

EVALUATION DES DEMARCHES
ET
OUTILS D'EVALUATION DE LA QUALITE

Rapport final

Décembre 2002

Sommaire

Préambule	3
Introduction	4
I - L'évaluation et la qualité : contexte et enjeux	5
I.1 - Les questions de l'évaluation et de la qualité du point de vue réglementaire	8
I.2 - La place de la subjectivité dans l'évaluation	13
II – La démarche qualité dans le secteur industriel et marchand	17
II.1 - L'Assurance Qualité	17
II.2 - Les outils de la Qualité	29
II.3 - Les Processus	39
II.4 - Correction d'anomalies	43
II.5 - Gérer la Qualité	47
III – L'évaluation de la qualité dans le secteur sanitaire	55
III.1 - Les principes Qualité	55
III.2 - La procédure d'accréditation	57
III.3 - Les missions de l'ANAES	61
III.4 - Le service des recommandations et références professionnelles	62
III.5 - Le service de l'évaluation des technologies	63
III.6 - La définition de l'accréditation	64
III.7 - Les objectifs de l'accréditation	65
III.8 - Les référentiels de l'accréditation	66
IV – Analyse critique et recommandations	75
IV.1 - Les Outils de la Qualité	75
IV.2 - Analyse des outils et méthodes d'évaluation de la qualité	80
IV.3 – Recommandations	83

ANNEXE :

Annexe 1 : Convention d'étude.

Annexe 2 : Liste des associations et organismes ayant adressé une contribution au groupe de travail.

Annexe 3 : Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Annexe 4 : Décret n° 98-1048 du 18 novembre 1998. Décret relatif à l'évaluation de Politiques publiques.

Annexe 5 : Historique de la démarche qualité.

Préambule

A la demande de la Direction Générale de l'Action Sociale, le CTNERHI a été chargé de faire le point sur la question de la qualité des établissements et des services dans le secteur médico-social ainsi que sur les démarches et outils qui sont proposés pour appréhender cette qualité et procéder à son évaluation.

Pour réaliser ce travail, le CTNERHI a organisé un séminaire pluripartenarial qui a réuni, sous la présidence de Jean Font, Ingénieur-Maître en gestion et management des systèmes sanitaires et sociaux, les membres permanents suivants :

- Chercheurs/Universitaires : Michel Chauvière, Serge Ebersold, Marc Maudinet, Jésus Sanchez.
- Professionnels : Anny Renaud (Directrice d'IMPro); Madeleine Degoy (Directrice Service d'Accompagnement)
- Associations d'usagers : GFPH (Jean-Luc Simon ; Marie-Laure Martin)
- Administration Centrale, DGAS : Michèle Audi, Martine Barres, Pascale Gilbert, Claudine Parayre
- Personnel technique des Conseils Généraux, Département de Paris : Bachir Kerroumi.
- CNAMTS : Béatrice de Casson

Expert auditionné : François Steudler, Professeur de Sociologie et Directeur du CERESS – Centre Européen de Recherche en Sociologie de la Santé – à l'Université Marc Bloch de Strasbourg,

Au cours des séances prévues à cet effet, plusieurs auteurs ou promoteurs de démarches ou d'outils Qualité ont ainsi eu toute latitude pour présenter leurs travaux et justifier l'intérêt de leurs propositions, lesquelles ont donné lieu ensuite à une discussion générale permettant ainsi d'élargir le débat avec l'apport des sensibilités des représentants des usagers, des professionnels, de l'administration, du secteur universitaire et de la recherche :

SCAPH 38	Valerie Biasotto
MODUS96	Christian Rossignol
Promoqualts	Jean-Yves Moine
ANCREAI	Jean-Yves Barrère – Eliane Corbet
APF	Emmanuel Bon
Qualis Talis	Jean-Luc Joing
Angélique	Fabienne Dubuisson
Mutualité Française	Isabelle Millet – Guenael Haumesser
D2i	Mme Grosyeux
UNAPEI	M.Jouanneau – M.Ducoudray

Nous remercions les associations nationales membres du CTNERHI qui ont accepté de relayer auprès des associations, établissements et services, la demande de renseignements formulée par le groupe de travail concernant les outils, pratiques d'évaluation et de maîtrise de la qualité à l'œuvre dans les secteurs sanitaire, social et médico-social dépendant de leur réseau; ainsi que les promoteurs et/ou auteurs de méthodes et démarches d'évaluation de la qualité qui nous ont fait parvenir leurs travaux. L'ensemble de ces informations a été intégré à l'analyse critique des outils d'évaluation.

