, l'IGAS proposait de structurer un tel référentiel en distinguant :

- 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.

Ce référentiel, commun aux évaluations internes et externes, pourrait reprendre de manière synthétique tout ou partie des recommandations ayant déjà été émises par l'ANESM à destination des EHPAD.

(1) Section 2, article 2.3 : « L'évaluation externe ne permet pas de comparer les établissements et services entre eux. Seule la comparabilité dans le temps entre les résultats des évaluations peut être recherchée, pour un établissement ou un service donné. »

(2) Audition du 13 juin 2018.

Pour la rapporteure, il devrait permettre d'avoir une **appréciation globale de la qualité de l'établissement**, tout en étant **simple et peu chronophage à mettre en œuvre**.

Il devrait comprendre un socle commun pour toutes les structures et des volets spécifiques pour chaque catégorie, en premier lieu pour les EHPAD.

Son élaboration devrait être confiée à la HAS.

Proposition n° 1 **Confier à la HAS l'élaboration de la procédure d'évaluation interne et externe des ESSMS, intégrant l'élaboration d'un référentiel national.**

Celui-ci comprendrait un socle commun pour toutes les structures, mais également des volets spécifiques pour chaque catégorie d'établissement et en premier lieu pour les EHPAD.

Pour structurer la démarche qualité, il est nécessaire de décrire les différentes dimensions ou processus constitutifs de la qualité des prestations, de manière à obtenir une vision qui puisse intégrer la **part de subjectivité inhérente à la spécificité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes**.

Pour fonder cette appréciation globale, **il faudra chercher à objectiver ce qui est souvent subjectif**. Le référentiel devrait donc pouvoir inclure cet aspect fondamental dans la prise en charge en EHPAD.

Actuellement, nous ne disposons pas d'une vision qui permettrait de refléter des aspects quantitatifs et qualitatifs. Cependant, nous disposons d'acquis pour étayer une réflexion et envisager cette projection à moyen terme, voire en plusieurs étapes. Lors de son audition, la HAS a souligné que la production d'indicateurs de qualité permettrait de faire progresser les pratiques par l'analyse du résultat pour les équipes, mais également d'éclairer les priorités d'action des gestionnaires et des managers, et qu'il est *« indispensable de disposer d'indicateurs de qualité au côté des indicateurs d'activité et de gestion »*.

Le tableau de bord de la performance de l'ANAP comporte en effet 43 indicateurs de gestion, mais aucun indicateur relatif à la qualité globale des prestations de l'EHPAD. Seul l'indicateur 22 fait référence à *« l'état d'avancement de l'évaluation interne et externe »*.

L'ANESM a effectué un travail sur des indicateurs qualité, mais cela mériterait d'être développé et complété, voire vu sous un autre angle.

Axes d'évaluation	Thèmes	Indicateurs de suivi recommandés
Axe 1 : La garantie des droits individuels et collectifs	• Garantie des droits individuels • Garantie des droits collectifs	• Taux de contention passive • Taux de réponses apportées aux demandes du CVS
Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents	• Prévention et prise en charge de la douleur • Prévention et prise en charge des chutes • Prévention et prise en charge des escarres • Prévention et prise en charge de la dénutrition • Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement • Analyse et maîtrise du risque Infectieux • Continuité des soins	• Taux évaluation douleur • Taux de résidents ayant chuté • Taux d'escarres acquises dans Ehpad • Taux de résidents pesés une fois par mois • Taux évaluation troubles humeur/comportement • Taux de chapitres du manuel du GREPHH évalués • Taux d'hospitalisation en urgence
Axe 3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance	• Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes Invalides • Maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale	• Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations • Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations
Axe 4 : Personnalisation de l'accompagnement	• Le projet personnalisé • Personnalisation des activités Individuelles et collectives • Possibilité du maintien des liens sociaux	• Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement • Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées • Taux de résidents isolés
Axe 5 : Accompagnement de la fin de vie	• Accompagnement de la personne • Le soutien des proches et des professionnels	• Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie

INDICATEURS DE QUALITÉ RECOMMANDÉS PAR L'ANESM POUR LES EHPAD.

Un avis du conseil scientifique de l'ANESM du 12 mars 2015 notait ainsi que « *les cultures professionnelles des intervenants du secteur peuvent alimenter des résistances à l'égard de l'utilisation d'indicateurs. En effet, les professionnels rencontrent des difficultés pour décrire précisément ce qui est fait et pour identifier les corrélations entre une action et ses effets [...]. L'indicateur peut permettre de repérer à partir de constats simples et compte tenu du contexte, si les objectifs de qualité de l'accompagnement sont bien présents et maîtrisés dans l'établissement.* »

Ces différentes observations conduisent la rapporteure à dire que l'expérience acquise par les EHPAD pour répondre à ce double dispositif d'évaluation ainsi que les démarches déjà initiées leur donnent aujourd'hui un niveau de maturité qui permet d'envisager une évolution du dispositif basée sur une approche plus globale de la qualité, intégrant le caractère très particulier de leur mission.

Sur ces bases, et alors que l'évaluation interne se concentre aujourd'hui sur les processus, **les indicateurs qui seront définis dans ce référentiel national devront être à la fois des indicateurs de contexte, de processus et de résultats.**

Ces derniers sont indispensables pour obtenir une vision globale de la qualité de l'établissement alors qu'émerge aujourd'hui un sentiment de **dé-corrélation** entre les résultats d'évaluations centrées sur des processus et le ressenti de la qualité par les résidents, par leurs familles et les personnels.

Ces indicateurs devront être peu nombreux et faciles à recueillir pour les établissements, sur un outil standardisé et adaptable.

Le référentiel pourrait comporter un ensemble de questions appelant des réponses (échelle de Likert à quatre niveaux par exemple) conduisant à établir un macro diagnostic qu'il appartiendra aux établissements de faire évoluer en choisissant leurs axes prioritaires de travail.

Ainsi, si l'on considère que le résident est au centre d'un système complexe, la qualité de sa prise en charge sera dépendante de l'ensemble des dimensions ou processus constitutifs de ce système. Ces dimensions devront également être définies dans le référentiel.

Dans chacune de ces dimensions il y a un certain nombre d'attentes. Celles-ci doivent être listées et considérées en tant qu'indicateurs dans le référentiel pour permettre l'élaboration de cette vision globale.

Les indicateurs devront être centrés sur les droits et libertés des résidents, leur projet de vie, leurs attentes et leur ressenti. **Le choix laissé aux résidents devrait ainsi être pris en compte de manière prioritaire – par exemple le choix des repas ou la liberté d'aller et venir à l'extérieur de l'établissement.**

Les actions de l'EHPAD en matière de prévention devront également entrer dans le champ des indicateurs, par exemple les actions mises en place pour préserver, voire restaurer l'autonomie de la personne.

La définition d'indicateurs qui aient un sens, qui soient utiles et faciles à recueillir, sera évidemment un travail de longue haleine.

Comme l'a illustré Mme Anne-Marie Armanteras de Saxcé, relever dans une journée le nombre de fois où l'on recueille un signe d'appel de la douleur chez

une personne âgée n'a de sens que si l'on sait le mettre dans une perspective où l'on sait interpréter la douleur et la traiter.

La mise en place de tels indicateurs ne pourra donc pas se faire du jour au lendemain, et devra faire l'objet de concertations avec les différents acteurs du secteur.

Comme l'a souligné Mme Sophie Martinon, directrice générale de l'ANAP, forte de l'expérience de l'Agence sur les indicateurs de performances, une phase de test de ces différents indicateurs sera impérative pour vérifier leur solidité.

Par ailleurs, la mise en place d'un tel système de recueil des données, même le plus simple possible, ne pourra se faire sans la mise en place de véritables systèmes d'information, car, comme l'a également souligné Mme Sophie Martinon, le niveau de maturité numérique du secteur est aujourd'hui faible et les remontées de données se font de façon relativement artisanale.

Enfin, la production de tels indicateurs impliquera **de s'interroger sur ce que sont les déterminants de la qualité en EHPAD.**

Cette réflexion devrait être facilitée par l'enquête de satisfaction des résidents et de leurs proches, demandée à la HAS par la ministre des Solidarités et de la santé, Mme Agnès Buzyn, dans le cadre de sa « feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme ». Les résultats de cette enquête pourront servir de base à la définition de ces indicateurs prenant réellement en compte les attentes des résidents.

La mesure de la satisfaction des résidents sera **un élément fondamental pour objectiver la qualité globale de chaque établissement.** L'expérience développée par la HAS dans le secteur sanitaire avec le dispositif national « e-Satis », qui évalue la satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures dans un établissement de santé de médecine, chirurgie et obstétrique, devrait faciliter la mise en place de cette enquête de satisfaction. Toutefois, **le recueil de la parole des résidents en EHPAD ne pourra évidemment pas se faire sous les mêmes modalités et constituera un véritable défi.**

En parallèle, une réflexion devra être menée sur le poids des normes en EHPAD, et notamment des contrôles de qualité – en particulier en ce qui concerne la sécurité alimentaire, souvent ressentie comme étant un obstacle majeur au libre-choix des résidents et à la sensation « *d'être à la maison* ».

Il faudra d'ailleurs veiller à ce que le référentiel national d'évaluation ne conduise pas à une standardisation accrue des EHPAD mais bien à la valorisation de leurs missions.

