

## Note d'information DGAS/5 B n° 2004-96 du 3 mars 2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux

03/03/2004

Le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales)

Dans le cadre de la conduite du projet sur la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux, un travail de recensement de « l'état de l'art » a été réalisé par la DGAS sur l'année 2003.

Ce document présente une typologie des actions menées par l'ensemble des acteurs et analyse les facteurs favorables et les freins à l'amélioration et à l'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Il présente également des pistes de réflexion sur les modalités de mise en oeuvre de l'obligation législative relative à l'évaluation interne et externe, sur l'organisation territoriale permettant de promouvoir une politique d'amélioration de la qualité, et sur l'évaluation de ce dispositif.

A l'occasion de la diffusion de ce document, je souhaite vous informer de la mise en place d'un groupe de travail national chargé de proposer un cadre général d'intervention des services de l'Etat, administration centrale et services déconcentrés sur la politique d'amélioration de la qualité des prestations dans le secteur social et médico-social et de leur évaluation.

Les services déconcentrés seront associés à ces travaux qui s'appuieront notamment sur les initiatives en cours.

Le directeur général de l'action sociale, J.-J. Tregoat

### AVANT-PROPOS

A l'occasion de la mise en place de la **loi n° 2002-2** rénovant l'action sociale et médico-sociale, la direction générale de l'action sociale a souhaité réaliser une « photographie » des réalisations visant à l'amélioration de la qualité du service rendu par les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Ce travail, réalisé de novembre 2002 à octobre 2003, n'a pas pour ambition de dresser un recueil exhaustif des actions réalisées auprès des 30 000 établissements entrant dans le champ de la loi, mais de présenter les différentes approches qui concourent à l'amélioration de la qualité.

Il s'agit de dresser une typologie de ces actions, et d'analyser les facteurs qui favorisent ou freinent l'amélioration et l'évaluation de la qualité.

L'application des dispositions législatives relatives à « l'évaluation en interne et par des organismes extérieurs, des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services » (1), pourra s'organiser en fonction des expériences réussies, et en privilégiant le respect du dynamisme des acteurs d'ores et déjà fortement impliqués.

Les différents secteurs du champ social et médico-social présentent des caractéristiques et une histoire qui déterminent des approches et des actions différentes en terme d'amélioration de la qualité. Ces éléments seront pris en compte dans l'analyse des facteurs déterminants, de même que le rôle des différents acteurs.

Si le secteur médico-social et social n'a pas attendu la **loi n° 2002-2** pour mettre en oeuvre des actions favorisant l'amélioration de la qualité du service, cette réforme législative a accéléré l'évolution des mentalités vis-à-vis de la démarche d'amélioration continue de la qualité et d'évaluation de la qualité, en confortant les réalisations innovantes (2) dans ce domaine. La question de la qualité a pénétré le champ des établissements sanitaires, avec la procédure d'accréditation, le secteur social et médico-social ne pouvait rester à l'écart de ce mouvement.

De nombreuses actions sont menées dans ce sens, ce qui démontre s'il en était besoin que ce secteur souhaite s'approprier les objectifs, les méthodes et les outils, de la recherche de qualité, pour apporter à la population qu'il accompagne, un service efficace et adapté.

### SOMMAIRE

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas5-b-n-2004-96-du-3-mars-2004-relative-aux-actions-favorisant-t-levaulation-et-lamelioration-continue-de-la-qualite-dans-les-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux/>

## INTRODUCTION

### **I. - Définitions et objectifs :**

La démarche d'amélioration continue de la qualité et l'évaluation de la qualité.

Les objectifs.

### **II. - Qui accompagne les établissements et services ?**

1. Le conseil national de l'évaluation.
2. Les services en charge des procédures d'autorisation, de tarification et de financement des établissements ou services.
3. Les prestataires en démarche qualité et en évaluation.
4. Les experts, les chercheurs.

### **III. - Comment s'organise l'accompagnement et la mise en oeuvre des démarches d'amélioration continue de la qualité ?**

III.1. L'environnement.

1. Approche verticale par l'intermédiaire des associations nationales, des syndicats professionnels, des fédérations d'associations.
2. Approche horizontale par la mobilisation de réseaux locaux.
3. Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale.
4. La formation initiale et continue et formation universitaire.

III.2. Les organismes gestionnaires.

1. Démarche institutionnelle avec contractualisation.
2. Les démarches institutionnelles développées en interne.

### **IV. - Sur quels outils s'appuient les établissements et les services pour améliorer la qualité ?**

1. Les outils de gestion partagés.
2. Les outils d'évaluation de la population prise en charge et projet personnalisé.
3. Les logiciels qualité.
4. Les guides de « bonnes pratiques ».
5. Les méthodologies d'auto-évaluation.
6. Les méthodologies d'évaluation externe.
7. Les indicateurs médico-sociaux économiques.

### **V. - Hypothèses pour favoriser la mise en oeuvre de la politique d'amélioration de la qualité des prestations dans le secteur social et médico-social.**

## INTRODUCTION

Ces travaux présentent les actions qui contribuent à la diffusion d'une politique d'amélioration de la qualité des prestations et du service rendu par les établissements sociaux et médico-sociaux.

Ces actions sont réalisées dans le souci d'atteindre des objectifs repris dans la [loi n° 2002-2](#), tels que : mettre l'utilisateur-partenaire au coeur du dispositif, assurer la prise en charge la plus adaptée possible aux besoins de l'utilisateur, permettre l'expression de l'utilisateur dans la définition de ses besoins, et conduire à la prise en compte de son appréciation du service rendu, s'assurer de l'efficacité de l'allocation des ressources publiques, promouvoir la participation des professionnels à la mise en oeuvre de la démarche et à l'élaboration d'outils, prévenir les risques de maltraitance institutionnelle.

Le développement des initiatives est variable selon les secteurs du champ médico-social, chacun développant sa logique propre dans les choix d'actions et les outils mis en oeuvre.

L'approche catégorielle montre une grande disparité de situations :

### *L'évaluation de la qualité mise en oeuvre*

Le secteur en charge des personnes âgées dépendantes dispose depuis 1999 d'une réglementation spécifique élaborée notamment pour pallier un certain retard qualitatif, ce qui aujourd'hui le place dans une situation d'avance relative, dans la mise en oeuvre de la démarche qualité.

De plus, il semble que la proximité de ce secteur avec le champ du sanitaire ait produit un effet d'entraînement, accentué par la réforme de la tarification. Le secteur médico-social ne souhaitant pas être « absorbé » par le dispositif d'accréditation du sanitaire, il s'est montré précurseur dans la rédaction d'outils auto-évaluation de l'établissement, centré sur la personne et le projet de vie.

Il dispose notamment du référentiel « angélique » et le caractère obligatoire du conventionnement dynamise la réalisation des auto-évaluations et la mise en oeuvre de processus d'amélioration de la qualité.

En outre, l'existence d'un nombre important d'établissements relevant du secteur marchand a permis le développement de procédures de certification plus fréquemment utilisées comme argument de communication vis-à-vis des usagers et de

leur famille, dans le secteur dit concurrentiel.

### *Des actions d'une grande envergure*

Dans le secteur du handicap, la rédaction des annexes XXIV a initié la démarche, en fixant des objectifs de travail prenant en compte les aspects qualitatifs, pour améliorer les prises en charge des équipes.

Ce secteur, géré essentiellement par le secteur associatif, s'est fortement mobilisé sur cette problématique d'amélioration de la qualité. Des actions d'envergure sont pilotées par des associations et fédérations nationales, des associations régionales, des syndicats professionnels. Ces associations élaborent leurs propres outils, entretenant ainsi une émulation, voire une certaine concurrence.

### *Une approche artisanale*

Le secteur de l'insertion se trouve confronté à l'hétérogénéité des structures, et certaines expériences sont menées dans un objectif d'amélioration de la qualité sans qu'elles puissent aujourd'hui prétendre à être généralisées.

Ce sont en effet des initiatives assez localisées qui constituent les actions menées par ce secteur, et la communication qui entoure ces expériences est assez discrète.

### *Une recherche des valeurs*

Le secteur de la protection de l'enfance a produit quant à lui, plusieurs documents sur la question de la parentalité, de la suppléance, de la séparation, contribuant ainsi au développement d'outils relevant du registre des « recommandations de bonnes pratiques ». En revanche, il ne semble pas qu'il ait produit à ce jour de référentiel ou mis en oeuvre des démarches qualité significatives.

L'hétérogénéité des approches, des actions, des outils montre à l'évidence qu'une politique d'amélioration continue de la qualité des prestations et du service rendu dans le champ médico-social peut s'appuyer sur des dispositifs variés qui favorisent le développement et l'essaimage des bonnes pratiques.

Dans ce document sont abordés la présentation de la notion de « démarche d'amélioration continue de la qualité », les objectifs qu'elle entend poursuivre, le rôle des acteurs qui y contribuent, les méthodes mises en oeuvre, et les outils créés et utilisés par le secteur social et médico-social.

## **I. - DÉFINITION ET OBJECTIFS D'UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ**

### **1. Qu'est-ce qu'une démarche d'amélioration continue de la qualité ?**

La recherche de la qualité est une préoccupation inscrite dans l'histoire du secteur social et médico-social. Aujourd'hui, cette recherche de la qualité passe par un regard critique et objectivé sur le fonctionnement des structures.

