

A PROPOS DU RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION EXTERNE PROPOSÉ PAR LA HAS

« L'évaluation du niveau de qualité des prestations délivrées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) a été confiée à la Haute Autorité de santé (HAS) par l'article 75 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

La HAS a engagé les travaux d'élaboration du premier référentiel d'évaluation national de la qualité des ESSMS¹, en novembre 2019, après que le Collège de la HAS et sa commission sociale et médico-sociale (CSMS) ont fixé les orientations stratégiques qui encadrent ces travaux. »²

1. De la pertinence d'un référentiel

La consultation ouverte 41 jours³ a pour objet de « recueillir l'expression des avis, y compris divergents, sur le projet de référentiel d'évaluation des ESSMS »⁴. Notons que l'avis demandé concerne les contenus du référentiel et non le fait qu'un référentiel soit souhaitable ou pas.

La « consultation » de la HAS porte ainsi sur des points de détail et n'inclut pas les acteurs du champ dans une réflexion sérieuse sur l'évaluation externe (son sens, son objet, ses modalités). Le fait d'imposer un référentiel s'oppose pourtant au sens donné à l'évaluation externe par la loi 2002-2, le décret 2007-975, et les pratiques de l'ANESM, intelligentes et respectueuses des acteurs.

Or la question de la pertinence d'un référentiel se pose. Le cadre de l'évaluation externe posé par le décret du 15 mai 2007 offre la possibilité d'une évaluation externe souple, modulable et adaptée à la singularité des ESSMS, tout en statuant sur les thématiques incontournables.

La « démarche référentiel » est adaptée à l'évaluation interne parce que les acteurs construisent eux-mêmes les références qui font sens. Elle est beaucoup moins pertinente pour une évaluation externe dont la méthode gagne à être complémentaire et non identique.

La question de l'utilisation d'un référentiel nous semble devoir être mise en débat avant de statuer sur ses éventuels contenus, et mise en regard de la définition de thématiques en nombre limité guidant suffisamment le regard sur les points essentiels à observer.

2. De l'unicité du référentiel

La HAS souhaite imposer un référentiel unique pour tout un secteur - agrémenté de quelques ajustements selon la spécificité de certaines structures considérées plus spécifiques que d'autres. L'unicité du référentiel est méthodologiquement inadaptée à la diversité des acteurs du champ de l'intervention sociale. Soit les items sont trop ciblés, soit ils sont trop larges, soit sont inapplicables ou inadaptés, soit leur formulation est trop vague. Dans tous les cas *un référentiel unique devient rapidement une usine à gaz (189 critères!) perdue entre une volonté d'exhaustivité et*

¹ Version en PDF en suivant ce lien : <https://referentielessms.has-sante.fr/project/referentiel-devaluation-des-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-v0/presentation/le-referentiel>

² Page de garde du site de la HAS pour présenter la consultation publique. 11 janvier 2021

³ Du 11 janvier au 21 février 2021

⁴ Idem

l'impossibilité de trouver un compromis acceptable entre le détail qui fait la différence et un pilotage global qui porte le sens de l'action.

Dans les faits, une mission d'évaluation du processus d'évaluation des ESSMS conduite en 2017⁵ prend acte que cette hétérogénéité des pratiques ne nuit pas. Dans sa synthèse elle affirme : « l'hétérogénéité des référentiels utilisés par les ESSMS et les évaluateurs externes, l'analyse des rapports d'évaluation externe est jugée globalement utile par les autorités en charge du renouvellement des autorisations⁶ ».

Le cadre du décret de 2007 permet de déployer une évaluation **qualitative** où les différentes dimensions peuvent être croisées dans l'analyse pour produire différents niveaux d'appréciation. Ici, on se retrouve avec un référentiel qui cloisonne et où la finalité et la vue d'ensemble disparaissent comme si une institution était réductible à une addition de pratiques.