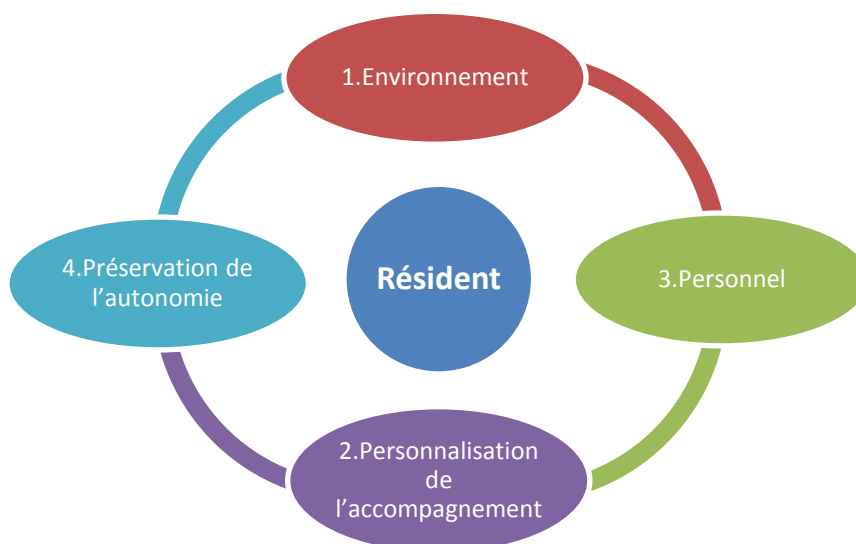
Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat, dans leur rapport précité sur les EHPAD, avaient d'ailleurs proposé de créer un comité de simplification des

normes en EHPAD (normes architecturales, hygiène, sécurité, risques climatiques et sanitaires notamment) associant les usagers et les établissements.

La rapporteure soutient pleinement cette recommandation, qui doit conduire à une véritable réflexion sur ce que doit être la qualité en EHPAD.

Enfin, l'évaluation de la qualité devra également s'intéresser à l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur, aux proches et à des bénévoles, mais également vers les autres acteurs du parcours de vie du résident, par exemple en mettant en exergue les conventions établies avec les établissements sanitaires et sociaux du territoire ou la pratique de la télémedecine.

La rapporteure propose, à titre d'exemple, un schéma représentant des dimensions constitutives du système de prise en charge du résident en EHPAD sur lequel il conviendrait de s'interroger.



Dans chacune de ces dimensions (processus) les **indicateurs de contexte, de processus et de résultats** peuvent être listés en s'appuyant sur les recommandations existantes de l'ANESM, mais amendées et complétées. Ce qui peut être illustré, à titre d'exemple, de la manière suivante :

(1) L'environnement

- indicateurs de contexte : présence ou non d'un jardin, taille des chambres, possibilité ou non d'apporter ses propres meubles, nature des espaces communs etc.
- indicateurs de processus : hygiène des locaux, etc.

(2) La personnalisation de l'accompagnement

- indicateurs de contexte : possibilité de réserver une salle à manger privative pour recevoir sa famille, activités proposées, etc.
- indicateurs de processus : actualisation des projets de vie personnalisés, etc.
- indicateurs de résultats : taux de résidents satisfaits des activités proposées, taux de réponses apportées aux demandes du Conseil de vie sociale, etc.

(3) Le personnel

- indicateurs de contexte : nombre d'ETP par catégories, formations initiale et continue suivies (formation aux soins palliatifs par exemple), etc.
- indicateurs de processus : mise en place d'un plan de qualité de vie au travail, etc.
- indicateurs de résultats : taux de satisfaction des personnels et des usagers, taux d'absentéisme ou de turn-over, etc.

(4) Préservation de l'autonomie

- indicateurs de contexte : présence d'un médecin coordonnateur dans l'EHPAD, etc.
- indicateurs de processus : circuit de délivrance du médicament, actions mises en place en faveur de la réhabilitation des personnes, etc.
- indicateurs de résultats relatifs aux soins et à la prise en charge jusqu'au bout de la vie : taux d'escarres, de chutes, de ré-hospitalisations, nombre de décès dans l'établissement et non pas à l'hôpital, etc.
- indicateurs de résultats relatifs à la dépendance : taux de résidents dont le GIR a diminué entre deux évaluations, etc.

Chacun des points précités devra faire l'objet d'une réflexion commune et d'un consensus, avant d'être mis en test dans des sites pilotes pour être ensuite ajustés.

Comme l'a souligné lors de son audition M. Bertrand Fragonard, président du Conseil de l'âge du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) ⁽¹⁾, ce qui fait la qualité d'un EHPAD est parfois d'une trop grande subtilité pour être traduit en indicateurs. Évidemment, le bon goût d'un repas ou la

(1) Audition du 21 juin.

gentillesse du personnel, qui sont probablement les éléments les plus déterminants aux yeux des résidents, sont difficiles à objectiver autrement que par des indicateurs de satisfaction dont la construction n'est pas forcément aisée.

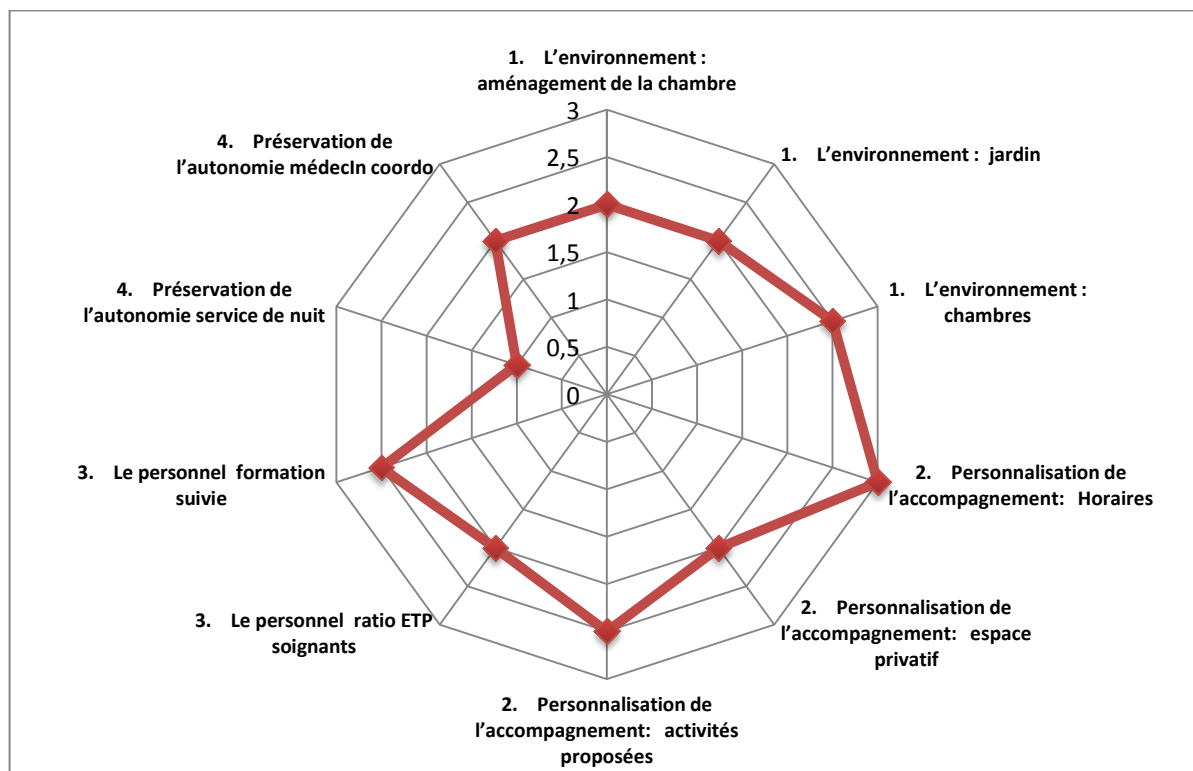
Enfin, a souligné Mme Anne-Marie Armanteras de Saxcé, « *il n'y a pas de petits indicateurs* », et il faut toujours être vigilant quant aux effets non voulus des indicateurs : un indicateur du nombre de chutes peut rapidement conduire à ne plus faire marcher des résidents qu'on laisserait dans leur fauteuil.

Proposition n° 2 Développer au sein du référentiel national des indicateurs de contexte, de processus et de résultats, faciles à relever et à exploiter, permettant d'objectiver la qualité globale de l'établissement.

2. Proposer un outil de visualisation des indicateurs qualitatifs servant à la fois de diagnostic de départ et d'outil de mesure de la progression

Chacun des indicateurs qualitatifs listés dans les développements précédents peut-être faire l'objet d'une cotation sur une échelle de Lickert à 4 dimensions afin de permettre de permettre une visualisation sur un graphique de type RADAR.

Les éléments qui doivent figurer dans le « radar » sont à préciser dans le cadre de la procédure d'évaluation.



EXEMPLE (FICTIF) DE VISUALISATION GLOBALE SUR SCHÉMA TYPE RADAR

Cet outil est facilement réalisable et standardisable. Il présente plusieurs avantages :

- pouvoir objectiver de manière équitable des aspects qualitatifs des prestations délivrées.
- établir un état des lieux « point de référence » pour chaque établissement et valoriser les actions déjà réalisées au titre des évaluations précédemment conduites
- fédérer l'équipe autour de la réalisation de ce macro-diagnostic pour consolider ou initier la culture qualité
- déterminer des axes prioritaires de travail pour l'amélioration continue de la qualité et les séquencer
- mesurer la progression et l'impact des actions conduites en réitérant le diagnostic dans un délai à déterminer

Proposition n° 3 Proposer aux établissements un outil d'usage simple pour réaliser un « macro diagnostic » afin de cibler des axes d'amélioration.

3. Intégrer la démarche d'évaluation à la démarche de contractualisation

La généralisation au sein des EHPAD de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) doit permettre d'instaurer un dialogue de gestion plus constructif entre les autorités de tarification et les EHPAD, **en passant d'une culture de moyens à une culture de résultats et d'évaluation.**

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Avec la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement puis les LFSS pour 2016 et 2017, le CPOM est devenu le cadre juridique de droit commun de la contractualisation et de la tarification, remplaçant, pour les EHPAD, les conventions tripartites. Ces contrats, signés pour **cinq ans** entre les pouvoirs publics et les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux, **fixent des objectifs de qualité et d'efficience, en contrepartie de perspectives pluriannuelles sur le financement des établissements.**

Les CPOM sont devenus obligatoires pour plusieurs types d'établissements et de services, au premier rang desquels les EHPAD, les établissements pour personnes handicapées, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Pour les EHPAD, les dispositions relatives aux CPOM sont définies à l'article L. 313-12, IV *ter*, du CASF.

Une montée en charge progressive de ces contrats a été prévue, les derniers devant être adoptés au **31 décembre 2021.**

Si la loi prévoit aujourd'hui que les CPOM des EHPAD définissent des objectifs en matière d'activité, mais également « *de qualité de prise en charge, d'accompagnement* », pour le moment, aucun lien formel n'existe entre le CPOM et la démarche d'évaluation des établissements.