L'évaluation de la qualité des prestations délivrées par les établissements sociaux et médico-sociaux est à la croisée de plusieurs chemins :

- le développement de la qualité dans le secteur marchand s'étend progressivement aux prestations de service, et, de ce fait, « infiltre » certains pans du secteur médico-social plus particulièrement exposés aux exigences du marché. Il s'agit des établissements du secteur lucratif pour personnes âgées, et de l'activité de production des CAT. Ces deux secteurs d'activité utilisent de plus en plus fréquemment les procédures de certification (ISO 9000 ou Qualicert) ;
- le dispositif d'évaluation des politiques publiques rappelle la nécessité d'apprécier l'efficacité des dispositifs en les comparant aux objectifs assignés et aux moyens mis en oeuvre. Cette préoccupation est renforcée par le souci de prévenir les situations de maltraitance institutionnelle ;
- la promotion du droit des usagers développe la prise en compte de leurs attentes à l'égard des établissements qui les accueillent. Leur consultation montrent que leur perception diffère parfois sensiblement de l'analyse des professionnels.

L'évaluation de la qualité ne représente, en outre, qu'une étape dans la démarche d'amélioration continue de la qualité qui s'organise autour d'un processus itératif, composé de l'évaluation du fonctionnement, de l'analyse des points forts et des points faibles, de la mise en oeuvre d'un plan d'amélioration des points faibles, d'une nouvelle évaluation et de la mise en

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas5-b-n-2004-96-du-3-mars-2004-relative-aux-actions-favorisant-l-evaluation-et-lamelioration-continue-de-la-qualite-dans-les-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux/>

oeuvre des ajustements nécessaires.

Elle se justifie si elle s'inscrit dans un processus dynamique.

Néanmoins, la recherche de la qualité ne s'impose pas ; il ne peut y avoir d'injonction de qualité qui soit « efficace ». L'obligation législative (loi 2002.2) impose une évaluation, mais ne peut contraindre à la mise en oeuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Aussi, les pouvoirs publics se doivent d'accompagner les actions mises en oeuvre sur le terrain pour que l'évaluation interne de la qualité des prestations délivrées ne devienne pas uniquement une formalité réglementaire, résultant de la seule appréciation du directeur de l'établissement ou service.

De même, il est souhaitable de repérer les sources externes de non-qualité, qui peuvent limiter les effets des actions entreprises par les établissements. Il faut alors envisager des actions qui accompagnent la recherche de la qualité :

- en intégrant cette préoccupation lors de l'élaboration des normes ; en effet certaines réglementations de portée générale peuvent parfois contraindre le fonctionnement des établissements médico-sociaux, (réglementation HACCP, sécurité incendie, droit du travail, réglementation jeunesse et sport) et modifier la qualité du service rendu. Pour illustrer cette situation, on peut faire état de deux exemples fréquemment évoqués par les structures médico-sociales : le premier concerne la réglementation HACCP qui établit des règles strictes pour le traitement des denrées alimentaires, contraignant l'établissement à ne plus être en mesure d'organiser d'activités éducatives autour de la confection des repas, sur un autre plan il se confirme que la mise en place de l'ARTT a modifié sensiblement l'organisation des plannings dans les établissements en renforçant notamment le morcellement de l'accompagnement éducatif ;
- en assurant un cadre de financement stabilisé, négocié et contractualisé autour des priorités ;
- en améliorant la qualité administrative des organismes de tarification et de contrôle.

Une démarche d'amélioration continue de la qualité s'organise autour d'un processus pouvant être décliné dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux et qui s'organise comme suit :

- information des acteurs ( instances, personnel, usagers, partenaires) ;
- formation à la démarche qualité ;
- appropriation d'un référentiel existant ou élaboration d'un référentiel (par rapport à des références consensuelles) ;
- évaluation interne à partir du référentiel ;
- détermination des mesures correctives et des axes d'amélioration ;
- planification et mise en oeuvre du plan d'action ;
- évaluation des actions d'amélioration /suivi de la mise en oeuvre ;
- nouvelle évaluation interne.

La mise en oeuvre d'un tel processus représente souvent une « rupture » dans les habitudes de fonctionnement de l'organisme, parfois même qualifiée par certains de « révolution culturelle ». Elle mobilise une structure sur une longue durée, demande un investissement important de tous les professionnels, pour une recherche de la qualité au bénéfice de plusieurs objectifs. C'est un enjeu important dans la gestion des ressources humaines.

## **2. Les objectifs d'une politique d'amélioration de la qualité des prestations délivrées par les établissements sociaux et médico-sociaux**

### **2.a Prendre en compte les besoins de l'utilisateur**

- Mettre l'utilisateur au coeur du dispositif, c'est agir pour lui permettre d'être un acteur à part entière au sein de l'institution.

L'utilisateur est souvent un usager silencieux, au nom duquel les professionnels ou l'entourage s'expriment. Dans des situations extrêmes, il peut être considéré comme utile à l'institution, un générateur de ressources que l'on s'attache à conserver le plus longtemps possible à l'intérieur d'un établissement ou dont on peut se séparer s'il n'est plus jugé adapté au service rendu par l'établissement.

L'utilisateur doit être en mesure d'occuper sa place de co-auteur, co-acteur de la bonne réalisation de sa propre prise en charge, de son projet individuel.

Ainsi, un des objectifs de la démarche qualité dans le secteur social consiste à passer d'une logique d'utilisateur-passif à une logique d'utilisateur-acteur.

Dans le secteur marchand, le consommateur est devenu peu à peu client d'une prestation personnalisée. Au sein des institutions ce mouvement de personnalisation de l'utilisateur doit au delà de la notion de service, exprimée parfois par la relation « clients-fournisseurs », s'appuyer sur les valeurs éthiques.

Assurer la prise en charge la plus adaptée possible aux besoins des utilisateurs.

modes de prise en charge (permanents, temporaires ou séquentiels, avec ou sans hébergement, à temps complets ou partiel, en internat, semi-internat ou externat, en institution, accueil familial, domicile, milieu ouvert), et la diversification des types d'établissements et services, en introduisant notamment de nouvelles catégories.

La mise en oeuvre d'une démarche qualité peut contribuer aussi à diversifier le panel d'offres de prise en charge des usagers par rapports aux demandes :

- en interne, en privilégiant les moyens de répondre prioritairement aux projets individuels, en adaptant le fonctionnement collectif ;
- en externe, en intégrant l'environnement, les innovations et les bonnes pratiques.

Permettre l'expression de l'utilisateur dans la définition de ses besoins et son appréciation du service rendu.

La démarche qualité engage à mettre en oeuvre en priorité les modalités qui favorisent l'expression des usagers.

Elle permet de s'interroger sur les points suivants :

- comment veiller à promouvoir l'autonomie de l'utilisateur en créant les conditions, pour qu'il décide, exprime ses besoins et ses sentiments ? ;
- comment s'engager à respecter sa liberté de conscience en fonction de ses propres valeurs ou de sa situation ? ;
- quelles sont les conditions pour favoriser la participation de l'utilisateur à la construction du projet social individuel et collectif qui le concerne ? ;
- comment informer l'utilisateur des ressources et des services disponibles en fonction de sa situation et de son milieu de vie ?

Elle s'appuie sur des outils spécifiques : un mécanisme d'expression et de traitement des plaintes, d'exploitation des enquêtes de satisfaction, des comités de résidents et d'utilisateurs, des comités consultatifs, voire des budgets participatifs.

## 2.b Les modalités de réponses apportées à la demande de l'utilisateur

- Promouvoir la participation des professionnels à la mise en oeuvre de la démarche et à l'élaboration des outils.

Une démarche d'amélioration continue de la qualité fiable et durable exige la participation réelle des professionnels. Chaque professionnel aspire à voir son rôle valorisé, mais les craintes à l'égard de ces démarches peuvent être importantes, sa légitimité comme « porteur » des besoins de l'utilisateur pouvant être bousculée. On observe que les méthodes qui informent et associent effectivement l'ensemble des professionnels produisent des résultats positifs en terme de motivations.

S'assurer de l'efficacité de l'allocation des ressources publiques.

Les dispositions financières prises par le législateur au titre de la [loi n° 2002-2](#) vont dans le sens d'une clarification et d'une transparence de l'utilisation des deniers publics au bénéfice des utilisateurs.

A terme, ces dispositions nouvelles permettront de faire des liens entre évaluation de la qualité des prestations fournies aux utilisateurs et les ressources mises en oeuvre, notamment par la négociation du financement éventuellement nécessaire à l'amélioration de points faibles mis en évidence par l'évaluation de la qualité des prestations délivrées.

Le suivi des données produites par les indicateurs quantitatifs et qualitatifs, médico-sociaux et économiques permettront de mesurer l'efficacité de l'allocation des ressources publiques.

- Prévenir les risques de maltraitance institutionnelle.

La maltraitance en établissement apparaît souvent comme un symptôme de lacunes institutionnelles graves.

Sensibiliser les établissements et services sociaux et médico-sociaux à l'intérêt de placer l'évaluation réglementaire de la qualité de l'activité et des prestations délivrées dans un processus plus large d'amélioration continue de la qualité est un facteur de prévention important, qui complète le dispositif d'inspection et de contrôle.