3. Sur le sens de la démarche

Là où le décret présentait des thématiques et ouvrait sur leur mise en relation avec l'appui de la multiréférentialité qu'elles sollicitent, la mouture présentée se met à juxtaposer des thématiques. *Le référentiel présenté ferme ainsi l'accès à la complexité des dispositifs et aux paradoxes qui les traversent.* Loin d'une approche systémique qui mettrait en valeur des processus, des enjeux et des effets - comme parvient à le faire une pertinente capitalisation - la production de réponses à des critères établis comme des données substantialisées (c'est-à-dire non en mouvement) en viendra à vider l'exercice d'évaluation de son sens initial.

Il est en ce sens raisonnable de considérer que la non-production d'un référentiel par l'ANESM était un appel à la créativité des ESSMS et des évaluateurs pour promouvoir des méthodes à la hauteur de la complexité humaine qui caractérise les structures.

Bref, l'épistémologie mobilisée par ce référentiel ne nous semble pas adéquate. Est-ce que ce référentiel offre effectivement une plus-value quant à la pertinence des actions conduites auprès des personnes dans un échange avec la société ? Les réponses égrenées point à point au fil des critères vont-elles donner à voir les interactions ? La seule lecture d'Edgar Morin nous a appris que le traitement de chaque partie préalablement découpée n'a jamais donné accès au tout.

4. Conformité et normalité

Le décret de 2007 pose une démarche reposant sur des thématiques affirmées : le projet personnalisé, l'interaction de la structure avec l'environnement, etc. *Désigner une thématique et la poser comme incontournable n'induit pas une normalité. Or la déclinaison d'un objectif en critères porte en implicite sa charge normative.*

Dire par exemple « les professionnels adaptent le projet d'accompagnement au risque lié à la sexualité auquel la personne est confrontée » (2.9.9) sous-entend un cadre normatif clair. Le rapprochement secteur sanitaire / secteur social provoque une porosité qui doit être surveillée. L'un s'attache à empêcher la mort, l'autre vise à dessiner la vie, à promouvoir un développement pour toute personne accompagnée. Dans cette seconde perspective, le risque fait partie du vivre, tout comme la rupture. Il n'est donc pas question d'aseptiser le vivant et sa socialité en se fixant sur les risques et laisser ainsi la peur guider les pratiques. On ne peut pas séparer, comme cela est proposé ici, les risques liés à la sexualité d'une approche dynamique et constructive de celle-ci. La sexualité est une ressource, une chose merveilleuse, un bien commun auquel il faut permettre à tous d'accéder. Pourquoi ne pas simplement vérifier qu'un accompagnement à la sexualité est possible ou proposé par le service ou l'établissement ? En appliquant ce critère, une structure qui aurait une politique restrictive de la sexualité tout en « adaptant l'accompagnement aux risques liés à la sexualité » serait considérée positivement grâce à ce référentiel.

⁵ *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux.* Rapport IGAS 2016-113R

⁶ Ibidem. p.4, point 10

Autre exemple. « La personne accompagnée bénéficie d'un cadre de vie sécurisé, sécurisant et respectueux de son intimité et de sa dignité » (1.4). Les termes mis en balance ne rendent pas compte du paradoxe inhérent à l'action sociale et médico-sociale qui « tend à promouvoir l'autonomie et la protection », définition où tout est dans le ET (CASF L.116-1). La tendance, là encore, est de se prémunir des risques et donc d'aller « naturellement » vers la protection. S'ajoutant à des décennies de paternalisme prévenant, la protection relève de l'évidence. Et le cadre « sécurisé et sécurisant » sera facilement validé par l'évaluation ; alors qu'il s'agit d'abord de regarder les marges d'autonomie laissées à la personne, ses possibilités d'initiative, l'exercice réel de sa liberté malgré la vie en collectivité et les précautions institutionnelles.