INTRODUCTION

En reprenant le fil des réflexions du groupe de travail qui s'est réuni autour de la question de l'évaluation dans le secteur social et médico-social, nous débiterons ce rapport d'étude en faisant un point, sur le sens global donné - par la loi de janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale - à la question de la prise en charge des personnes ayant recours, pour des durées plus ou moins longues, aux dispositifs sociaux et médicaux sociaux au cours de leur existence. Nous positionnerons ensuite ce texte par rapport à ceux qui organisent les logiques d'évaluation dans le domaine des politiques publiques, et terminerons cette première partie en questionnant la place tenue par la subjectivité dans le domaine de l'évaluation que celle-ci concerne ou non la qualité d'un service.

Dans un second temps, nous interrogerons l'origine des démarches et outils d'évaluation de la qualité. Nous mettrons en lumière les liens ténus qui se constituent entre les processus et démarches qualité développés dans le secteur industriel et marchand et ceux qui se trouvent aujourd'hui développés dans le secteur social et médico-social. Il s'agira d'éclairer, de façon explicite, ce qu'il convient d'entendre précisément par « démarche qualité. »

Ensuite, nous aborderons, en retenant la même logique de travail que celle utilisée pour l'analyse des processus et démarches issues du secteur industriel et marchand, les processus d'accréditation tels qu'ils se sont développés ces dernières années dans les structures sanitaires.

Enfin, précédant les recommandations en matière d'évaluation et de la qualité faite par le groupe de travail, nous tenterons de définir ce qui serait susceptible de spécifier l'évaluation de la qualité dans le secteur social et médico-social. Spécificité qui reste, en la quasi-absence de recherche appropriée, aujourd'hui dans un état que nous pouvons qualifier sans excès d'embryonnaire. Puis, nous nous engagerons, dans l'analyse critique des outils, processus et démarches qu'il a été permis au groupe d'auditionner. Cette analyse tiendra compte, de l'ensemble des documents, méthodes... qui ont été adressés au groupe de travail et sont venus alimenter sa réflexion. Nous terminerons par la présentation d'un certain nombre de recommandations et de propositions susceptibles de préparer le travail du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale et plus largement pouvant permettre de développer les nécessaires échanges et débats autour de la question de l'évaluation.

Les recommandations qui concluent ce travail ont pour objectif de contribuer à la création de procédures d'évaluation, les plus appropriées au secteur social et médico-social.

De nombreuses pistes de réflexion et de recherche, mais également les nombreux enjeux sous-tendus par l'évaluation de la qualité dans le secteur social et médico-social, ont été évoqués lors des séances de ce groupe. Cependant, ces différentes pistes et enjeux ne sauraient être traités dans le présent rapport, dans la mesure où ils supposent une série d'études et recherches infiniment plus conséquente qui dépasse le cadre établi pour ce travail. Ce travail n'a d'autre prétention que d'éclairer certaines des dimensions et certains des enjeux essentiels que la question de l'évaluation de la qualité engendre.

I - L'ÉVALUATION et la QUALITÉ : CONTEXTE et ENJEUX.

D'une façon générale et plus particulièrement dans le domaine social et médico-social l'évaluation est loin d'être une ambition nouvelle. Ce qui réactualise ce thème aujourd'hui, c'est la place donnée à l'évaluation dans le texte de loi qui réorganise (rénove pour rester dans le discours correct de la loi) l'action sociale et médico-sociale¹. Ce texte met en place, entre autres, un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, invite l'ensemble des acteurs du secteur social et médico-social à mettre en place les processus, démarches, outils... d'évaluation permettant de rendre lisible l'ensemble des actions qu'ils conduisent. Qu'il s'agisse, de l'évaluation de projets individuels, de l'activité d'un établissement ou de prestations de service ou toutes autres formes d'évaluation auxquelles convie ce texte.