## **II. - QUI ACCOMPAGNE LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DANS L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS ?**

### **1. Conseil national de l'évaluation**

L'article 22 de la [loi n° 2002-2](#) institue un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale dont les missions sont précisées par décret :

- valider, ou élaborer, et diffuser les outils et instruments formalisant les procédures, les références et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- donner un avis sur les organismes habilités à pratiquer l'évaluation externe.

Ce conseil comprend des décideurs et financeurs, des représentants des usagers et de leurs proches, des représentants d'associations gestionnaires et de directeurs, des personnes qualifiées.

Cette instance aura une fonction pivot dans la mise en oeuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité. La doctrine qu'elle choisira d'adopter pour la validation des outils et référentiels, influencera nécessairement le devenir des actions déjà initiées.

Fondamentalement, il a une fonction d'expertise, se situant en tiers par rapport d'une part aux pouvoirs publics qui définissent la politique et les moyens, d'autre part aux opérateurs, gestionnaires et professionnels.

Son expertise n'a de sens que confrontée au point de vue des usagers.

L'existence de cette instance doit permettre également de clarifier les missions des différents partenaires impliqués dans la mise en oeuvre de l'amélioration de la qualité des prestations du champ de l'action sociale et médico-sociale, notamment pour fixer les frontières entre le contrôle, l'inspection, l'évaluation de la qualité, la lutte contre la maltraitance institutionnelle.

Désormais, le champ des recommandations de bonnes pratiques est de son ressort, dans un travail qui intéresse conjointement les professionnels, usagers et chercheurs.

Concernant les outils et les procédures d'évaluation, la validation entre dans son champ de compétence.

Le CNE devrait déterminer les types d'outils qui devront lui être soumis pour expertise ; ce dispositif s'imposera désormais de la même façon à l'ensemble des acteurs y compris à l'administration lorsqu'elle produit elle-même des outils d'évaluation : que ce soit pour l'évaluation de l'état des personnes, ou pour l'évaluation interne du fonctionnement d'un établissement.

Le dispositif de « labellisation » des outils par le CNE apportera une garantie sur la fiabilité des moyens mis en oeuvre. Il pourra également conforter les travaux réalisés par des grandes associations ou par des établissements.

Il est important que le CNE puisse s'attacher à garantir le pluralisme des approches, tout en vérifiant la fiabilité méthodologique des actions mises en oeuvre.

## **2. Les services en charge des procédures d'autorisation, de tarification et de financement des établissements ou services** (Etat, Conseils généraux)

Les services en charge des procédures d'autorisation, de tarification, de financement et de contrôle des établissements ou services (Etat, Conseils généraux) s'impliquent souvent au-delà de leurs missions traditionnelles, pour accompagner les établissements dans leur démarche d'amélioration de la qualité.

Les actions menées par ces acteurs sont de différentes natures :

- elles peuvent être méthodologiques : afin de prendre en compte la nouvelle composante que représente l'auto-évaluation de la qualité du fonctionnement, mise en oeuvre dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD, des représentants de DDASS et de conseils généraux ont élaboré dans le cadre d'une formation-action organisée par l'ENSP, « Le guide de la visite d'établissement » (à paraître) pour permettre aux services en charge du conventionnement d'appréhender le fonctionnement de l'établissement sur le plan qualitatif.
- elles peuvent être organisationnelles : certaines collectivités locales ont dès à présent identifié une fonction nouvelle relative à la politique d'amélioration de la qualité, en créant notamment des postes spécifiques. Le département de l'Ille-et-Vilaine vient de recruter un expert qualité pour l'action sociale.
- elles peuvent être financières : des financements spécifiques ont pu être attribués aux établissements pour prendre en charge des prestations d'accompagnement à la mise en oeuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité.

Comme la plupart des démarches qualité entreprises dans le secteur économique, la promotion de la démarche qualité dans le champ médico-social peut aussi être motivée par le souci d'une allocation efficiente de la ressource, d'autant plus efficiente que la ressource est insuffisante. Il s'agit, dans un contexte financier tendu, de veiller à réduire les écarts, tout en favorisant un apport supplémentaire aux établissements qui présentent des points faibles liés à une insuffisance de financement.

Cet objectif amènera le ou les financeurs à valider les choix d'amélioration de la qualité et à partager la responsabilité de ces choix.

Les autorités normatives et financières devront articuler leurs actions pour préserver la cohérence des dispositifs.

La place de ces services dans la promotion de la qualité du fonctionnement doit être réfléchie ; seront-ils les garants de l'existence, de la pertinence, de la qualité méthodologique et de la cohérence de la démarche ou « juges de la qualité » pour la bonne allocation de ressources ?

### **3. Les prestataires en démarches qualité et en évaluation**

Les prestataires ou conseils sont nombreux à intervenir pour accompagner les établissements dans leur démarche d'amélioration de la qualité.

Ils s'organisent en deux catégories principales :

- les entreprises du secteur marchand, qui fortes d'une expérience de conseil en organisation et/ou démarche qualité notamment dans le secteur sanitaire, investissent le secteur social et médico-social ou les entreprises de conseil offrant une expérience d'intervention dans le champ médico-social (organisation, formation, etc.) et qui développent des compétences en démarche qualité,
- des organisations à statut associatif, reconnues dans le champ social et médico-social, et qui ont développé récemment un pôle d'activité d'accompagnement à la démarche qualité, tels que le CNEH et l'ANCREAI.

Ce nouveau « marché » représente une forte attractivité commerciale. Les enjeux financiers ne sont pas négligeables. C'est également un débouché pour des organismes dont les sources de financement public doivent se diversifier.

La mise en oeuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité demande du temps, des ressources et des compétences techniques ; ce qui selon la taille de l'établissement ou sa culture, peut représenter des difficultés.

On a pu constater que de nombreux établissements de santé avaient eu recours à un prestataire extérieur pour préparer l'étape d'auto-évaluation préalable à la visite d'accréditation ; il est possible, voire probable que cette situation s'étendra au secteur social et médico-social.

La contrainte financière et/ou l'évaluation de l'efficacité des financements peuvent par crainte d'une sanction des points faibles ou par souci d'une valorisation des points forts, inciter les établissements à avoir recours à un prestataire en amont de la procédure obligatoire de l'évaluation externe. Il est possible que certains gestionnaires d'établissement souhaitent se faire accompagner.

Les modalités de financement de ces prestations conditionnent souvent sa qualification qui oscille fréquemment entre prestation de conseil et prestation de formation ou de formation- action.

Les crédits des fonds de la formation continue sont fréquemment sollicités pour financer ce type de prestation. Les prestataires précisent alors le vocabulaire et se qualifient soit de formateurs soit de consultants, bien que le contenu de la prestation soit sensiblement similaire.

Il est donc souhaitable de clarifier les actions qui relèvent de la formation de celle qui relèvent du conseil. Le prestataire peut apporter une formation au management, une formation à la qualité pour les salariés, mais les formations des salariés peuvent aussi être réalisées en externe.

La qualification de l'intervention selon qu'il s'agit d'une démarche pédagogique ou d'une démarche orientée vers un résultat attendu d'amélioration du fonctionnement, n'aura pas le même impact pour les salariés. Ces questions relèvent des choix politiques de la direction de l'établissement et des modalités de financement qui seront retenues.

Les établissements sociaux et médico-sociaux se trouvent fréquemment sollicités par des prestataires prêts à leur vendre « clé en main » une évaluation interne leur permettant de satisfaire aux obligations réglementaires.

Il est actuellement reconnu que cette démarche doit être participative et conduire à son appropriation par tous. Elle ne peut résulter d'un travail réalisé uniquement entre le directeur et le prestataire.

Comme dans tout achat de prestations, son apport et son coût doivent être proportionnés et adaptés aux objectifs que l'établissement doit préalablement définir.

### **4. Les experts, les chercheurs**

Les spécialistes de la qualité et de l'évaluation dans le secteur social et médico-social sont encore assez peu nombreux, <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas5-b-n-2004-96-du-3-mars-2004-relative-aux-actions-favorisant-l-evaluation-et-lamelioration-continue-de-la-qualite-dans-les-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux/>

compte tenu de la jeunesse de cette préoccupation. Ils développent souvent leurs activités en assurant simultanément des missions de conseil ou de formation.

Les travaux se sont développés plutôt sur le registre de l'évaluation des personnes, pour déboucher ensuite sur l'évaluation du service rendu. Des organismes régionaux comme les CREAL ou les URIOPSS peuvent développer des recherches appliquées auprès de leurs adhérents, mais le domaine de la qualité est encore naissant.

Certaines universités développent des formations à la qualité dans le secteur social et médico-social, de niveau DESS. Les mémoires réalisés à cette occasion concourent aux travaux de recherches, comme ceux réalisés dans le cadre des formations aux fonctions de direction du secteur public ou du secteur privé (CAFDES).

Toutefois, il semblerait souhaitable que des travaux de recherches permettent d'approfondir un certain nombre d'aspects, par exemple :

- en réalisant des études comparatives sur les différents types de processus mis en place, en mesurant leur efficacité respective ;
- en mesurant les facteurs favorables à la continuité de la démarche ;
- en analysant les résistances aux changements ;
- en étudiant l'impact économique et financier de ces démarches au niveau de l'établissement, voire, en modélisant, au niveau d'une catégorie d'établissements.