Encore un dernier exemple, l'objectif « 2.3 - Les professionnels favorisent la continuité de l'accompagnement dans l'ESSMS » est accompagné de 4 critères qui ne portent que sur l'absence de rupture ; comme si empêcher ou traiter les ruptures suffisait en soi à garantir une continuité de l'accompagnement. *Le référentiel montre ainsi une indigence de réflexion dans sa conception qui risque d'induire une approche erronée du travail social.*

Bref, avec un référentiel standard en partage, conformité et normalité se renforcent à l'occasion de l'évaluation. Drapé dans un semblant de scientificité, l'outil qui veut mesurer la qualité va chercher des dimensions conformes aux standards bien institués. Il ne s'agit pas ici de refuser toute normalité et de nier la quête de conformité que comporte tout processus d'évaluation. *Mais la loi ne suffit-elle pas ? Elle traduit des normes et la citoyenneté se manifeste au travers des pratiques qui lui sont conformes. Pourquoi aller au-delà ?*

5. Evaluer n'est pas mesurer la conformité

Le CASF est précis : les ESSMS « procèdent à l'évaluation de leurs activités... au regard notamment... de recommandations »⁷. Et là encore il y a une manière d'utiliser les RCBP qui les transforment en préceptes à suivre, en règles qui réclament soumission. Là où il s'agissait de solliciter les professionnels à penser leurs pratiques dans une mise en regard avec des recommandations, certains se sont empressés de réactiver la vieille culture du devoir. A la quête d'un processus honorant la praxis, il est toujours plus simple de préférer l'application d'une procédure. Et l'autonomie que le professionnel est censé promouvoir auprès des personnes accompagnées disparaît pour lui-même dans le fonctionnalisme ambiant.

De surcroît, la méthode d'élaboration des recommandations reposait sur un principe de consensus des usagers et professionnels mobilisés pour cette production. Or dernièrement⁸, les recommandations émises par la HAS se sont passées de ce principe, certains participants allant jusqu'à refuser que leur nom soit accolé aux résultats du groupe de travail. Voilà bien un fait qui marque symptomatiquement l'écart entre ANESM et HAS.

Le rapport de l'IGAS de 1985 qui initia l'évaluation dans le secteur indiquait déjà les limites du contrôle et de l'inspection. Mais chasser la nature, elle se met à galoper... La mise en place d'un référentiel est une façon bien propre de s'emparer du décret du 15 mai 2007 pour l'enchâsser dans un moule qui refuse toute hétérogénéité d'approche. Or *l'évaluation, plutôt que d'aller chercher une conformité à partir d'un référentiel induisant sa normalité, doit mettre en valeur ce qui fait la singularité d'un dispositif, de ses pratiques et de son impact social.*

6. L'autonomie des ESSMS

Il convient ici de rappeler que « pour favoriser la mise en œuvre de la démarche d'évaluation, le respect de l'autonomie des ESSMS⁹ a guidé le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-

⁷ CASF art. L.312-8

⁸ Par exemple la recommandation concernant l'autisme.

⁹ Nous soulignons.

sociale (CNESM) puis l'ANESM pour fixer les orientations en matière de conduite des évaluations »¹⁰. Aussi le CNESM¹¹ devenu Agence était pensé au regard des prérogatives liées au statut associatif de droit privé dont la liberté, même quand l'Association bénéficie de fonds publics, n'est pas aliénable.

Dans ce glissement progressif vers une forme de certification, comment préserver l'autonomie de ESMS pour qu'ils ne deviennent pas de simples opérateurs ou de simples gestionnaires appliquant les directives d'une Haute Autorité ?

7. Les références applicables aux ESMS

Le décret de 2007 permet aux établissements et aux évaluateurs de définir le cadre de référence de l'évaluation externe en lien avec les politiques publiques, le cadre réglementaire, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM /HAS applicables à l'établissement, les pratiques du secteur, le projet associatif et le projet d'établissement.

Les évaluateurs et les établissements déterminaient alors ensemble, au regard de ce corpus et des enjeux propres au territoire et à l'établissement, le questionnement évaluatif qui leur semblait pertinent autour de points significatifs.

Dans la proposition de la HAS, le référentiel semble prendre la place de toutes ces références et se substituer à la loi et au projet d'établissement, ce qui ne nous semble ni légitime ni démocratique.

8. Faisabilité, financement et qualité

Concernant le financement des évaluations, rares ont été les autorités de tarification ayant octroyé une enveloppe destinée au coût de l'évaluation externe. Devant prendre sur le budget alloué, les évaluations externes se sont construites dans un compromis plus ou moins satisfaisant entre qualité et moyens engagés.