L'ANESM a bien publié un guide à l'attention des responsables d'ESSMS relatif à la valorisation des résultats des évaluations, soulignant notamment que « *la signature d'un CPOM s'appuie au préalable sur un diagnostic partagé permettant d'apprécier la situation du gestionnaire et des établissements et services faisant partie du contrat. Le diagnostic partagé sert de base à la définition de l'ensemble des objectifs du CPOM. Lorsque l'évaluation externe est réalisée avant la conclusion du CPOM, le rapport d'évaluation externe est un support particulièrement utile pour cet état des lieux, sous réserve de calendriers proches* », mais **ces calendriers restent aujourd'hui totalement déconnectés.**

Pourtant, comme l'a fort justement souligné Mme Annabelle Vêques-Malnou, le CPOM doit pouvoir être le moment où l'on regarde les indicateurs de qualité. Replacer la qualité au centre de ce contrat devrait également permettre d'aller vers un véritable dialogue de gestion, là où les acteurs décrivent bien souvent un dialogue de sourds avec les ARS et les conseils départementaux. Cela redonnerait également un sens aux évaluations, alors que les établissements déplorent souvent n'avoir aucun retour des autorités de tarification sur leurs résultats.

La rapporteure recommande donc que le calendrier des évaluations internes, et surtout externes, aujourd'hui fixé par rapport à la date de l'autorisation des EHPAD, soit déterminé par rapport à la date de signature du CPOM, de manière à ce que les résultats de ces évaluations puissent servir de base à la négociation du contrat.

Des objectifs spécifiques d'amélioration de la qualité, en fonction des projets d'établissements et du profil des résidents accueillis, pourraient ainsi être négociés par chaque EHPAD et inscrit dans le CPOM.

Parallèlement, le lien exclusif entre la réalisation de l'évaluation et le renouvellement de l'autorisation n'est plus pertinent ; il devrait donc être abandonné.

Proposition n° 4	Intégrer les démarches d'évaluation interne et externe à la logique de contractualisation, en articulant leur calendrier sur celui des CPOM.
Proposition n° 5	Inscrire des objectifs liés à la qualité dans le cadre du dialogue de gestion lors du CPOM
Proposition n° 6	Abandonner la référence à l'évaluation comme condition exclusive du renouvellement de l'autorisation d'un EHPAD.

4. Améliorer la qualité et l'exploitabilité des rapports d'évaluation externe

Le renforcement de la confiance dans les évaluations externes des EHPAD devra passer par une clarification des relations entre les établissements et les organismes habilités.

a. D'un contrôle a posteriori à un contrôle a priori

Lors de son audition, Mme Anne-Marie Armanteras de Saxcé a souligné l'embarras du collège de la HAS quant aux modalités actuelles d'habilitation des organismes évaluateurs, en raison notamment de l'absence de critères fondant l'habilitation : aujourd'hui, comme on l'a vu, la HAS « *fixe le formulaire d'habilitation* » uniquement (article D. 312-199 du CASF), et tout organisme qui renseigne ce formulaire peut être inscrit sur la liste des organismes habilités.

L'IGAS, dans son rapport précité, proposait de « *demander à l'AFNOR d'élaborer en lien étroit avec l'ANESM une norme ou un référentiel de compétences d'évaluateur externe des ESSMS* » et d'« *exiger des organismes habilités qu'ils soient certifiés sur la base de cette norme* ». La HAS pourrait elle-même être chargée de rédiger un tel référentiel.

La formation obligatoire par la HAS des évaluateurs habilités pourrait également être envisagée.

Parmi ces critères, le profil professionnel des évaluateurs externes devra être regardé avec une attention particulière. Ainsi, Mme Anne-Marie Armanteras de Saxcé a souligné lors de son audition l'importance du regard par les pairs, dont l'efficacité est selon elle prouvée par des études internationales mais qui est également souhaité par les professionnels du secteur.

Proposition n° 7	Renforcer les compétences des évaluateurs habilités en chargeant la HAS de définir des critères préalables à leur habilitation ainsi que le rôle des pairs, et de les former à l'application du nouveau référentiel.
Proposition n° 8	Définir la durée de l'habilitation des évaluateurs ainsi que les conditions de son renouvellement.

La concomitance des besoins en évaluateurs externes, qui résulte du calendrier des autorisations, complique pour le moment la réduction du nombre d'évaluateurs externes. Cependant, la définition de critères d'habilitation plus contraignants et d'un référentiel national d'évaluation induira de fait une diminution du nombre d'évaluateurs externes habilités. Cela permettra également de mettre en place un travail rapproché entre la HAS et les évaluateurs.

Pour mémoire, 24 000 ESSMS devaient transmettre un rapport d'évaluation externe à leurs autorités au plus tard en février 2015.

La mise en phase des calendriers d'évaluation avec le dialogue instauré dans le cadre du CPOM, souhaitée par la rapporteure, devrait permettre **un meilleur échelonnement des besoins d'évaluation, et donc de travailler avec un nombre d'évaluateurs plus réduit.**

b. Distendre les liens financiers entre évalués et évaluateurs

Le lien financier direct entre les établissements commanditaires de l'évaluation externe et les organismes évaluateurs pose également question, et peut même être à l'origine de conflits d'intérêt. Une plus grande distance entre évaluateur et évalué s'avère aujourd'hui souhaitable ; elle est d'ailleurs souhaitée par bon nombre de professionnels.

Au vu du nombre d'établissements concernés par les évaluations externes, il est difficile d'envisager le recours à des experts-visiteurs de la HAS comme dans le cadre de la certification sanitaire. **Un organisme tiers pourrait donc servir d'intermédiaire**, afin de collecter les fonds des ESSMS et de financer les évaluateurs externes : les ARS pourraient par exemple jouer ce rôle.

De plus, compte-tenu des grandes différences de coût entre les évaluations commanditées, il semble indispensable **d'encadrer la rémunération des organismes habilités par décret**, notamment en fonction du type et du volume d'activité de l'établissement.

Proposition n° 9	Charger un organisme tiers de choisir et de rémunérer les évaluateurs externes habilités.
Proposition n° 10	Encadrer la rémunération des organismes habilités, notamment en fonction du type et du volume d'activité de l'établissement.

Enfin, pour être exploitables, les rapports d'évaluation externe devraient être communiqués en **version numérique** à l'autorité compétente mais également à la HAS, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, et n'était pas le cas pour l'ANESM.

Cela nécessitera une évolution législative, puisque l'article L. 312-8 du CASF prévoit uniquement que « *les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation à l'établissement* ».

Proposition n° 11	Imposer la transmission du rapport d'évaluation externe des établissements évalués, sous format numérique, aux autorités de tutelle et à la HAS.
--------------------------	---

B. ÉVALUATION OU CERTIFICATION ? UNE QUESTION QU'IL CONVIENT DE DÉPASSER

L'intégration de l'ANESM au sein de la HAS au 1^{er} avril 2018 a généré des inquiétudes au sein du secteur médico-social. En effet, les acteurs appréhendent notamment un rapprochement entre la certification prévue pour les établissements sanitaires et l'évaluation externe prévue pour les établissements médico-sociaux.

L'intégration de l'ANESM au sein de la Haute autorité de santé

La loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 a transféré l'ensemble des missions et des personnels de l'ANESM à la HAS.

Cette intégration est devenue effective le 1^{er} avril 2018, et, dans les faits, **l'ANESM est devenue une direction à part entière de la HAS.**

Une nouvelle commission spécialisée de la HAS, la commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, a été créée par décret le 11 juin 2018 ⁽¹⁾.

Présidée par Mme Anne-Marie Armanteras de Saxcé, membre du collège de la HAS, elle comporte 25 membres titulaires, dont 21 ont été sélectionnés en raison de leurs compétences scientifiques ou techniques dans le champ du social et du médico-social, et quatre choisis parmi les adhérents d'une association d'usagers.

À plusieurs reprises, la question d'une certification des EHPAD sur le modèle de celle applicable aux établissements sanitaires a été posée lors des auditions de la mission, mais, pour la rapporteure, elle ne doit pas l'être en ces termes.

L'intégration de l'ANESM à la HAS doit être considérée comme une opportunité pour permettre au secteur médico-social de s'inspirer de ce qui a fait ses preuves dans le secteur sanitaire, de bénéficier de l'expérience de la HAS et en même temps de mettre en avant la spécificité des ESSEMS pour construire un nouveau dispositif d'évaluation.

Lors de son audition par la commission des affaires sociales le 7 mars 2018, Mme Katia Julienne, candidate pressentie à la direction de la HAS, avait notamment souligné que « *l'intégration de la politique d'évaluation de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux au sein de la HAS permettra aussi de garantir sa visibilité sur le long terme et sa stabilité* ».

Il est à noter qu'il existe une proximité indéniable entre les EHPAD et certains établissements sanitaires comme les unités de soins longue durée (USLD). Au sein des ESSMS, c'est dans les EHPAD que la démarche d'évaluation issue de la loi n° 2002-2 est la plus aboutie, et il ne semble ni possible, ni souhaitable de transposer au ESSMS le mécanisme de certification sanitaire. Là encore, de

(1) Décret n° 2018-465 du 11 juin 2018 relatif à la commission mentionnée à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

l'ensemble des auditions conduites, il ressort un fort **consensus sur le fait que la transposition du dispositif d'évaluation du secteur sanitaire au secteur médico-social serait inappropriée.**

1. Une transposition de la certification sanitaire aux EHPAD n'est ni possible, ni souhaitable

a. Une transposition qui ne serait pas pertinente sur le fond

M. Jean-Philippe Vainquant, directeur général de la cohésion sociale, et Mme Aude Muscatelli, directrice adjointe du cabinet de Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, ont affirmé avec fermeté lors de leurs auditions que la démarche de certification n'était transposable ni au secteur médico-social en général, ni aux EHPAD en particulier. Comme l'a rappelé Mme Véronique Ghadi, « *assimiler complètement l'un à l'autre serait une véritable erreur car le contenu de ce que l'on va observer est très différent* ».