### **III. - COMMENT S'ORGANISE L'ACCOMPAGNEMENT ET LA MISE EN OEUVRE DES DÉMARCHES D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ?**

#### **III.1. L'environnement**

##### **1. L'approche verticale**

Les partenaires de l'action sociale et médico-sociale organisés en associations nationales, syndicats professionnels et fédérations d'associations s'impliquent fortement dans le développement de la politique d'amélioration de la qualité du service rendu.

Leurs actions s'inscrivent dans un processus de diffusion d'informations du niveau national vers le niveau local.

Ils élaborent des outils qualité à destination de leurs adhérents :

- soit sous forme de logiciel comme le propose le SNAPEI (Qualisnap)
- soit sous forme de référentiel de certification comme celui réalisé par le SYNERPA (Qualicert).
- soit encore sous forme de guide de bonnes pratiques (UNIOPSS « guide de l'ambition associative », GEPSO Charte qualité et « accompagner et conduire l'évaluation qualité »).

Ils proposent des informations/formations à la démarche qualité et/ou à l'évaluation.

Ils animent la réflexion et le débat sur ces thèmes et organisent des colloques ou séminaires (FNARS, ANECAMPS,...).

Le relais que représentent les associations nationales dans la mise en place d'une politique d'amélioration de la qualité du service rendu est déterminant dans l'appropriation des enjeux et des concepts de la qualité.

Les actions d'information et de pédagogie qu'elles réalisent facilitent la mobilisation des professionnels, aident à combattre les résistances vis-à-vis de cette évolution culturelle. Elles peuvent favoriser la mutualisation des moyens et ressources humaines dédiés à cet objectif.

La plupart souhaitent accompagner leurs adhérents prioritairement sur la méthodologie, sans exclusive en matière d'outils qualité.

D'autres ont manifesté un intérêt particulier pour l'élaboration d'outils spécifiques et, à ce titre, interviennent prioritairement pour promouvoir l'utilisation de leur produit.

Ce positionnement présente l'intérêt de favoriser la sensibilisation des acteurs à la démarche qualité, cependant le risque de voir émerger des querelles de « chapelles » ne devient pas négligeable.

La doctrine du futur CNE aura à cet égard un rôle important dans la promotion du pluralisme des approches et des outils.

##### **2. L'approche horizontale**

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas5-b-n-2004-96-du-3-mars-2004-relative-aux-actions-favorisant-l-evaluation-et-lamelioration-continue-de-la-qualite-dans-les-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux/>



Les instances nationales bénéficient en général d'une représentation au niveau local, soit régionale, soit départementale.

Cette organisation déconcentrée et/ou décentralisée à l'image des services publics favorise l'émergence de partenariats locaux, qui s'expriment notamment par la mise en place d'actions innovantes en matière de qualité.

Ces initiatives favorisent la création de réseaux centrés sur la problématique de la qualité.

Il est envisageable de penser que ces expériences apporteront une réponse à l'isolement de certains établissements indépendants qui souhaitent initier une démarche d'amélioration continue de la qualité. La mutualisation des compétences, les échanges favoriseront l'essaimage ;

- en région Nord - Pas-de-Calais, l'intérêt à l'égard de la qualité s'est manifesté préalablement par la réalisation d'une étude initiée et pilotée par la DRASS. Cette étude a permis de dresser un état des lieux des pratiques des associations sociales et médico-sociales du champ du handicap et de l'insertion, en matière d'actions « qualité ». Cette action, organisée avec le soutien de trois réseaux associatifs FNARS, URIOPSS, IRTS, a débouché sur l'organisation d'un séminaire qui a mobilisé plus de 400 acteurs du secteur social et médico-social.

Elle se prolonge par une expérimentation visant à proposer un accompagnement des associations et des établissements au processus d'évaluation de la qualité, sous forme de formation action, de production d'un document de capitalisation transversale, de création d'un réseau de personnes ressources et d'accompagnement de la fonction observatoire au niveau régional.

- en région Aquitaine, une action transversale s'organise avec la DRASS et la FNARS autour de la création d'un référentiel d'évaluation à destination des CHRS.

- en région Poitou-Charentes, l'IRTS de Poitiers, mandaté par la DRASS, coordonne l'élaboration d'une charte qualité des CHRS avec les professionnels de la région.

- en région Rhône-Alpes, le CREAL organise un travail d'échanges et de réflexion avec l'APF, le SNAPEI et l'ANCREAL autour de l'évaluation interne et externe, pour combattre l'émergence de querelles sur la pertinence des outils et référentiels utilisés et qui vise à construire un système de références commun.

- en région Limousin, un groupement d'intérêt public réseau qualité sanitaire et social (GIP-REQUASS), crée depuis mars 2002, comprend 25 établissements et propose aux membres qui le constituent de la formation, des outils, des évaluations, des guides de bonnes pratiques sur la qualité. Il propose également pour 2003-2004 de mutualiser un questionnaire sur les attentes des usagers en matière de qualité des prestations fournies, pour éviter de multiplier les questionnaires, réaliser des économies d'échelle et pour assurer une exploitation harmonisée des résultats.

Ces actions transversales contribuent fortement à promouvoir la recherche de la qualité en mobilisant les professionnels. Elles représentent une possibilité de mutualiser les moyens soit en formation, soit pour le recours à un prestataire. Elles contribuent à favoriser le pluralisme des méthodes et des approches, notamment lorsque certains établissements souhaitent utiliser des outils différents de ceux utilisés par leur association nationale.

Elles démontrent également que la recherche de la qualité s'appuie sur les échanges et l'ouverture des structures. Il ne peut s'agir de démarches isolées et cloisonnées.

### **3. Les schémas d'organisation médico-sociale**

L'organisation de l'action sociale et médico-sociale, sa planification s'élaborent au travers de la réalisation de schémas nationaux, régionaux et départementaux. Les schémas sont élaborés par les services publics en charge d'une politique, avec l'ensemble de leurs partenaires. Ils sont élaborés au niveau départemental, conjointement entre l'Etat et le conseil général quand il s'agit d'un domaine de compétences partagé comme la gestion des EHPAD ou l'accueil des personnes handicapées, ou encore au niveau régional.

Le travail réalisé à l'occasion de l'élaboration des schémas favorise l'émergence d'objectifs et de priorités communes.

L'amélioration de la qualité du service est une des actions prioritaires retenues lors de la réalisation de certains schémas.

On trouve cette thématique dès 2000 dans le schéma départemental Prévention - Dépendance personnes âgées - personnes handicapées de Savoie.

L'objectif présenté est « promouvoir la qualité dans les établissements et services du département ». Cet objectif prioritaire se décline en deux axes :

- favoriser la démarche qualité en proposant un cadre de référence,  
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas5-b-n-2004-96-du-3-mars-2004-relative-aux-actions-favorisant-l-evaluation-et-lamelioration-continue-de-la-qualite-dans-les-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux/>

- inciter les établissements et services à s'engager dans une démarche qualité.

La réalisation du schéma régional Nord - Pas-de-Calais déficients auditifs est une occasion pour favoriser le dialogue entre les différents acteurs qui dans ce secteur peuvent avoir des positions conceptuelles très contrastées.

La rédaction d'une charte « qualité » sur l'accueil est la première étape qui a été retenue pour développer une culture et un langage communs aux différents acteurs afin de garantir à l'utilisateur l'accès à une information objective, dégagée des discours idéologiques.

Dans le département des Ardennes, un schéma départemental des actions conduites en faveur de l'enfant et de sa famille aide sociale à l'enfance et PJJ, est porteur des actions visant à promouvoir la qualité, et s'inscrit dans un processus d'évaluation.

Le CREA Rhône-Alpes accompagne la réflexion des acteurs de terrain sur la réalisation du schéma de protection de l'enfance du département de l'Ain sur le thème « Quand un schéma sert à engager une démarche qualité ».

Ce type d'approche conforte l'intérêt qu'il y a de placer une démarche d'amélioration de la qualité d'un établissement dans un contexte global :

- le service rendu par un établissement, même s'il est d'une qualité exceptionnelle, n'a de sens que s'il correspond à un besoin identifié de la population, et qu'il est accessible ;
- l'orientation la plus pertinente sera proposée si la communication entre les différents établissements, et la connaissance que chacun d'eux peut avoir des services proposés par les autres établissements est suffisante ;
- la concertation entre les acteurs sur un plan local peut favoriser la mise en place d'actions mutualisées, notamment en matière de démarche qualité ;
- l'adaptation de l'offre, les réponses innovantes, les bonnes pratiques seront favorisées par le souci commun d'offrir une réponse pertinente à l'utilisateur.

A l'occasion de l'élaboration des schémas, le rôle des services de l'Etat peut être déterminant dans l'animation plus générale de la politique d'amélioration du service rendu, en favorisant notamment la communication des acteurs, la mutualisation des expériences et des bonnes pratiques au niveau local.

#### **4. La formation initiale, continue, universitaire**

La formation initiale et la formation continue des professionnels du champ médico-social et social doivent favoriser la mise en oeuvre de démarches qualité en familiarisant les professionnels aux concepts de la qualité d'une part, en qualifiant certains d'entre eux à la conduite de démarche qualité d'autre part ou encore, en formant sur site des équipes en processus de démarche qualité.

- Formation initiale : actuellement les centres de formation abordent cette question de la qualité au travers de la présentation de la loi 2002.2.

Pour de jeunes professionnels l'approche de ce thème est théorique, en revanche, cette préoccupation doit pouvoir être intégrée aux stages pratiques.