Le référentiel proposé par la HAS comporte 189 critères dont il faudrait définir pour chacun plusieurs indicateurs de réalisation. *Le risque que comporte ce référentiel de par son ampleur est d'aboutir à des réponses succinctes à chaque question sans analyse globale et multidimensionnelle des organisations.* Et que faire des observations qui ne rentrent dans aucune case ? La mise en œuvre de ce référentiel pour les évaluations externes comporte le risque évident d'en limiter la portée et la qualité.

9. L'articulation entre évaluation interne, évaluation externe et projet d'établissement

Le décret de 2007 prévoyait une **articulation entre évaluation interne et externe** qui semble disparaître ici. L'évaluation interne observe les pratiques à la croisée des politiques publiques et du projet d'établissement.

C'est bien au regard du projet d'établissement et/ou de service que l'évaluation doit être réalisée. Rien ici n'a à être standardisé, ni les missions définies par le législateur qui a pris soin d'être sémantiquement large pour qu'un sens soit insufflé par des acteurs dans un contexte¹², ni les politiques publiques qui ont besoin d'un travail herméneutique des acteurs engagés auprès d'un public pour une mise en vie de ses orientations sociétales.

Là où l'évaluation externe prenait appui sur ce que les professionnels et publics d'en bas avaient réfléchi pour dire leur travail et en porter le sens, elle va devoir se référer à un standard venu d'en haut, d'une haute autorité. Et le fait que le référentiel « a fait l'objet d'une élaboration

¹⁰ *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux.* Rapport IGAS 2016-113R. p.4

¹¹ Article 22 de la loi du 2 janvier 2002

¹² Par exemple dire « hébergement » n'indique pas la façon d'envisager cet hébergement, le sens que l'association a voulu lui donner en ouvrant le CHRS, l'EANM ou la MAS.

concertée et d'une construction partagée entre la HAS, les professionnels du social et du médico-social et des personnes accompagnées ou leurs représentants »¹³ n'y change rien.

10. Le sens de l'évaluation

Il est à craindre que les fondements de l'évaluation affirmés dans le décret de 2007 soient mis en obsolescence, en dépit de leur pertinence. Nous souhaitons rappeler notre attachement à l'évaluation telle que définie dans ce cadre et que l'on retrouve dans les approches de la Société française de l'évaluation :

« 1.1 L'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse. Elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits aux regards d'objectifs 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. Elle 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 efficacité, en considération du contexte observé.

« 1.4 L'évaluation contribue à la coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires d'établissements et service et les autorités publiques. »

10. Les méthodes d'évaluation / valorisation du DEIS

La démarche de la HAS comporte peu d'éléments de méthode (et importés du secteur sanitaire), ce qui s'explique dans l'approche normative qu'elle propose.

Pour produire des évaluations externes qualitatives, il est important de disposer d'évaluateurs formés aux techniques de recueil de données des sciences humaines et sociales, maîtrisant les pratiques des champs d'intervention, ayant une expérience de terrain et capables de produire de la connaissance et des analyses pertinentes. *Les titulaires du DEIS (diplôme d'Etat d'ingénierie sociale) disposent de toutes ces compétences acquises au cours d'une formation qui comporte un large volet sur l'évaluation.*

Conclusion

Diverses questions se posent aux acteurs de l'intervention sociale aujourd'hui :

Avons-nous vraiment besoin d'un nouveau décret ? Le référentiel proposé par la HAS permettra-t-il de conduire des évaluations externes qui portent l'approche de l'évaluation décrite ci-dessus ? Souhaitons-nous renoncer à l'évaluation pour aller vers une démarche qui s'apparente à de la certification ? Une approche normative autour d'un référentiel unique nous semble-t-elle pertinente pour porter des objectifs de qualité ? Toute l'expérience cumulée autour des évaluations externes ne pourrait-elle pas permettre de penser un dispositif plus adapté et moins basique qu'un référentiel normatif ?

Nous souhaitons que ce projet de référentiel unique de la HAS soit mît en attente, et conditionné à la tenue d'une véritable concertation sur le sens l'évaluation externe.

Le comité évaluation d'ANDELIS

¹³ Page 3 du « document de travail »