En effet, si la médicalisation des EHPAD est aujourd'hui un phénomène bien connu, **leur spécificité médico-sociale est reconnue et doit être garantie : ces établissements doivent rester des lieux de vie plus que des lieux de soins, et leur évaluation doit avant tout mettre en exergue cet aspect de leur mission.**

Force est de constater qu'il est plus facile de certifier la qualité d'un soin que de certifier la qualité globale des prestations dispensées au sein d'un EHPAD, prestations qui contribuent à la qualité de vie. S'il est possible de certifier les processus de prise en charge médicamenteuse ou la sécurité d'un patient au bloc opératoire de la même façon, il pourrait être possible de certifier la luminosité d'une chambre ou la qualité gustative d'un plat. Pour autant, c'est l'attente de la personne âgée dépendante qui est importante et nous savons tous que les attentes ne sont pas les mêmes d'une personne à l'autre. Quelle que soit la qualité avérée d'un produit ou d'une prestation, si celle-ci ne répond pas aux attentes du résident, elle sera ressentie comme étant de mauvaise qualité.

Cela explique, en grande partie, le fort rejet exprimé lors des auditions par les différents acteurs – notamment les fédérations du secteur. Ceux-ci craignent en effet qu'une transposition de ce mécanisme de certification sanitaire induise une trop grande rigidité qui se ferait au détriment de la part de subjectivité liée au ressenti, de la prise en compte des aspirations de la personne accueillie et de l'adaptabilité des établissements, comme l'ont respectivement évoqué Mme Annie Lelièvre et Mme Annabelle Vêques-Malnou lors de leurs auditions.

b. Une transposition qui ne serait pas non plus possible en pratique

La transposition, pas souhaitable, n'est pas non plus possible en pratique.

Le nombre d'établissements concernés interdit d'emblée l'application d'une même procédure : alors que moins de 3 000 établissements sanitaires font

aujourd'hui l'objet d'une certification, il est inenvisageable, au moins à court terme, d'étendre la même procédure aux plus de 7 000 EHPAD.

Par ailleurs, comme bon nombre des interlocuteurs auditionnés l'ont rappelé, **la majorité des EHPAD ne disposent pas aujourd'hui de l'encadrement de proximité nécessaire pour mener à bien une procédure de certification – légitimement très exigeante –,** ni d'ailleurs des services d'information adéquats. Le directeur, aidé de son équipe, est en général seul à gérer la démarche qualité, et, même si certains établissements ont partagé des postes de qualitiens, cet accompagnement reste extrêmement rare.

Proposition n° 12 Identifier dans chaque EHPAD un référent qualité, issu de l'équipe, et lui proposer un plan d'acquisition de compétences dans le domaine de la gestion et du management de la qualité

2. Ne pas opposer certification et évaluation, mais rechercher les complémentarités

Une plus grande porosité entre certification et évaluation externe pourrait en revanche être recherchée pour les « structures mixtes » que sont les EHPAD intégrés au sein d'établissements de santé ou, à l'inverse, les unités de services de soins de suite et de réadaptation gériatriques ou les unités de soins de longue durée (USLD). La DGCS et la HAS ont évoqué, lors de leur audition, le souhait de certaines de ces structures de pouvoir s'associer à l'une ou l'autre des procédures selon le cas : pour la rapporteure, un « droit d'option » devrait pouvoir être proposé à ces établissements.

Proposition n° 13 Proposer un « droit d'option » entre certification et évaluation aux EHPAD hospitaliers, SSR gériatriques et USLD.

Toutefois, le dispositif d'évaluation des EHPAD pourrait, sur certains aspects, s'inspirer du système de certification sanitaire, qui, s'il n'est pas transposable tel quel, poursuit toutefois le même objectif, à savoir l'amélioration continue de la qualité de l'établissement. Au-delà de l'appellation d'« évaluation » ou de « certification », il convient aujourd'hui de s'interroger avant tout sur le contenu de ces évaluations et sur leur portée.

La certification des établissements sanitaires offre la possibilité d'assortir la certification de recommandations qui doivent donner lieu à un rapport de suivi, ou de réserves qui donnent lieu à une visite de suivi ciblée.

Un tel mécanisme pourrait inspirer l'évaluation des EHPAD, dont la portée est aujourd'hui très floue et le suivi quasiment inexistant.

Sur le contenu, la certification pourrait également inspirer l'évaluation des EHPAD. Ainsi, la certification sanitaire prévoit de nombreux critères relatifs au management de l'établissement, et notamment à la qualité de vie au travail. De tels critères, aujourd'hui absents de l'évaluation des EHPAD, pourraient utilement être pris en compte.

Ils pourraient par ailleurs être très facilement intégrés au schéma présenté précédemment, dans une des dimensions définies, voire dans une nouvelle dimension, et les critères constitutifs de cette dimension pourraient être listés. Ainsi, la qualité de vie au travail entrerait dans le champ de la qualité globale de l'établissement.

Parce que le prendre soin de l'autre commence par le prendre soin de soi, la rapporteure propose d'inclure ces critères dans le nouveau dispositif.

Proposition n° 14 Inclure dans le nouveau dispositif d'évaluation des critères relatifs au management, à l'organisation du travail et à la qualité de vie au travail.

En quelques années, la maison de retraite, lieu de vie pour personnes non dépendantes est devenue Établissement pour Personnes Âgées Dépendantes, lieu de vie où l'on soigne de plus en plus les pathologies du grand âge. Dans ce lieu de vie où l'on soigne, les équipes, respectant les souhaits des résidents et des familles qui veulent éviter l'hôpital, accompagnent les résidents jusqu'à leur décès.

L'EHPAD est donc un dernier lieu de vie et un lieu de fin de vie. Cette particularité des EHPAD est encore insuffisamment prise en compte même si elle fait partie des indicateurs recommandés par l'ANESM, et que celle-ci a publié des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accompagnement de la fin de vie des personnes âgées en EHPAD. La rapporteure suggère donc de renforcer les critères relatifs à la fin de vie dans le nouveau dispositif.

Proposition n° 15 Renforcer la place dans le dispositif d'évaluation des critères relatifs à la prise en charge de la fin de vie pour une plus grande reconnaissance de cette mission.

II. UN VOLET NOUVEAU À OUVRIR : AMÉLIORER L'INFORMATION DES USAGERS

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a créé un droit à l'information des personnes âgées et de leurs familles sur « *les formes d'accompagnement et de prise en charge adaptées aux besoins et aux souhaits de la personne âgée en perte d'autonomie* » (article L. 113-1-2 du CASF).

Pour rendre effectif ce droit à l'information, la CNSA et le ministère des solidarités et de la santé ont lancé en décembre 2016 le portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, qui permet de comparer les prix et les prestations des EHPAD et d'estimer le reste à charge mensuel de la personne hébergée, après déduction de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) et des aides au logement.

Le travail fait par la CNSA à travers ce portail a été salué lors des auditions, et il est plébiscité par les usagers, a souligné Mme Claudette Brialix, vice-présidente de la Fédération nationale des associations de personnes âgées en établissements et de leurs familles (FNAPAEF) ⁽¹⁾. Cependant, celles-ci souhaitent aujourd'hui que des informations plus qualitatives leur soient accessibles.

Dans une contribution remise à la rapporteure, la FNAPAEF considère ainsi qu'« *il est facile pour un établissement de faire illusion par un accueil clinquant lors d'une visite de préadmission (ambiance zen du hall d'accueil, attitude empathique de l'équipe de direction, etc.). Pour autant, le résident et ses proches n'ont aucune vision de la qualité réelle de la prestation pour laquelle ils s'apprêtent à s'engager en signant le contrat de séjour. Que savent-ils du taux d'absentéisme du personnel, du nombre de professionnels soignants qualifiés et formés à l'accompagnement des troubles du comportement, de la qualification au management de l'équipe d'encadrement, pour ne parler que de quelques critères qui sont insuffisamment pris en compte par les évaluations externes ?* »

Les renseignements communiqués par la CNSA sur ce portail (prix de l'hébergement et tarif dépendance, nombre de places, hébergement temporaire ou permanent, présence ou non d'une unité Alzheimer) sont évidemment nécessaires, mais ils paraissent insuffisants et doivent être complétés par des éléments beaucoup plus qualitatifs, a estimé Mme Anne Burstin. Des voix s'élèvent aujourd'hui pour demander la publication en ligne d'indicateurs de satisfaction ou de notes pour chaque EHPAD. Il conviendra d'être prudent vis-à-vis d'une telle démarche, dont il faut d'ailleurs relativiser la portée.

A. LA NÉCESSITÉ DE FOURNIR AUX USAGERS UNE INFORMATION PLUS QUALITATIVE

Dans le contexte actuel, où la qualité des EHPAD a beaucoup été critiquée, il est nécessaire de restaurer la confiance des usagers en mettant à leur disposition le plus grand nombre possible d'informations qualitatives et fiables sur les différents établissements.

1. Publier des informations qualitatives descriptives sur le portail de la CNSA

Des plateformes privées, sous la forme d'annuaires, se multiplient sur Internet, dont l'existence suggère l'intérêt des usagers pour ces informations. Le

(1) Audition du 7 juin.

portail « Pour les personnes âgées » géré par la CNSA, qui met déjà à la disposition du public un comparateur de prix, constitue une plateforme évidente pour la publication par les pouvoirs publics d'informations qualitatives.

Quelles informations rendre disponibles sur ce portail ?

Des informations qualitatives mais descriptives pourraient facilement être mises en ligne : la taille des chambres, l'existence d'un jardin, la gestion de la restauration (cuisine faite sur place ou non), la présence d'un salon de coiffure ou d'une salle de kinésithérapie, la présence de bénévoles, l'acceptation des animaux de compagnie, la possibilité de recevoir ses proches dans un salon privé et d'aménager son logement, etc.

Une partie de ces informations pourrait être remplie de manière obligatoire, et une autre partie de manière plus libre et facultative, afin de permettre aux établissements de mettre en valeur certaines de leurs spécificités.

La rapporteure constate que malgré les progrès considérables qui ont été faits dans les EHPAD, malgré les évaluations réalisées, l'information donnée aux résidents et à leur famille semble ne pas répondre à leurs attentes. Elle propose donc d'enrichir celles qui leur sont déjà accessibles.