L'évaluation ne relève plus d'un éventuel impossible, d'une démarche ou d'un processus qualitatif et/ou quantitatif qu'il faudrait, un jour, mettre en œuvre. Elle ne relève pas plus que de ce type d'actions, au combien nécessaires et utiles, mais pour lesquelles il est urgent d'attendre la mise en place. Avec la loi de janvier 2002, l'évaluation s'impose à tous les acteurs d'un champ. Ce champ recouvre l'ensemble des âges de la vie et prend en compte l'action sociale et médico-sociale que celle-ci soit destinée à des enfants ou à des personnes qui, au cours de leur existence, ont recours aux dispositifs et/ou services de ce champ. Il est important de souligner que ce texte ne concerne pas exclusivement, les personnes handicapées, quel que soit leur âge. Faire de ce texte une lecture ne prenant en considération qu'un seul public, par exemple les « personnes handicapées », revient à prendre le risque de voir réduire dans la pratique, l'inscription ou le maintien des personnes dans des dispositifs discriminatoires.

Comme nous venons de le souligner, la loi de janvier 2002 affine et réaffirme un certain nombre de processus pour un champ plus large que celui de la seule action en direction des « personnes handicapées. » Six grands chapitres organisent ce texte. Le premier, concerne les principes fondamentaux sur lesquels cette loi entend faire reposer les actions qui en découleront. Le second, concerne à proprement parler, l'organisation de l'action sociale et médico-sociale. Le troisième, le sens et le contenu des droits et obligations des personnes, établissements et services. Le quatrième, les dépositions financières qui vont régir ce secteur. Le cinquième, la place des personnes morales de droits publics et pour finir une série de dispositions diverses et transitoires.

Cette loi tente de répondre à l'évolution des pratiques et de prendre en compte l'expansion d'un secteur relevant pour l'essentiel du mouvement associatif, « *l'action sociale et médico-sociale est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales, art. 2.* » Elle a pour volonté d'autre part d'organiser, en ce qui concerne l'ensemble du territoire, l'accès aux dispositifs et services sociaux et médico-sociaux « *l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire, art.3* »

En précisant que l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains, il est fait explicitement référence aux droits fondamentaux

¹ Annexe 3 : texte intégral de la loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002.

tels qu'énoncés dans le premier paragraphe du préambule de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948².

La seconde section de ce texte a pour titre « Des droits des usagers du secteur social et médico-social. » Le terme d'usager n'est pas neutre, il faudra l'éclairer pour savoir en fonction de son utilisation s'il renvoie à l'idée d'usager (consommateur) d'un service quand bien même celui-ci serait public et/ou à l'idée d'un rapport client prestataire fondé sur un contrat au sens juridique du terme³. L'un ou l'autre du mot usager donné ici, ouvre sur des perspectives incompatibles avec l'idée même de participation contenue, par ailleurs, dans d'autres projets de décret en particulier celui concernant « le conseil de la vie sociale. » Incompatibilité de fait, à partir du moment, bien entendu, où le terme de participation induit l'idée de coopération.

L'article 7 de la loi garantit l'exercice des droits et des libertés individuels et assure à l'individu/usager 1°) le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ; 2°) le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes dans le cadre d'un service ou de son domicile ; 3°) le respect de son consentement éclairé [...] 6°) une information sur ses droits fondamentaux 7°) la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

Il va de soi que la possibilité de « libre choix » n'a de sens que s'il est mis en place à l'échelle des dispositifs une diversité d'équipement et de services permettant l'exercice réel d'un choix.

Avant d'en venir aux dispositions de la loi concernant, à proprement parler, d'évaluation, arrêtons-nous un instant sur les contenus des projets de décrets s'intéressant aux droits, libertés et obligations des personnes et des établissements tels qu'ils sont connus, fin décembre 2002. A l'évidence, les mesures présentes dans ces décrets constitueront l'un des pans soumis à évaluation.

Ces projets de décrets, au nombre de six, concernent 1) la charte des droits et libertés de la personne accueillie (art. L 311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles), 2) le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge (art. L 311- 4, CASF), 3) le contenu du livret d'accueil (art. L 311-4, CASF), 4) le conseil de la vie sociale et les formes de participation (L 311- 6 CASF), 5) le règlement de fonctionnement (art. L311 – 6 CASF) 6) le recours à une personne qualifiée (art. L 311-5.)