- Formation continue : plusieurs organismes ont d'ores et déjà intégré dans leur programme des cycles de formation relatifs à la qualité ou à l'évaluation de la qualité, notamment et plus particulièrement sur l'auto-évaluation dans les EHPAD.

L'ENSP propose plusieurs stages relatifs à la qualité et intervient pour réaliser des formations qualité sur site.

Le CN FPT propose dans certaines délégations régionales des formations à l'auto-évaluation dans les EHPAD.

La DHOS dans la circulaire annuelle relative aux axes de formations prioritaires rappelle que la formation aux pratiques d'évaluation ainsi qu'aux différents vecteurs d'amélioration de la qualité est inscrite dans un programme proposé par l'ANFH.

- Formation action : certaines actions concernent la réalisation d'outil d'accompagnement tel que le « guide de la visite de conventionnement EHPAD » en cours d'élaboration dans le cadre d'une session de l'ENSP.

Une formation à la démarche qualité est en cours de réalisation au conseil général de l'Aisne, dans le service d'accueil familial, qui emploie 700 assistantes maternelles. Cette formation-action expérimentale, animée également par l'ENSP permettra, à terme d'élaborer un référentiel spécifique dans le champ encore peu exploré du placement familial.

D'autres encore s'inscrivent directement dans le processus de démarche qualité d'un établissement. Elles se réalisent sur site, sont financées à partir du plan de formation de l'établissement et s'adressent à une équipe de professionnels engagés dans la démarche.

- Formation universitaire :

Plusieurs universités s'engagent dans des cursus de formation à la qualité pour le secteur social et médico-social :

- l'université de Lille-3 anime avec des étudiants de DESS, un réseau « qualité social » sous la direction de M Dutrénit ;

- l'université de Bordeaux-2 intègre un module de formation à la démarche qualité dans son DESS de Gestion des activités sanitaires et sociales ;

- un diplôme d'université est organisé par l'université Bordeaux-4 sur le thème suivant : « Evaluation - démarche qualité dans le secteur social et médico-social » ;

- l'IUP de Limoges quant à lui, organise un diplôme universitaire qui s'intitule « Auditeur qualité des systèmes et organisations dans le secteur sanitaire et social et secteurs connexes ».

La formation est un levier essentiel d'une politique de promotion de la qualité. Elle garantit sur le moyen terme la diffusion de la culture de la qualité et de l'évaluation de la qualité.

En outre, elle prépare les professionnels aux nouvelles fonctions de « responsable qualité » qui se développent au sein des établissements et pour lesquelles les syndicats employeurs revendiquent une reconnaissance dans les conventions collectives du secteur.

### **III.2. Les organismes gestionnaires**

#### **1. Les démarches institutionnelles avec contractualisation**

Certaines associations s'engagent dans la démarche qualité en contractualisant auprès d'un organisme l'accompagnement global de la démarche.

Ce choix dépasse le simple recours au prestataire, car il s'agit dans la plupart des situations, d'un choix méthodologique d'évaluation interne ou externe.

L'organisme choisi prend en charge la conduite de la démarche pour l'ensemble des établissements et services de l'association gestionnaire et propose un « parcours » prédéfini.

Ces méthodes sont proposées actuellement par l'ANCREAI pour une évaluation interne et par le CNEH pour l'évaluation externe. Le premier intervient majoritairement dans le champ du handicap, le second dans le champ des personnes âgées dépendantes.

#### **2. Les démarches institutionnelles développées en interne**

Plusieurs grandes associations gestionnaires du champ médico-social et social ont mis en oeuvre une démarche qualité déployée sur l'ensemble de leurs services et établissements.

Ces associations gèrent de 20 à 350 structures, et disposent donc de supports organisationnels et financiers conséquents.

Ces démarches, mises en oeuvre au travers d'un calendrier pluriannuel s'accompagnent de la mise en place d'une organisation spécifique en charge des questions de qualité. Des emplois spécifiques sont créés ou redéployés ; du temps est dégagé pour que certains collaborateurs puissent devenir « référent, animateur, auditeur, etc. » qualité, selon le vocabulaire choisi par l'organisme.

Ces organismes élaborent leur propre référentiel d'évaluation interne.

Ils poursuivent leur démarche en complétant le dispositif interne aux établissements par une procédure d'évaluation externe croisée ou encore par une certification à partir de leur référentiel.

Ces actions mobilisent l'ensemble du personnel, ce qui peut représenter parfois plusieurs milliers de salariés.

Ces démarches, de très grande ampleur, ont en général un impact très positif sur la mobilisation des acteurs. Elles représentent un investissement important en temps, et souvent un investissement financier lourd si l'organisme a recours à un prestataire.

Chaque démarche institutionnelle développe des caractéristiques propres, liées notamment à l'histoire de l'association, aux circonstances qui l'ont amenée vers cette démarche. Elles présentent aussi de nombreux points communs parmi  
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas5-b-n-2004-96-du-3-mars-2004-relative-aux-actions-favorisant-l-evaluation-et-lamelioration-continue-de-la-qualite-dans-les-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux/>

lesquels il faut noter une très forte implication de la direction générale et des instances associatives dans le projet.

Un travail serait à mener pour approfondir l'analyse comparative des méthodologies mises en oeuvre.

Ces démarches concernent tous les secteurs :

- dans le champ du handicap, la structuration associative favorise ce type d'actions, on peut citer l'APF, l'AEIM, l'ASEI ;
- dans le secteur des personnes âgées, l'ACCPA, le CCAS de Clermont Ferrand ;
- dans le domaine de l'insertion, la Fondation de l'Armée du salut.
- dans le secteur de la jeunesse, l'ALJT (foyer de jeunes travailleurs).

Ce type d'action présente un grand intérêt pour le développement d'une politique d'amélioration de la qualité.

Il permet d'appréhender les caractéristiques communes de la démarche qualité, mais également de cibler les difficultés et les résistances.

L'effet volume permet de bénéficier de ressources et de personnel, souvent dégagés à partir de gains de productivité.

Le niveau de compétence technique pour gérer les procédures qualité s'accroît, notamment par l'effet de démultiplication.

L'évaluation interne de la qualité s'accompagne à terme de la mise en place d'une évaluation « externe » à l'établissement, même si elle est réalisée par un « auditeur qualité » de l'association. Certaines associations ont même envisagé de mutualiser leurs auditeurs qualité pour conforter le « regard extérieur ».

En revanche, la jeunesse des expériences ne permet pas d'évaluer objectivement l'efficacité du système sur la qualité du service rendu, en outre dans la plupart des exemples cités on note une sous-représentation de la parole de l'utilisateur, enfin la pérennité de ces démarches devra se construire sur des acquis dépassant la volonté des individus initiateurs du processus.

#### **IV. - SUR QUELS OUTILS S'APPUIENT LES ÉTABLISSEMENTS ET LES SERVICES POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ ?**

##### **1. Les outils de gestion partagés**

Les outils de gestion sont le plus souvent des logiciels ou progiciels qui permettent aux professionnels d'accéder en temps réel, à des informations concernant le fonctionnement de la structure.

Leur élaboration et leur mise en place contribuent à la démarche qualité, parce qu'elles demandent en préalable un travail d'analyse et de réflexion sur le fonctionnement de la structure, notamment pour définir les items pertinents.

De plus, les informations collectées permettent de s'interroger sur les écarts observés, soit entre les prévisions et les réalisations, soit par comparaison entre structures.

Outils de gestion financière : ils permettent l'élaboration d'une comptabilité analytique, de ratios financiers, l'analyse de coût par activité, voire la constitution de tableaux de bord.

Outils de gestion de ressources humaines : ils fournissent des indications sur les qualifications, les formations, les emplois du temps des salariés ou vacataires. Ils permettent d'analyser le service rendu en terme de ressources humaines.

Outils de gestion du dossier de l'utilisateur : ils contiennent des informations sur la situation administrative, le suivi social, le suivi thérapeutique, le suivi éducatif ou pédagogique et fournissent des indications sur la population accueillie, sur les besoins traités et les services rendus (logiciel du centre La Gabrielle D2I, logiciel ORGACAMSP).

Outils de gestion polyvalents : ils regroupent plusieurs des fonctions ci-dessus, et permettent d'obtenir des informations qui traitent à la fois des caractéristiques des usagers et des réponses apportées (logiciel APF SIMS2AH).

Les outils de gestion apportent à la structure une aide directe à la gestion, mais permettent également de s'interroger sur l'activité, sur les moyens mis en oeuvre et l'évaluation qui peut en être faite.

En outre, la démarche institutionnelle qui accompagne ces nouveaux outils peut conforter les bases d'une démarche qualité plus globale, si la méthodologie de conduite de projet a permis de mobiliser l'ensemble ou une grande part de l'institution.

## 2. Les outils et méthodes d'évaluation de la population et d'élaboration du projet personnalisé

Dans ce domaine, plusieurs méthodes ont été développées, pour la plupart dans le champ du handicap. Certaines sont mises en oeuvre depuis plusieurs années. Elles aboutissent quasi systématiquement à l'élaboration d'un logiciel qui permet en général de traiter les données individuelles et d'élaborer des statistiques.