Proposition n° 16 Enrichir le portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr d'informations sur les prestations proposées par les EHPAD, après avoir défini les informations demandées à tous les établissements et celles laissées à l'appréciation de chaque EHPAD.
--

2. Publier les évaluations externes

Pour une plus grande transparence, **la publication des évaluations externes devra également être systématique.** Une telle publication est revendiquée par la FNAPAEF, citant en exemple l'EHPAD du centre hospitalier de Houdan, qui a mis cette évaluation externe en ligne sur son site internet.

La publication du référentiel national souhaité par la rapporteure permettra d'ailleurs une plus grande lisibilité de ces évaluations externes, qui devront être **précédées d'une synthèse compréhensible par tous.** La numérisation de ces rapports sera évidemment un prérequis fondamental pour garantir leur accessibilité.

La publication des évaluations externes permettra à la fois de mobiliser encore plus les équipes autour de la démarche qualité, mais également de rétablir la confiance en plaçant la transparence au cœur de cette démarche.

Cela nécessitera probablement de développer plus spécifiquement certains indicateurs répondant mieux aux attentes des usagers et de leurs familles : comme

l'a souligné M. Romain Gizolme, les informations qui intéressent les usagers ne sont pas toujours celles qui intéressent les ARS et le futur résident s'inquiète davantage de la possibilité de choisir son repas, de sortir ou d'aménager son logement, que de la tenue de son dossier de soins.

Il serait évidemment illusoire de croire que la publication de ces évaluations externes, avant tout destinées à des experts, sera déterminante dans le choix des établissements par les familles, mais **cette publication contribuera à démystifier ce qui se passe à l'intérieur des EHPAD**. Comme l'a souligné Mme Anne-Marie Armanteras de Saxcé, dans le domaine sanitaire, la publication des résultats de la certification a été fondamentale pour l'acculturation des associations d'usagers : une telle démarche de publication aura certainement le même impact positif pour les EHPAD.

La rapporteure souligne qu'un sentiment d'opacité demeure : il semble y avoir une inadéquation entre le travail réalisé et la perception extérieure. Il serait souhaitable que la synthèse de l'évaluation soit publiée afin de garantir la plus grande transparence.

Proposition n° 17 Publier les évaluations externes sur le site de la CNSA et des ARS, ainsi qu'une synthèse simple et accessible à tous les publics.

B. ALLER PLUS LOIN DANS LA COMPARAISON DES EHPAD DEVRA SE FAIRE AVEC PRUDENCE

Plusieurs interlocuteurs auditionnés par la mission ont évoqué l'idée d'un système de « notation » des EHPAD qui serait publié en ligne. Les usagers, par la voix de la FNAPAEF, ont par exemple demandé des moyens de comparaison permettant de choisir l'établissement le plus performant pour le même prix, mais des représentants des établissements ont également porté cette proposition, à l'image de M. Romain Gizolme, qui a proposé la mise en place d'un « système d'étoiles, comme ce qui se fait dans l'hôtellerie ».

1. Une démarche de « notation » qui, certes, existe dans d'autres pays

Cette idée reste relativement embryonnaire en France et, pour le moment, la notion de comparabilité a été écartée des objectifs de l'évaluation externe, l'annexe 3-10 du CASF prévoyant explicitement que *« l'évaluation externe ne permet pas de comparer les établissements et services entre eux. Seule la comparabilité dans le temps entre les résultats des évaluations peut être recherchée, pour un établissement ou un service donné »*.

En revanche, plusieurs pays ont adopté des systèmes de notation, en premier lieu le Royaume-Uni et les États-Unis.

Depuis 2008, le ministère de la santé américain, par le biais de l'agence fédérale *Medicare* et *Medicaid* (CMS), a mis en place un site internet intitulé *Nursing Home Compare* (« comparateur de maisons de retraite »), avec un système de « notation cinq étoiles » (« *five-star quality rating* » system). Les notes données par le CMS sont construites à partir de trois mesures : (1) les inspections sanitaires (qui comprennent notamment la sécurité alimentaire et incendies) ; (2) des indications sur le taux d'encadrement ; (3) des indications sur l'état de santé des résidents et leur évolution (syndromes dépressifs, perte de poids, vaccination, évolution de la mobilité, nombre de chutes, usage de la contention, incontinence, traitement de la douleur) ⁽¹⁾. Toutes les maisons de retraite ouvrant droit au bénéfice des programmes Medicaid ou Medicare sont soumises à ce système de notation.

Au Royaume-Uni, la *Care Quality Commission* (Commission de la qualité des soins, équivalent de la HAS) a également développé un système de notation à partir d'un code couleur allant du vert au rouge, sur la base de cinq critères : **la sécurité ; l'efficacité en matière de prévention de la dépendance ; l'attention apportée aux résidents ; la personnalisation des services et le management.**

Ces notations sont établies sur la base des rapports des inspections – fortuites – réalisées par la *Care Quality Commission* et sont disponibles en ligne. Pour chaque établissement, les usagers et leurs familles peuvent laisser un message privé à la *Care Quality Commission*, ces commentaires pouvant déboucher sur la réalisation d'une inspection.

Des captures d'écran sont présentées en annexe au présent rapport, qui permettent de visualiser les informations présentées au public sur les sites internet des agences publiques précitées.

2. Un processus qu'il convient d'engager avec précaution

Ces expériences sont intéressantes et pourront utilement nourrir la réflexion des pouvoirs publics sur l'évaluation des EHPAD et la transparence des résultats.

Un tel système de notation a toutefois ses limites, en premier lieu méthodologiques, la fiabilité du *Nursing Home Compare* américain ayant d'ailleurs fait l'objet de nombreuses critiques ⁽²⁾.

Comme l'a souligné M. Bertrand Fragonard, il est évidemment difficile, voire impossible, de trouver une « recette » parfaite permettant « *de dire voilà tant de critères, vous faites une moyenne pondérée et vous avez un bon EHPAD* ». Mme Aude Muscatelli l'a également souligné : « *il n'y a pas d'indicateur unique* ».

(1) Source : <https://www.medicare.gov/NursingHomeCompare/About/nhcinformation.html>.

(2) <https://www.nytimes.com/2014/10/07/business/medicare-alters-its-nursing-home-rating-system.html>.

qui synthétise de manière parfaite la qualité, il faut forcément un faisceau d'indicateurs ».

Au-delà de la question de la méthodologie, il faut s'interroger sur l'impact réel de tels systèmes sur les usagers des EHPAD et leur famille.

M. Bertrand Fragonard a fait valoir qu'un tel système pourrait être anxiogène et culpabilisant plutôt que rassurant pour les personnes âgées résidant dans un EHPAD « mal noté » – et pour leurs familles –, alors qu'elles n'ont pas toujours eu le choix de leur établissement et qu'il n'est pas aisé d'en changer.

La rapporteure tient à rappeler, pour reprendre les mots de M. Éric Fregona, qu'« *on ne choisit pas un EHPAD de la même manière que l'on choisit un hôtel pour ses vacances* ». **Les déterminants du choix d'un EHPAD restent avant tout son prix et sa localisation, et ce choix est d'autant plus contraint qu'il doit bien souvent se faire dans l'urgence**, parfois faute d'anticipation et de coordination des parcours.

Selon certaines études américaines, cette contrainte, en premier lieu financière, expliquerait que la mise en place du *Nursing Home Compare* exacerbe les disparités dans la qualité des établissements plutôt qu'elle les réduit, et profite davantage aux personnes les plus favorisées ⁽¹⁾.

Éclairer le choix des personnes âgées et de leurs familles est un objectif louable et pertinent, mais il n'aura de sens que si l'on maximise cette liberté de choix. Pour la rapporteure, **cela devra passer par un important travail sur la question du reste à charge en EHPAD** ainsi que sur l'information des personnes – notamment en renforçant les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) – et en renforçant la coordination des parcours.

Enfin, la démarche qualité en EHPAD ne doit pas se transformer en un exercice de désignation des « bons » et « mauvais » établissements : l'objectif doit bien être l'amélioration continue de la qualité dans tous les établissements.

Selon la rapporteure, le préalable et l'objectif premier est de repenser le dispositif d'évaluation des ESSEMS et en priorité des EHPAD, de le mettre en œuvre et de le consolider, dans un souci de transparence et d'amélioration de la qualité de la prise en charge. La réflexion sur la comparabilité viendra inmanquablement, mais il serait prématuré de la mettre à l'ordre du jour à ce stade de la réflexion.

(1) R. Tamara Konetzka, David C. Grabowski, Marcelo Coca Perrillon and Rachel M. Werner, "Nursing Home 5-Star Rating System Exacerbates Disparities In Quality", *Health Affairs*, Vol. 34, n° 5, mai 2015.

CONCLUSION

La qualité n'est jamais une fin en soi : c'est avant tout un outil au service « du mieux » pour le bien du plus grand nombre d'entre nous.

Les recommandations formulées ici n'ont de sens que si nous portons un autre regard sur nos aînés : un regard sur leur humanité qui fait fi de leur corps affaibli, sur la flamme de vie qui brûle toujours en eux avec notre aide et notre bienveillance, un regard empreint de respect pour ce qu'ils représentent dans notre histoire personnelle et collective, eux qui nous ont protégés lorsqu'enfants nous étions faibles.

N'oublions jamais qu'avant d'être ces personnes affaiblies et dépendantes, ils furent des parents, des amis, des professionnels.

Paul Ricoeur ⁽¹⁾ nous disait qu'il est possible de penser la maladie ou le handicap comme des manques de « **capabilités élémentaires** », de « capacités de base ». Le grand âge, inexorablement, crée peu à peu ces manques et fait basculer dans la vulnérabilité.

Mais n'en faisons pas un alibi commode : dès lors que les capacités fondamentales de l'humain sont définies comme le **pouvoir dire, pouvoir agir, pouvoir raconter et pouvoir se croire capable de dire, de faire et de raconter**, leur absence – l'incapacité linguistique, l'incapacité pratique et l'incapacité narrative – peut non seulement découler de la maladie, de l'infirmité, **du vieillissement**, mais aussi être **une conséquence de l'institution humaine et des inégalités qu'elle engendre**, dans la sphère culturelle, sociale, physiologique ou psychologique. « *L'homme souffrant pourrait cependant redevenir un homme capable par le soin, dont la vocation serait de chercher à redonner l'usage de ces capacités.* »

La prise en charge de nos aînés révèle ce que nous voulons porter collectivement pour faire société.

Aujourd'hui, au cœur de notre société, au cœur de nos EHPAD, nous voyons la disparition de certaines de leurs capacités, nous voyons la montée progressive de leur incapacité, de leur dépendance.

N'est-il pas temps d'agir pour leur offrir vraiment la bientraitance que nous souhaitons promouvoir ?

(1) Paul Ricoeur « soi - même comme un autre », Paris Seuil, 1990.

SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

Proposition n° 1	Confier à la HAS l'élaboration de la procédure d'évaluation interne et externe des ESSMS, intégrant l'élaboration d'un référentiel national. Celui-ci comprendrait un socle commun pour toutes les structures, mais également des volets spécifiques pour chaque catégorie d'établissement et en premier lieu pour les EHPAD.
Proposition n° 2	Développer au sein du référentiel national des indicateurs de contexte, de processus et de résultats, faciles à relever et à exploiter, permettant d'objectiver la qualité globale de l'établissement.
Proposition n° 3	Proposer aux établissements un outil d'usage simple pour réaliser un « macro diagnostic » afin de cibler des axes d'amélioration.
Proposition n° 4	Intégrer les démarches d'évaluation interne et externe à la logique de contractualisation, en articulant leur calendrier sur celui des CPOM.
Proposition n° 5	Inscrire des objectifs liés à la qualité dans le cadre du dialogue de gestion lors du CPOM
Proposition n° 6	Abandonner la référence à l'évaluation comme condition exclusive du renouvellement de l'autorisation d'un EHPAD.
Proposition n° 7	Renforcer les compétences des évaluateurs habilités en chargeant la HAS de définir des critères préalables à leur habilitation ainsi que le rôle des pairs, et de les former à l'application du nouveau référentiel.
Proposition n° 8	Définir la durée de l'habilitation des évaluateurs ainsi que les conditions de son renouvellement.
Proposition n° 9	Charger un organisme tiers de choisir et de rémunérer les évaluateurs externes habilités.
Proposition n° 10	Encadrer la rémunération des organismes habilités, notamment en fonction du type et du volume d'activité de l'établissement.

Proposition n° 11	Imposer la transmission du rapport d'évaluation externe des établissements évalués, sous format numérique, aux autorités de tutelle et à la HAS.
Proposition n° 12	Identifier dans chaque EHPAD un référent qualité, issu de l'équipe, et lui proposer un plan d'acquisition de compétences dans le domaine de la gestion et du management de la qualité
Proposition n° 13	Proposer un « droit d'option » entre certification et évaluation aux EHPAD hospitaliers, SSR gériatriques et USLD.
Proposition n° 14	Inclure dans le nouveau dispositif d'évaluation des critères relatifs au management, à l'organisation du travail et à la qualité de vie au travail.
Proposition n° 15	Renforcer la place dans le dispositif d'évaluation des critères relatifs à la prise en charge de la fin de vie pour une plus grande reconnaissance de cette mission.
Proposition n° 16	Enrichir le portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr d'informations sur les prestations proposées par les EHPAD, après avoir défini les informations demandées à tous les établissements et celles laissées à l'appréciation de chaque EHPAD.
Proposition n° 17	Publier les évaluations externes sur le site de la CNSA et des ARS, ainsi qu'une synthèse simple et accessible à tous les publics.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Dans sa séance du 26 juillet 2018, la commission des affaires sociales examine le rapport d'information de Mme Annie Vidal en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur l'évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation.

Cette réunion ne fait pas l'objet d'un compte rendu écrit. Les débats sont accessibles sur le portail vidéo du site de l'Assemblée à l'adresse suivante :

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.6483927_5b5976b592fa0.commissions-des-affaires-sociales--mecss-sur-la-demarche-qualite-des-ehpad--financement-de-la-secu-26-juillet-2018

*

* *

La Commission autorise, à l'unanimité, la publication du rapport de la MECSS sur l'évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation.

ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

L'ensemble des comptes rendus des auditions de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sont disponibles sur le portail de la MECSS :

<http://www2.assemblee-nationale.fr/15/commissions-permanentes/commission-des-affaires-sociales/mecss/mission-d-evaluation-et-de-contrôle-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale>

Audition du 16 mai 2018

- M. Benoît Péricard, associé, directeur national Secteur public et Santé de KPMG

Auditions du 17 mai 2018

- Mme Anne Burstin, directrice générale de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), M. Simon Kieffer, directeur des établissements et services, et Mme Violaine Eudier, responsable du pôle programmation de l'offre

Auditions du 30 mai 2018

- M. Thierry Leconte, inspecteur des affaires sociales, co-auteur du rapport sur « Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux »

Audition du 6 juin 2018

– Audition commune :

- Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP*) – M. Julien Moreau, directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie
- Fédération hospitalière de France (FHF) – Mme Annie Lelièvre, responsable pôle Autonomie, et M. Alexandre Mokédé, responsable du pôle Offre de soins
- Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA*) – M. Éric Fregona, responsable du Pôle Médico-Social, M. Renaud Chenu, directeur des affaires publiques

– Audition commune :

- M. Romain Gizolme, directeur de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)
- Mme Annabelle Vêques-Malnou, directrice de la Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'établissements et Services pour Personnes Âgées (FNADEPA)

Audition du 7 juin 2018

- Mme Claudette Brialix, vice-présidente de la Fédération nationale des associations de personnes âgées en établissements et de leurs familles (FNAPAEF) et M. Lucien Legay, secrétaire

- M. Didier Sapy, directeur général de la Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Âgées (FNAQPA), et Mme Clémence Lacour, responsable des relations institutionnelles
- M. Jean-Philippe Vinquant, directeur général de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), M. Catherine Morin, adjointe au sous-directeur de l'autonomie de personnes handicapées et des personnes âgées, Mme Geneviève Nguyen, adjointe au chef de bureau gouvernance du secteur social et médico-social, et Mme Elen Chanteur, chargée de mission

Audition du 11 juin 2018

- Mme Sophie Martinon, directrice générale de l'Agence Nationale d'Appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), et Mme Axelle Pruvot, chargée de projet
- Mme Anne-Marie Armanteras de Saxce, membre du Collège de la Haute autorité de santé (HAS), présidente de la Commission de certification des établissements de santé, et Mme Véronique Ghadi, directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social (ex-ANESM)

Audition du 13 juin 2018

– Audition commune :

- Association Asshumevie : Mme Annie Devivie, fondatrice d'Age village.com, directrice des formations Humanitude, membre et trésorière de l'association, Mme Isabelle Agostino, directrice des soins de l'hôpital gériatrique les magnolias (91) établissement en cours de labellisation, et M. Hervé Tomassi, directeur de l'EHPAD de Prayssac (46) établissement labellisé humanitude
- Mme Anne Picard, dirigeante Cabinet de formation AX Aide - Label établissement Bien – Traitant, présidente du Label Etablissement Bien-traitant, Mme Sabine Aba, Consultante /formatrice Ax 'Aide

– Table ronde réunissant les syndicats :

- M. Jean-Claude Stutz, secrétaire national adjoint de l'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) santé et sociaux public et privé
- Confédération française démocratique du travail (CFDT) Santé Sociaux – Mme Nathalie Pain, secrétaire nationale de la Fédération, en charge de la qualité de vie au travail (QVT) et Mme Isabelle Sarciat-Lafaurie, directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social, permanente nationale au SYNCASS-CFDT
- Mme Malika Belarbi, aide-soignante et membre de la Commission Exécutive Fédérale de la Confédération générale du travail (CGT) Fédération Santé Action Sociale

Audition du 19 juin 2018

- M. Philippe Verger, secrétaire général du Groupement Inter-Établissements Gériatriques (GIEG) de Haute-Vienne et universitaire

Audition du 25 juin 2018

- Mme Aude Muscatelli, directrice adjointe au Cabinet de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et Mme Emma Lacombe

Audition du 27 juin 2018

- M. Bertrand Fragonard, président du conseil de l'âge du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), et M. Stéphane le Boulter, collaborateur

() Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de l'Assemblée nationale, s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*

ANNEXE N° 2 : SIGLES EMPLOYÉS DANS LE RAPPORT

AD-PA	Association des directeurs au service des personnes âgées
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux
APA	aide personnalisée à l'autonomie
ARS	agences régionales de santé
CASF	code de l'action sociale et des familles
CLIC	centre local d'information et de coordination
CNCPH	Conseil national consultatif des personnes handicapées
CNESMS	Conseil national de l'évaluation sociale et médicosociale
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DGCS	direction générale de la cohésion sociale
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESSMS	établissements et services sociaux et médico-sociaux
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif
FHF	Fédération hospitalière de France
FNADEPA	Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées
FNAPAEF	Fédération nationale des associations de personnes âgées en établissements et de leurs familles
FNAQPA	Fédération nationale Avenir et qualité de vie des personnes âgées
HAS	Haute autorité de santé
HCFEA	Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
RBPP	recommandations de bonnes pratiques professionnelles
Synerpa	Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées
USLD	unité de soins de longue durée

**ANNEXE N° 3 :
ARTICLE L. 312-8 DU CODE DE L’ACTION SOCIALE
ET DES FAMILLES**

Les établissements et services mentionnés à l’article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu’ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d’établissements ou de services, par la Haute Autorité de santé mentionnée à l’article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. Les résultats des évaluations sont communiqués à l’autorité ayant délivré l’autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d’évaluation interne engagée. Le rythme des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d’évaluation sont fixés par décret.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, les établissements et services mentionnés à l’article L. 312-1 du présent code autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires communiquent les résultats d’au moins une évaluation interne dans un délai fixé par décret.

Les établissements et services font procéder à l’évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu’ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes est établie par la Haute Autorité de santé. Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l’autorité ayant délivré l’autorisation.

Les établissements et services mentionnés à l’article L. 312-1 sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l’autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le calendrier de ces évaluations est fixé par décret.