Les objectifs annoncés sont les suivants :

- améliorer la prise en charge individuelle par une meilleure connaissance des attentes et des actions menées au travers des projets individuels ;
- caractériser les populations accueillies ;
- développer les moyens d'évaluation de l'action médico-sociale : besoins traités, services rendus, moyens mis en oeuvre.

Ces méthodes s'appuient sur des grilles d'analyse qui permettent d'établir une évaluation de la situation de l'utilisateur, complétée éventuellement d'une qualification catégorielle de la population prise en charge par une structure.

Les logiciels traitent du dossier de l'utilisateur sur le plan du suivi administratif, du suivi éducatif pédagogique et social, du suivi thérapeutique.

Les grilles sont établies à partir soit de référentiel spécifique à la méthode (EVACLIQ, MAP, G + EVAL), soit une combinaison de plusieurs référentiels existants, selon les domaines ou les choix de l'établissements (INTERCAMSP, D2I, APF SIMS2AH).

Les variables considérées concernent le comportement de la personne, ses aptitudes dans l'exercice d'activités, son autonomie pour les activités et ses capacités.

Parmi les méthodes proposées on peut citer :

- la méthode d'évaluation clinique d'Anne Marie Favard et le logiciel EVACLIQ, développés et utilisés notamment au sein de l'APEI de Douai ;
- la méthode GERFI +, logiciel G + EVAL, utilisée dans plusieurs IME ;
- le centre de la Gabrielle de la Mutualité fonction publique, et le logiciel D2I.
- le protocole d'évaluation de la production sociale des CAT (PEPS) réalisé par le CREA Pays de la Loire ;
- le logiciel SIMS2AH développé par l'APF ;
- le logiciel ORGACAMPS développé par l'association Inter CAMSP ;
- le logiciel MAP diffusé par l'UNAPEI.

Chaque extrémité du processus, « Dossier de l'utilisateur » et « Evaluation codifiée de la population accueillie », est plus ou moins développée selon l'origine et la formation du concepteur de la méthode et des outils.

Certaines approches privilégient l'évaluation thérapeutique, d'autres favorisent plutôt l'approche sociologique ou psychologique, d'autres encore favorisent l'évaluation catégorielle.

Leurs caractéristiques communes sont :

- une approche pluridisciplinaire généralisée et la contribution de l'ensemble du personnel ;
- une utilisation effective de la méthode et du logiciel récente. Il s'agit encore fréquemment de résultats expérimentaux ;
- une mise en oeuvre de ces travaux semble-t-il plus complexe dans le secteur enfant ; on observe une résistance plus grande des équipes et une difficulté à s'accorder sur des référentiels d'autonomie pour cette classe d'âge ;
- des évaluations réalisées pour le même usager pris en charge par des équipes différentes (par exemple CAT, foyer d'hébergement) pouvant aboutir à des résultats différents.

Les outils de cette nature permettent une description fine de l'utilisateur, si les opérateurs montrent les compétences et l'objectivité nécessaires. Ils conduisent également la structure à s'interroger sur ses modes de prise en charge proposés à la population accueillie et à adapter les réponses apportées, à les faire évoluer.

Certains revendiquent comme finalité, l'élaboration d'un projet d'établissement constitué de la somme des projets individualisés...

Ces approches contribuent sans aucun doute à l'amélioration de la qualité de la prestation délivrée, elles mobilisent les équipes, permettent d'examiner de manière itérative le fonctionnement de la structure. En revanche, elles se limitent le plus souvent à la stricte évaluation des personnes et les dimensions stratégiques et managériales sont peu ou pas développées.

A l'extrême, il se peut qu'un établissement remette en cause ses critères d'accueil en terme de population plutôt que son fonctionnement. La problématique se formule soit en « la population n'est plus ou pas adaptée aux prestations délivrées », <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas5-b-n-2004-96-du-3-mars-2004-relative-aux-actions-favorisant-l-evaluation-et-lamelioration-continue-de-la-qualite-dans-les-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux/>

soit « les prestations délivrées ne répondent plus ou pas à la population accueillie ».

### 3. Les logiciels de gestion de la qualité

Il existe sur le marché des entreprises et des associations ou fédérations qui produisent et diffusent des logiciels spécialisés dans la conduite de la démarche qualité, et de l'autoévaluation des établissements médico-sociaux. (APTA France, SNAPEI).

Ces outils proposent généralement plusieurs modules, tels que la gestion du système documentaire et d'identification des processus, un questionnaire d'autodiagnostic, des référentiels, la gestion d'indicateurs...

Pour certains il s'agit de transposer un dispositif exploité dans le secteur sanitaire en vue de la procédure d'accréditation, au secteur médico-social.

Pour d'autres, il s'agit de proposer aux établissements des outils élaborés avec rigueur, compatibles avec d'autres outils du type évaluation des personnes, pour offrir aux établissements les moyens d'une démarche d'amélioration de la qualité globale.

Indépendamment de la valeur intrinsèque des logiciels, il est important de noter que ce type d'outil offre des avantages certains, notamment pour les petits établissements qui disposent de peu de ressources en interne.

Cependant, un risque majeur subsiste. Si ces outils permettent d'accompagner une volonté d'amélioration de la qualité, ils ne garantissent ni la méthodologie de mise en oeuvre, ni la collégialité de l'autoévaluation.

La qualité ergonomique et la production de scores peuvent même contribuer à renforcer le risque de « gadgétisation ».

### 4. Les guides de bonnes pratiques

La notion de « bonnes pratiques professionnelles » acquiert un statut législatif dans l'article 312-8 de la **loi n° 2002-2**. Les guides de bonnes pratiques seront validés, voire en cas de carence élaborés, par le Conseil national de l'évaluation.

La mise en place du dispositif de validation, permettra de cerner les caractéristiques précises d'un guide de bonnes pratiques dans le champ social et médico-social.

Dans l'attente de cette clarification, aujourd'hui la notion de guide de bonnes pratiques permet de se référer à un ensemble de productions extrêmement large, de natures variées et d'origines diverses :

- les productions peuvent prendre la forme d'un ouvrage, comme ceux édités par la direction générale de l'action sociale sur les thèmes liés à l'enfance :

« Les Enjeux de la parentalité » sous la direction de Didier Houzel (ouvrage publié en avril 1999) ;

« Enfant, parents, famille d'accueil » sous la direction de Myriam David (ouvrage publié en mai 2000) ;

- la formalisation de bonnes pratiques a été mise en oeuvre parfois sous la forme de circulaires par les différentes directions du ministère des affaires sociales parmi lesquelles on peut citer une circulaire relative à « l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré et postnatale d'une maladie ou d'une malformation » signée conjointement par la DHOS, la DGS et la DGAS en avril 2002, ou encore une circulaire de juillet 2002 sur « les recommandations sur la qualité de prise en charge des personnes âgées pendant la période d'été » ;

- l'ANAES produit également des recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels de santé plus particulièrement à destination de structures médico-sociales accueillant des personnes âgées, comme « Evaluation de la prévention des escarres » et « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée ». En outre, on observe un nombre croissant de thèmes en lien avec le secteur médico-social inscrits au programme des travaux de l'ANAES, comme « Stratégie du retour à domicile d'une personne présentant une dépendance ou d'une personne devenue handicapée ». A terme, cela permet d'envisager des passerelles entre les productions du secteur sanitaire et les productions du secteur social et médico-social ;

- le Conseil supérieur du travail social (CSTS) s'attache à produire également des travaux pouvant être reconnus comme guides de bonnes pratiques :

« Intervention sociale d'aide à la personne », 1996, Editions de l'ENSP ;

« Travail social et éducatif en internat », 1995 ;

« Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux », 2001, Editions de l'ENSP.

- certaines associations ou fédérations élaborent parfois à l'attention de leurs adhérents des productions qui peuvent être classées dans cette catégorie :

- l'UNIOPSS diffuse « Le guide de l'ambition associative » en le présentant comme un guide de bonnes pratiques de la gestion associative ;

- le GEPSO finalise à l'attention de ses adhérents un guide de bonnes pratiques de l'évaluation de la qualité sous le titre « Accompagner et conduire l'évaluation qualité » ;

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas5-b-n-2004-96-du-3-mars-2004-relative-aux-actions-favorisant-l-evaluation-et-lamelioration-continue-de-la-qualite-dans-les-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux/>

- la FNARS, pour sa part, publie de nombreux ouvrages qui relèvent pour partie du guide de bonnes pratiques professionnelles.
- L'ENSP contribue également à diffuser de bonnes pratiques par ses publications. Il s'agit notamment de l'objectif visé par la publication du « Guide à l'usage des partenaires conventionnels » à paraître, qui précise sous forme de fiches techniques la méthodologie d'une visite en vue du conventionnement d'un EHPAD.

Ces publications s'appuient généralement sur les travaux d'un groupe d'experts et de professionnels du secteur, cependant l'impartialité, la validité scientifique, la reconnaissance du bien-fondé des bonnes pratiques proposées ne sont pas toujours unanimement reconnues, aussi la mise en place d'un dispositif de validation permettra de conforter les travaux existants ou à venir, dans le champ social et médico-social.

On peut noter enfin, que dans le cadre de la « Contribution à l'amélioration du système français de protection de l'enfance et de l'adolescence » du 17 juin 2003, des fiches actions proposent la réalisation de conférences de consensus, sur le diagnostic et la méthodologie devant conduire à préconiser des décisions dans le champ de la protection de l'enfance.