Par dérogation aux dispositions de l’alinéa précédent, les établissements et services mentionnés à l’article L. 312-1 autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard deux ans avant la date de renouvellement de leur autorisation.

Un organisme ne peut procéder à des évaluations que pour les catégories d’établissements et de services pour lesquels les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées par la Haute Autorité de santé.

En cas de certification par des organismes visés à l'article L. 433-4 du code de la consommation, un décret détermine les conditions dans lesquelles cette certification peut être prise en compte dans le cadre de l'évaluation externe.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux prend ses décisions après avis d'un conseil scientifique indépendant dont la composition est fixée par décret. Elle est un groupement d'intérêt public constitué entre l'État, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et d'autres personnes morales conformément aux articles L. 341-1 à L. 341-4 du code de la recherche, sous réserve des dispositions suivantes :

1° Les ressources de l'agence sont notamment constituées par :

- a) Des subventions de l'État ;
- b) Une dotation globale versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- c) Abrogé.

Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent 1° ;

2° Outre les personnes mentionnées à l'article L. 341-4 du code de la recherche, le personnel de l'agence peut comprendre des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'État, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, placés en position de détachement, des agents contractuels de droit public régis par les dispositions applicables aux agents non titulaires de la fonction publique de l'État, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, recrutés par l'agence, ainsi que des agents contractuels de droit privé également recrutés par l'agence.

Les organismes et les personnes légalement établis dans un autre État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen pour y exercer une activité d'évaluation de même nature que celle mentionnée au troisième alinéa peuvent l'exercer de façon temporaire et occasionnelle sur le territoire national, sous réserve du respect du cahier des charges mentionné au troisième alinéa et de la déclaration préalable de leur activité à la Haute Autorité de santé. Cette déclaration entraîne l'inscription sur la liste établie par la Haute Autorité de santé. Un décret précise les conditions d'application du présent alinéa.

Une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est chargée d'établir et de diffuser les procédures, les références et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles mentionnées au premier alinéa du présent article.

ANNEXE N° 4 : DÉROULÉ D'UNE ÉVALUATION INTERNE

Phase 1 Définir le cadre évaluatif	Les objectifs	Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée : • Quels sont nos objectifs? Quels effets en attendait-on pour les résidents?
	Les actions à mettre en place pour atteindre ces objectifs	• Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre ces objectifs?
Phase 2 Recueillir les informations	Les dispositions mises en place	• Comment nous sommes-nous organisés? Avec qui? Quand? Avec quels moyens? Quelles sont les modalités?
	Les pratiques observées	• Que faisons-nous effectivement?
	Les effets constatés pour les usagers	• Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus? Comment apprécions-nous les effets inattendus?
Phase 3 Analyser les informations	Identification des écarts	L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.
	Recherche d'éléments explicatifs aux écarts observés	
	Identification des points forts et des changements	
Phase 4 Piloter les suites de l'évaluation	Indicateurs de suivi	Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi: Quelle est sa valeur? Comment l'interpréter et l'analyser? Quelles conséquences?
	Suivi du plan d'amélioration	Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation: Où en sommes-nous? Quelles sont les nouvelles actions mises en place? Quelles difficultés rencontrées? Quelles adaptations nécessaires?

ANNEXE N° 5 : LES INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE ⁽¹⁾

LES INDICATEURS DE DIALOGUE	LES INDICATEURS CLÉS D'ANALYSE ET DE PILOTAGE INTERNE
Axe 1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	
1. taux de personnes en dérogation ou hors autorisation, 2. score moyen dépendance GMP (dernier GMP validé et dernier GMP connu), 3. score moyen en soins requis PMP (dernier PMP validé et dernier PMP connu), 4. répartition des personnes accompagnées selon leur provenance, 5. répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination, 6. taux d'hospitalisation complète, 7. taux de réalisation de l'activité, 8. taux d'occupation des lits ou places financés, 9. taux de rotation des lits ou places financés, 10. taux de rotation des places financées en accueil de jour,	1. profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des GIR (1 à 6), 2. profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des GPP (groupes de patients proches), 3. profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des types de déficiences observées, 4. répartition par âge des personnes accompagnées, 5. durée moyenne de séjour / d'accompagnement des personnes sorties définitivement, 6. part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection, 7. taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale, 8. nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées, 9. part des actes/séances programmés non réalisés, 10. file active des personnes accompagnées,
Axe 2 : Ressources humaines et matérielles	
11. taux d'ETP vacants, 12. taux de prestations externes, 13. taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management, 14. taux d'absentéisme, 15. taux de rotation des personnels sur effectifs réels,	11. répartition des effectifs par fonction, 12. pyramide des âges du personnel, 13. taux d'absentéisme par motif, 14. poids du recours à l'intérim,
Axe 3 : Finances et budget	
16. taux d'atteinte des prévisions de recettes, 17. taux d'atteinte des prévisions de dépenses, 18. taux de CAF, 19. taux de vétusté des constructions, 20. taux d'endettement, 21. besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes,	15. répartition des recettes par groupe, 16. répartition des dépenses réalisées par groupe, 17. répartition des recettes par section tarifaire, 18. répartition des dépenses par section tarifaire, 19. taux d'utilisation de la dotation en soins, 20. structure des dépenses financées par la dotation de soins,
Axe 4 : Objectifs	
22. état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe.	21. état des lieux de la fonction « système d'information » dans les ESMS.

(1) ANAP, Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social. Mieux se connaître et dialoguer sur son territoire, février 2016, page 7.

ANNEXE N° 6 : FORMULAIRE DE DÉCLARATION POUR ORGANISME ÉVALUATEUR



Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

FORMULAIRE DE DECLARATION PREALABLE*

**Concerne les organismes et les personnes légalement établis dans un autre Etat membre de l'Union Européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen relevant des dispositions du dernier alinéa de l'article L.312-8 du Code de l'action sociale et des familles*

- CADRE RESERVE A L'Anesm -

N° d'inscription attribué :
Date de réception de la déclaration préalable :
Date de complétude du dossier :
Publication au Bulletin Officiel chargé de l'action sociale de la décision d'inscription sur la liste mentionnée à l'article D. 312-201 du CASF :
Expiration de l'inscription :

FORMULAIRE A REMPLIR :

- IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE -

NOM DU PRESTATAIRE (dénomination sociale) :

Le cas échéant, sigle :

Le cas échéant, nom commercial :

NATIONALITE :

Représentant légal du prestataire :

☐ Madame

☐ Monsieur

Nom :

Prénom :

Fonctions :

Coordonnées :

Adresse :

Pays :

Téléphone :

Adresse électronique :

Site internet :

Objet social ou activité exercée :

Date de début d'activité du prestataire dans le pays d'origine :

Capital social (en €):

Nombres de personnes (en équivalent temps plein) ayant travaillé pour le prestataire l'année précédant la demande d'inscription :

Secteurs d'intervention :

- ☐ Enfance
- ☐ Inclusion sociale
- ☐ Personnes âgées
- ☐ Personnes handicapées
- ☐ Services tutélaires

Chiffre d'affaires (€) de l'année précédant la demande d'inscription :

ENGAGEMENT DES PRESTATAIRES INSCRITS

Pour réaliser l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux visés par l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), l'organisme ou la personne relevant des dispositions du dernier alinéa de l'article L.312-8 du CASF s'engage au respect des obligations suivantes durant son inscription :

▪ Champ d'application et caractère obligatoire

Ces obligations ne se substituent pas aux dispositions législatives et réglementaires applicables. Elles précisent les dispositions du CASF et de son annexe 3-10 qui s'imposent à tout prestataire inscrit.

▪ Règles de conduite applicables aux prestataires inscrits et à leurs équipes intervenant à l'occasion de missions d'évaluation externe

1. Intégrité

- 1.1.** Accomplir une mission avec honnêteté, diligence et responsabilité.
- 1.2.** Respecter la loi et faire les révélations requises par les lois et la réglementation françaises.
- 1.3.** Ne pas prendre part à des activités ou prises illégales d'intérêts.
- 1.4.** Respecter et contribuer aux objectifs éthiques et légitimes de leur activité.
- 1.5.** Pendant la durée de son inscription, avertir, dans un délai d'un mois, l'Anesm et le commanditaire, de tout changement intervenu dans les éléments communiqués et transmis à l'appui de la déclaration préalable.
- 1.6.** Ne pas avoir de conflit d'intérêt avec un organisme gestionnaire, une fédération ou tout groupement d'organismes gestionnaires, en lien avec un établissement ou service qu'il évalue.

2. Objectivité

- 2.1.** Ne pas prendre part à des activités ou établir des relations qui pourraient compromettre ou risquer de compromettre le caractère impartial d'une évaluation externe.
- 2.2.** S'interdire, avant l'expiration d'un délai d'une année après la fin de la mission, toute relation professionnelle directe ou indirecte avec l'établissement ou le service qui a été évalué en tout ou partie, ou avec l'organisme gestionnaire.
- 2.3.** Ne rien accepter qui pourrait compromettre ou risquer de compromettre un jugement professionnel.
- 2.4.** Révéler dans le rapport d'évaluation externe tous les faits matériels dont les prestataires inscrits auront connaissance et qui, s'ils n'étaient pas révélés, auraient pour conséquence de fausser leur rapport.
- 2.5.** A compter du premier jour de la mission d'évaluation et pendant une année après la remise du rapport d'évaluation externe, ne pas prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt auprès de l'établissement, du

service ou de l'organisme gestionnaire dont il est chargé pour tout ou partie de l'évaluation externe, d'une personne qui le contrôle, ou qui est contrôlé par lui au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce.

2.6. Lorsqu'un prestataire inscrit est affilié à un réseau national ou international, dont les membres ont un intérêt économique commun et qui n'a pas pour activité exclusive l'évaluation externe, il ne peut postuler auprès d'un établissement, d'un service ou d'un organisme gestionnaire qui, en vertu d'un contrat conclu avec ce réseau ou avec un membre de ce réseau, bénéficie d'une prestation de services, non directement liée à la mission d'évaluation externe telle que prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

2.7. A compter de son inscription, ne pas prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt de quelque nature avec une personne dépositaire de l'autorité publique amenée à intervenir dans la décision d'autorisation de l'établissement ou du service dont il assure tout ou partie de l'évaluation.