Cette approche méthodologique largement développée dans le champ sanitaire pourra être mise en oeuvre, dans le champ social et médico-social, sous l'égide du CNE, afin de construire une base de références professionnelles validée qui permettrait à terme de s'interroger sur non plus uniquement l'évaluation des moyens mis en oeuvre mais aussi sur les résultats obtenus.

## 5. Les méthodologie d'évaluation interne

Il s'agit de supports méthodologiques qui permettent à un établissement d'évaluer la qualité de son fonctionnement et du service rendu, en mettant en évidence les points forts et les points faibles. Le travail d'auto-observation se réalise à l'aide d'un référentiel, produit en interne ou encore élaboré par des professionnels du secteur.

Le référentiel d'évaluation interne est un outil qui permet d'aborder les différentes modalités à mettre en oeuvre pour répondre aux objectifs du projet d'établissement et/ou d'un cahier des charges réglementaire qui détermine les conditions de la qualité.

Ce travail doit être réalisé avec la collaboration de l'ensemble des équipes de la structure.

Les méthodologies d'auto-évaluation se sont structurées prioritairement dans le secteur des personnes âgées à l'occasion de la mise en place de la réforme de la tarification à partir du cahier des charges de l'arrêté du 26 avril 1999. Dans les autres secteurs, les méthodologies sont assez hétérogènes, dans l'attente notamment des modalités d'application de l'article L. 312-8 de la [loi n° 2002-2](#).

De nombreux référentiels d'auto-évaluation s'inspirent des travaux de l'ANAES relatifs à la procédure d'accréditation. Ils privilégient l'examen des procédures à celui des résultats.

- Dans le secteur personnes âgées, la très grande majorité des établissements utilise le référentiel ANGELIQUE, dont les qualités sont unanimement reconnues, mais qui présente surtout un caractère quasi réglementaire compte tenu du pilotage des travaux d'élaboration par l'administration centrale.

D'autres référentiels existent, même si leur utilisation est en général localisée. L'élaboration de ces référentiels a toujours été l'occasion d'un partenariat mobilisateur, très favorable à la mise en place de démarches d'une amélioration continue de la qualité. On peut citer l'outil d'auto-évaluation MAEVA réalisé par le GIP-REQUASS intervenant dans la région Limousin, ou encore le référentiel Qualité des EHPAD d'Ille-et-Vilaine.

Dans les autres secteurs, de nombreux référentiels ont été élaborés :

- soit par des associations gestionnaires à l'occasion de la mise en place d'une démarche globale d'amélioration de la qualité (APF, AEIM, ASEI, Armée du salut, etc.),
- soit par des prestataires qui accompagnent des établissements dans leur démarche (ANCREAI),
- soit encore par des associations ou fédérations professionnelles qui ont souhaité anticiper sur l'application de la [loi n° 2002-2](#) et qui envisagent de faire valider leur référentiel par le futur CNE (GEPISO, SNAPEI, etc.).

On peut citer comme exemple significatif de cette mobilisation des acteurs celui d'une association (GERPLA) qui fédère les lieux de vie et qui, dès 2001, a élaboré avec ses adhérents un référentiel « coopératif » pour leur catégorie d'établissements selon une méthode ECARTS (Elaboration Coopérative et Adaptée de Référentiel pour Tracer des Stratégies).

La construction de référentiel d'évaluation interne ou d'auto-évaluation est une action déterminante dans la mise en oeuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité. Qu'elle soit réalisée en interne par une association gestionnaire, ou de manière transversale par différents acteurs du champ médico-social et social, cette étape est <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas5-b-n-2004-96-du-3-mars-2004-relative-aux-actions-favorisant-l-evaluation-et-lamelioration-continue-de-la-qualite-dans-les-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux/>

l'occasion pour tous de redéfinir les objectifs, les missions et de s'assurer d'une convergence culturelle et déontologique.

## **6. Les méthodologies d'évaluation externe**

Les méthodologies d'évaluation externe se sont développées essentiellement selon deux axes :

- le premier concerne la diffusion assez large de procédures de certification dans le secteur des CAT et ateliers protégés. Depuis plusieurs années, de nombreux CAT font certifier leurs activités de production, en ayant recours aux normes AFAQ ISO 9001 ou AFNOR. Certains élargissent la démarche, parfois avec des adaptations au domaine de la prise en charge des usagers ;

- le second concerne le secteur des personnes âgées. Ce secteur a produit plusieurs dispositifs :

un dispositif de certification mis en place par les établissements du secteur privé majoritairement concurrentiels adhérents au SYNERPA. La certification du référentiel est réalisée par la société QUALICERT. Une actualisation du référentiel a été faite en 2003,

un dispositif de certification, et d'élaboration de référentiel des services d'aide à domicile est en cours de réalisation à l'AFNOR,

la norme AFNOR « établissements d'hébergement pour personnes âgées - cadre éthique et engagement de service » promue par l'association GERIAPA, est finalisée en 2003,

le CNEH, enfin, propose un dispositif d'évaluation externe s'appuyant sur l'outil EVA réalisé à partir de la méthode PASS, avec le soutien de la FHF. Ce dispositif revendique une organisation du type ANAES, puisqu'elle s'appuie sur la participation de professionnels en cours d'activité et formés à la méthode et intervenant en tant qu' « expert visiteurs » en charge de réaliser l'évaluation externe.

Il faut noter également que certaines associations prolongent leur démarche d'amélioration continue de la qualité par l'élaboration d'une procédure d'évaluation externe soit en déposant une demande de certification de leur référentiel par un organisme agréé, comme l'AEIM de Nancy qui a chargé la société QUALICERT de procéder à la certification de leur référentiel d'IME, soit encore en s'organisant pour des audits croisés visant à la « labellisation » (ASEI, APF, ACPA).

## **7. Les indicateurs médico-sociaux économiques ; les indicateurs d'activité, de résultats de performance**

Les textes réglementaires d'application de la [loi n° 2002-2](#) prévoient l'élaboration d'indicateurs médico-sociaux économiques.

L'élaboration de ces indicateurs fait l'objet d'un travail en partenariat avec l'ensemble des acteurs du secteur social et médico-social. Ce travail doit aboutir à l'élaboration d'un outil utile au gestionnaire de la structure et aux financeurs.

En conséquence, on peut attendre de la mise en place de ces outils de « pilotage » d'une part une observation du fonctionnement de la structure par ses responsables, notamment en leur permettant de situer leur structure par rapport aux établissements de même nature, d'autre part un suivi des évolutions de l'activité au regard notamment du projet d'établissement. Ce dispositif interviendra en complément du dispositif d'évaluation interne de la qualité que les établissements et services doivent réaliser tous les cinq ans.

L'utilisation des indicateurs d'activité, de résultats, de performance, complémentaires à ceux fixés par le cadre réglementaire, trouvera un sens dans la démarche globale d'amélioration de la qualité. Il s'agit dans ce cas d'un mode d'objectivation et de quantification d'un processus donné, qui peut être utilisé dans un temps limité pour disposer de mesures. Les indicateurs sont en général choisis par les équipes en fonction de leur pertinence vis-à-vis du processus à observer ou à améliorer.

La préparation de la LOLF permettra à brève échéance de déterminer les indicateurs d'activité et de résultats nationaux qui seront validés dans le champ social et médico-social en fonction des différents programmes et sous-programmes.

## **V. - HYPOTHÈSES POUR FAVORISER LA MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS DANS LE SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL**

Le foisonnement des initiatives montre que la mobilisation des acteurs à l'égard de la démarche qualité est forte ; les objectifs à atteindre sont assez consensuels, même si le débat est largement ouvert sur les outils et les méthodes.

Il est donc important de formaliser dans des délais brefs les modalités de mise en oeuvre de l'obligation législative relative à l'évaluation interne et à l'évaluation externe, pour que cette mobilisation ne retombe pas. De plus, il est souhaitable dès



à présent de s'interroger sur les moyens à mettre en oeuvre pour que la mobilisation des acteurs vers l'amélioration de la qualité ne se limite pas au strict respect des obligations législatives. Enfin, dans le souci de respecter les principes avancés par la méthodologie de la démarche d'amélioration continue de la qualité, il faut s'attacher à concevoir les moyens d'évaluer l'efficacité de cette politique.

### **V.1. les modalités de mise en oeuvre de l'obligation législative relative à l'évaluation interne et à l'évaluation externe**

L'article L. 312-8 de la **loi n° 2002-2** relatif à l'évaluation de la qualité est d'application immédiate, ce qui suppose que l'ensemble des 30 000 établissements et services (services d'aides à domicile inclus) concernés par cette procédure devront avoir satisfait à cette procédure au 1er janvier 2007 pour l'évaluation interne, et au 1er janvier 2009 pour l'évaluation externe.

Ces échéances peuvent sembler lointaines, mais de nombreuses étapes doivent être organisées au préalable :

- l'Etat doit définir le cadre réglementaire de l'évaluation interne, c'est-à-dire :  
fixer les objectifs et le contenu de ce que devront prendre en compte les résultats de l'évaluation interne qui seront transmis à l'autorité d'autorisation ;  
préciser au moyen d'un ou plusieurs cahiers des charges, à l'image de celui relatif à la réforme de la tarification des EHPAD, la méthodologie, le contenu de l'évaluation interne, et le contenu attendu des référentiels que le Conseil national de l'évaluation aura la charge de valider ;
- l'Etat doit définir le cadre réglementaire de l'évaluation externe, c'est-à-dire :  
établir le cahier des charges auquel devront se soumettre les organismes qui demanderont à être habilités par le CNE ;  
définir le contenu et les objectifs de l'évaluation externe ;  
définir éventuellement, les conséquences d'une évaluation externe insatisfaisante sur le processus de renouvellement d'autorisation, et les modalités de recours de l'établissement ;
- enfin, les pouvoirs publics destinataires des résultats des évaluations internes et externes de 30 000 établissements et services devront s'organiser pour gérer les informations recueillies et les mettre en relation avec les éléments relatifs au financement, au contrôle, à l'inspection.

Il est en effet indispensable que les informations obtenues soient exploitées :

- au niveau de l'établissement, pour que les résultats de l'évaluation interne et externe ( points forts et points faibles) puissent contribuer à une meilleure allocation des ressources, et à un suivi plus précis par les services en charge de la tarification, du contrôle et de l'inspection ;
- au niveau départemental, régional, voire national, pour alimenter l'observation, l'élaboration des schémas, pour contribuer à l'évaluation des politiques publiques menées dans le champ du social et du médico-social.

le conseil national de l'évaluation doit pour sa part :

- structurer son organisation,
- définir la procédure de traitement des demandes de validation de référentiels,
- définir la procédure d'instruction des demandes d'habilitation des organismes souhaitant réaliser des évaluations externes,
- définir une doctrine sur les critères de validation des référentiels,
- à terme, organiser l'élaboration de guides de bonnes pratiques ou de référentiel en cas de carence.

### **V.2. les moyens à mettre en oeuvre pour que la mobilisation des acteurs vers l'amélioration de la qualité ne se limite pas au strict respect des obligations législatives**

Le dispositif d'évaluation de la qualité prévu par la loi contient intrinsèquement l'avantage de promouvoir la mise en place de démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, mais également le risque d'une application minimale, formalisée par la communication d'un rapport d'évaluation établi uniquement par le responsable de la structure, comme un acte administratif supplémentaire.

Il faut donc s'attacher à favoriser les éléments qui contribuent au développement d'une réelle amélioration de la qualité du service rendu :

- en soutenant les initiatives des structures, en favorisant notamment le pluralisme des méthodes et des approches ;
- en accompagnant les actions qui permettent la mutualisation et la diffusion d'une culture qualité ;
- en veillant à garantir la valeur méthodologique de la participation de tous les acteurs.

La validation d'un référentiel unique par catégorie d'établissements risquerait d'éteindre les dynamismes existants autour de la recherche de la qualité et de rendre la procédure d'évaluation interne inopérante par rapport à ses objectifs, notamment celui qui vise à la mobilisation de l'ensemble des acteurs.

En termes d'organisation, et au regard des expériences en cours, le niveau régional semble un niveau pertinent

d'intervention pour développer une politique d'amélioration de la qualité s'appuyant sur les partenariats locaux :

- en charge ou non de la gestion des établissements et services, les services de l'Etat pourraient au plus près du terrain jouer un rôle d'incitation dans le développement de cette politique nationale qui concerne l'ensemble des opérateurs du champ social et médico-social ;
- une politique qualité doit s'appuyer sur des intervenants qui ne sont pas impliqués directement dans des missions de contrôle et d'inspection (niveau départemental), pour ne pas risquer de confusion de rôles ;
- les partenaires du secteur social et médico-social sont en général organisés en délégations régionales et les concertations et actions en cours se réalisent souvent à ce niveau ;
- la mutualisation des expériences, de la formation, voire du recours à un prestataire, peut s'organiser au niveau régional, l'échelon départemental ne présentant pas nécessairement un échantillon suffisant de structures de même nature ;
- la politique d'amélioration de la qualité dans le secteur médico-social doit pouvoir s'appuyer sur l'expérience du secteur sanitaire et profiter des structures et des acquis des réseaux qualité en santé qui se sont développés, notamment avec le soutien financier des ARH ;
- il pourrait être envisagé d'organiser à ce niveau une instance collégiale permettant d'assurer une représentation des usagers, dont la mission serait de garantir et de réguler la cohérence du dispositif d'évaluation interne et externe, que le seul CNE ne sera pas en mesure d'assurer pour les 30 000 structures du secteur.

S'il est probable que les structures se mobilisent à court terme pour respecter les obligations législatives liées à l'évaluation, il est également possible que le phénomène qui se développe actuellement dans le secteur sanitaire et que certains qualifient de « dépression post-accréditation » se manifeste de la même façon dans le secteur médico-social.

Dans le secteur sanitaire, on observe en effet une démobilitation des acteurs et une réelle difficulté à maintenir un processus vertueux d'amélioration continue de la qualité dans des établissements qui se sont organisés uniquement en vue de « subir » la visite d'accréditation. Ce constat se confirme dans le thème retenu par l'ANAES en 2003 pour lancer son appel à projet de recherche : « Pérennisation et valorisation de la démarche qualité dans les établissements de santé ».

Il apparaît donc souhaitable d'ancrer le processus d'évaluation de la qualité sur une réelle mobilisation des acteurs et de veiller à les accompagner dans ce sens.

### **V.3. Concevoir les moyens d'évaluer l'efficacité de la politique d'amélioration de la qualité**

La plupart des actions entreprises pour la mise en oeuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité sont récentes ; même si certaines structures ont engagé ce type de démarche dès la fin des années 90, le recul est encore insuffisant pour permettre d'apprécier globalement l'efficacité des actions réalisées.

Dans le secteur des EHPAD, les premières enquêtes sont réalisées sur l'impact de la réforme de la tarification, notamment sur le volet de l'auto-évaluation de la qualité.

La DRASS Ile-de-France a publié, en décembre 2002, « Etat d'avancement de la démarche qualité en EHPAD fin 2001 en Ile-de-France ». Il ressort des conclusions de cette étude que l'engagement des structures dans une démarche qualité n'est pas toujours corroboré par une formalisation des projets de soins et des projets de vie. La volonté de mise en oeuvre semble présente, mais l'effectivité des actions d'améliorations conduites reste généralement relative.

Ce constat confirme l'intérêt de réfléchir dès à présent à des indicateurs de résultats attendus, afin d'être en mesure d'apprécier régulièrement au niveau local et national les avancées réalisées ou non en matière de qualité du service rendu à la population accueillie.

Sur les méthodes et outils utilisés par les structures, il serait possible à partir des expériences en cours, d'engager une étude comparative des approches pour analyser les leviers utilisés et les freins rencontrés par les opérateurs.

Cette analyse pourrait fournir au conseil national de l'évaluation des éléments d'appréciation en terme d'efficacité.

Enfin, il est souhaitable que les principes auxquels se réfère la méthodologie d'amélioration continue de la qualité puissent s'appliquer à la politique publique qui en favorise la mise en oeuvre, pour que le cercle vertueux « agir - améliorer - décider, planifier - préparer - définir, faire - mettre en oeuvre, vérifier - analyser - contrôler - évaluer », classiquement illustré par la roue de Deming, favorise l'amélioration effective du service rendu dans les établissements et services relevant de la loi 2002-2.

Abréviations et sigles

ACCPA : Accueil et confort pour personnes âgées.

ADF : Assemblée des départements de France.

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas5-b-n-2004-96-du-3-mars-2004-relative-aux-actions-favorisant-l-evaluation-et-lamelioration-continue-de-la-qualite-dans-les-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux/>

AEIM : Adultes et enfants inadaptés mentaux de Meurthe-et-Moselle.  
ALJT : Association pour le logement des jeunes travailleurs.  
ANFH : Association nationale formation permanente du personnel hospitalier.  
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.  
ANCREAI : Association nationale des CREAI.  
ANECAMPS : Association nationale des CAMSP.  
APF : Association des paralysés de France.  
ASEI : Association pour la sauvegarde des enfants invalides.  
APEI : Association de parents d'enfants inadaptés.  
AFNOR : Association française de normalisation d'organisation de regroupement.  
CAFDES : Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social.  
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce.  
CAT : Centre d'aide par le travail.  
CCAS : Centre communal d'action sociale.  
CNFPT : Centre national de la fonction publique territoriale  
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.  
CSTS : Conseil supérieur du travail social.  
CNEH : Centre national d'expertise hospitalière.  
CREAI : Centre régional pour l'enfance et adolescence inadaptée.  
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.  
DGS : Direction générale de la santé.  
DGAS : Direction générale de l'action sociale.  
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.  
DPJJ : Direction de la protection judiciaire de la jeunesse.  
DRASS : Direction régionale affaires sanitaires et sociales.  
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.  
ENSP : Ecole nationale de la santé publique.  
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.  
FHF : Fédération hospitalière de France.  
FNARS : Fédération nationale d'accueil et de réinsertion sociale.  
GEPSS : Groupe national des établissements et des services publics sociaux.  
IME : Institut médico-éducatif.  
IRTS : Institut régional du travail social.  
LOLF : Loi organique relative aux lois de finances.  
SYNERPA : Syndicat national des établissements et résidences privées pour les personnes âgées.  
UNIOPSS : Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux.  
UNAPEI : Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales.

(1) Article 312.8 de la [loi n° 2002-2](#).

(2) Les références citées dans le présent document n'engagent en aucun cas la DGAS sur la qualité des outils présentés.