3. Confidentialité

3.1. Se tenir à une obligation de réserve et de secret à l'égard de toute information connue dans le cadre de l'évaluation exercée.

3.2. Protéger les informations recueillies dans le cadre des évaluations pratiquées.

3.3. Ne pas utiliser ces informations pour en retirer un bénéfice, ou d'une manière qui contreviendrait aux dispositions légales et réglementaires.

4. Compétence

4.1. Ne s'engager que dans des travaux pour lesquels les connaissances, le savoir-faire et l'expérience nécessaires sont acquis.

4.2. Toujours s'efforcer d'améliorer la compétence, l'efficacité et la qualité des travaux.

4.3. Appliquer les principes fondamentaux déterminés par l'Anesm conformément à ses missions fixées par l'arrêté du 13 avril 2007 approuvant sa convention constitutive, garantissant notamment la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation interne et externe, ainsi que leur articulation et leur complémentarité.

4.4. Contribuer à faire progresser les principes fondamentaux visés à l'alinéa précédent en transmettant à l'Anesm, un détail des procédures suivies.

4.5. Alimenter le système d'information conçu par l'Anesm renseignant la mise en œuvre et le suivi des évaluations dans les établissements et services et la publicité des inscriptions des prestataires.

▪ Respect des dispositions du CASF et du cahier des charges prévu à l'annexe 3-10 du CASF

Le prestataire inscrit s'engage sur l'honneur à respecter et à faire respecter les dispositions des articles D.312-197 à D.312-206 du CASF le concernant ainsi que les dispositions du cahier des charges prévu à l'annexe 3-10 du CASF

Le prestataire inscrit s'engage sur l'honneur à respecter et à faire respecter ces obligations par toute personne qu'il emploierait directement ou indirectement dans le cadre d'une mission d'évaluation externe.

Le prestataire s'engage, pendant toute la durée de son inscription, à avertir, dans le délai d'un mois, l'Agence de tout changement intervenu dans les éléments accompagnant la déclaration préalable.

Le prestataire inscrit s'engage à transmettre tout document à première demande de l'Anesm justifiant des engagements pris pour assurer le respect des présentes règles. Les documents et informations demandés par l'Anesm sont adressés par tous moyens par le prestataire et l'Agence, y compris par voie électronique.

Le prestataire inscrit s'engage par ailleurs à répondre dans un délai maximum d'un mois, à première demande de l'Anesm formulée en application des présentes règles.

Le non-respect de l'une des présentes obligations peut être à l'origine d'une suspension ou d'un retrait de l'inscription.

Il est rappelé que la déclaration préalable ouvre droit à l'inscription sur la liste mentionnée à l'article D.312-201 du CASF.

Cette inscription est une décision administrative nécessaire pour procéder à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Cette inscription vaut pour un exercice temporaire et occasionnel de l'activité d'évaluation externe.

Le caractère temporaire et occasionnel est apprécié au cas par cas, en tenant compte de la durée de la prestation, de sa fréquence, de sa périodicité, et de sa continuité.

Un prestataire inscrit ne peut se prévaloir de l'inscription de l'Anesm pour l'exercice d'autres activités que l'évaluation externe.

Conformément à l'article D.312-201 du Code de l'action sociale et des familles, la liste des organismes habilités et des prestataires inscrits par l'Anesm est publiée au Bulletin Officiel du Ministère chargé de l'action sociale.

L'inscription du prestataire mentionnée à l'article D.312-201 du CASF est réalisée pour une durée d'un an, à compter de la date à laquelle l'agence a reçu la totalité des pièces mentionnées ci-après en annexe, rédigées ou traduites en langue française.

L'inscription est incessible et intransmissible.

L'inscription est valable sur tout le territoire national français.

Je soussigné(e) Madame/ Monsieur : _____, représentant légal

du prestataire (nom du prestataire) : _____

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Déclare avoir pris connaissance des obligations fixées par l'Anesm et m'engage à les respecter pendant toute la durée de l'inscription sous peine de suspension ou de retrait de l'inscription.

Le présent formulaire de déclaration préalable n'est recevable par l'Anesm que s'il est paraphé à chaque page et signé.

A

Le

Cachet du prestataire :

Signature du représentant légal :

LISTE DES PIECES ACCOMPAGNANT LE FORMULAIRE DE DECLARATION PREALABLE

1. Une pièce justifiant de la nationalité du prestataire,
2. Une note par laquelle le prestataire expose le cadre réglementaire régissant, dans l'Etat où il est établi, l'activité d'évaluation de même nature que celle mentionnée au troisième alinéa de l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles
3. Les documents attestant que le prestataire et les autres professionnels susceptibles d'intervenir pour son compte sur le territoire national :
 - a) exercent leur activité dans leur Etat d'établissement conformément au cadre réglementaire régissant, dans l'Etat où il est établi, l'activité d'évaluation de même nature que celle mentionnée au 2°;
 - b) s'engagent à respecter les prescriptions du cahier des charges mentionné à l'article D.312-198 du code de l'action sociale et des familles,
4. Une déclaration par laquelle le prestataire et les autres professionnels susceptibles d'intervenir pour son compte sur le territoire national attestent détenir un niveau de maîtrise de la langue française équivalent à celui exigé pour l'accès au niveau B2 du test de connaissance de la langue française, conformément aux référentiels établis par le Centre international d'études pédagogiques mentionné aux articles R.314-51 et suivants du code de l'éducation,
5. Lorsqu'il ne s'agit pas d'une première déclaration, un descriptif des évaluations externes réalisées sur le territoire national par le prestataire ou les autres professionnels susceptibles d'intervenir pour son compte au cours des douze derniers mois.

ANNEXE N° 7 : DEUX EXEMPLES DE NOTATION PUBLIQUE (ÉTATS-UNIS ET ROYAUME-UNI)

ÉTATS-UNIS : LE SYSTÈME DE « NOTATION CINQ ÉTOILES » DE L'AGENCE FÉDÉRALE *MEDICARE* ET *MEDICAID*

[Print all Information](#)

Compare nursing homes

[Back to Results](#)

General Information	Health Inspections	Fire safety Inspections	Staffing	Quality of resident care	Penalties
Learn more about the overall star ratings Learn why these characteristics and services are important	FOX SUBACUTE AT SOUTH PHILADELPHIA Overall rating : Average 1930 SOUTH BROAD STREET PHILA, PA 19145 (215) 709-4000 Distance : 0.1 miles Add to my Favorites Map and Directions	SPRINGS AT THE WATERMARK, THE Overall rating : Average 2 FRANKLIN TOWN BLVD PHILADELPHIA, PA 19103 (215) 563-1800 Distance : 0.7 miles Add to my Favorites Map and Directions	TUCKER HOUSE NURSING AND REHABILITATION CENTER Overall rating : Much Above Average 1001-11 WALLACE STREET PHILADELPHIA, PA 19123 (215) 235-1600 Distance : 1.2 miles Add to my Favorites Map and Directions		
Health inspection rating	: Average	: Below Average	: Above Average	: Below Average	
Staffing rating	: Above Average	: Above Average	: Below Average		
Quality measures rating	: Much Below Average	: Average	: Much Above Average		
Number of certified beds	22	109	180		
Participation: (Medicare/Medicaid)	Medicare and Medicaid	Medicare and Medicaid	Medicare and Medicaid		
Automatic sprinkler systems: In all required areas	Yes	Yes	Yes		
Within a Continuing Care Retirement Community (CCRC)	No	Yes	No		
Within a hospital	No	No	No		
With a resident and family council	Family Council Only	Resident council only	Has a Resident and Family Council		
Health inspections summary	Health Inspections Summary	Health Inspections Summary	Health Inspections Summary		
Ownership	Non profit - Corporation Get more ownership information	For profit - Corporation Get more ownership information	For profit - Corporation Get more ownership information		

ROYAUME-UNI : LE SYSTÈME DE NOTATION À TROIS COULEURS ET CINQ CRITÈRES DE LA CARE QUALITY COMMISSION

Rockmount Northwest Good

The provider of this service changed - see old profile



1 Blackburn Road, Rishton, Blackburn, BB1 4HD
(01254) 876362

Provided by: Rockmount Northwest Limited

CQC inspection area ratings

(Latest report published on 24 May 2018)

Safe	Good ●
Effective	Good ●
Caring	Good ●
Responsive	Good ●
Well-led	Requires improvement ●

[Full Details >](#)

[Share your experience](#)

[Email alert sign-up](#)

Care homes

Specialisms/services

- Accommodation for persons who require nursing or personal care
- Learning disabilities
- Mental health conditions
- Physical disabilities
- Sensory impairments
- Substance misuse problems
- Treatment of disease, disorder or injury

[See less](#)

Doves Nest Nursing Home Requires improvement



15-19 Windsor Road, Clayton Bridge, Manchester, M40 1QQ
(0161) 681 7410

Provided by: Dove's Nest Limited

CQC inspection area ratings

(Latest report published on 28 December 2017)

Safe	Requires improvement ●
Effective	Good ●
Caring	Good ●
Responsive	Requires improvement ●
Well-led	Requires improvement ●

[Full Details >](#)

[Share your experience](#)

[Email alert sign-up](#)

Care homes

Specialisms/services

- Accommodation for persons who require nursing or personal care
- Physical disabilities
- Treatment of disease, disorder or injury
- Caring for adults under 65 yrs
- Caring for adults over 65 yrs

Primley Court Requires improvement

We are carrying out checks at Primley Court. We will publish a report when our check is complete.



13 Primley Park, Paignton, TQ3 3JP
(01803) 555988

Provided by: Mr Paul Bliss

CQC inspection area ratings

(Latest report published on 27 July 2017)

Safe	Requires improvement ●
Effective	Good ●
Caring	Good ●
Responsive	Good ●
Well-led	Requires improvement ●

[Full Details >](#)

[Share your experience](#)

[Email alert sign-up](#)

Care homes

Specialisms/services

- Accommodation for persons who require nursing or personal care
- Dementia
- Diagnostic and screening procedures
- Mental health conditions
- Physical disabilities
- Treatment of disease, disorder or injury
- Caring for adults over 65 yrs