Reprenons dans l'ordre. Le projet de décret concernant la « charte des droits et libertés de la personne accueillie » est fort de 12 articles. Le premier concerne le principe de non-discrimination lors d'une prise en charge. La référence est, ici, celle de l'article 13 du traité d'Amsterdam. Puis, vient le droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté. Le droit à l'information. Le principe du libre choix et du consentement éclairé de la personne, qui dispose, « *que celui-ci se réalise dans le respect des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation : 1°) la personne dispose du libre choix entre les prestations qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge, 2°) que, le consentement*

² « La reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde. »

³ Ce que semble indiquer le projet décret « relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge », art. 9.

éclairé⁴, de la personne, doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et en veillant à sa compréhension, 3) le droit à la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne, lui est garanti. » Les articles suivants de la charte font référence au droit à la renonciation d'une prise en charge, au respect des liens familiaux, à la protection, à l'autonomie, au principe de prévention et de soutien, aux droits à l'exercice des droits civiques, au respect des pratiques religieuses, au respect de la dignité de la personne et de son intimité.

Le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge. La loi fait référence à un contrat de séjour ou un contrat individuel, à « *des principes déontologiques et éthiques ainsi qu'à des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.* » Nous sommes ici assez proche des outils pouvant servir de fondement à l'évaluation. Toutefois, pour ce qui concerne le secteur social et médico-social, ces principes restent à écrire par les professionnels concernés comme l'on fait en leur temps d'autres professions.

Le contrat de séjour ou le document individuel est remis dans les quinze jours qui suivent l'admission. Le contrat est signé dans le mois qui suit l'admission. La participation de la personne ou de son représentant légal est obligatoirement requis pour l'établissement dudit contrat. Ce document est établi en tenant compte des mesures et décisions administratives, de justice, médicales, thérapeutiques, d'orientation. Le contrat ne peut contrevenir à ces décisions. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement. « *Les conflits nés de l'application des termes du contrat sont, en l'absence de procédures amiables ou lorsque celles-ci ont échoué, portés selon le cas devant les tribunaux de l'ordre judiciaire ou administratif, compétents. Art. 9* »

Un livret d'accueil doit être remis ou adressé à la personne prise en charge et le cas échéant, à ses représentants légaux. Outre, « la charte des droits et libertés de la personne accueillie » ce livret présente l'établissement, le service ou lieu de vie et d'accueil et informe son titulaire sur ses conditions d'admission, de séjour, de prise en charge et de sortie et pour les services sans hébergement sur les conditions de leur délivrance, les caractéristiques de services et prestations. Il comporte des informations sur la nature des missions, le projet d'établissement ou de service et la catégorie de personnes prise en charge.

Le conseil de la vie sociale. Il est obligatoire lorsque l'établissement ou service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail (au sens du 1^{er} l'alinéa de l'article 1 344-2.) Lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation. Les formes de participation retenues font partie intégrante du projet d'établissement ou de service. Les instances de participation donnent leurs avis et peuvent faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou le service notamment ; l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelles et les

⁴ Il est ici question de « la personne » et non plus de l'utilisateur. C'est pourquoi, la question du consentement éclairé trouve sa définition dans l'article 1^{er} du Code de Nuremberg, 1947, qui bien que concernant dans un premier temps exclusivement l'expérimentation médicale, a intégré le corpus de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 à la fin des années 90, par l'intermédiaire des lois sur la bioéthique. « Le consentement volontaire [...] cela veut dire que la personne intéressée doit jouir de la capacité légale totale pour consentir, qu'elle doit être laissée libre de décider sans intervention de quelque élément de force, de fraude, de contrainte, de supercherie, de duperie ou d'autres formes de contrainte ou de coercition. »

services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipement, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, les relations de coopération et d'animation développées en partenariat, le règlement de fonctionnement, toutes modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge. Le décret relatif aux conseils d'établissements est abrogé.

Il est important de souligner que dans l'ensemble des projets de décrets qui nous sont connus au moment de la rédaction de ce rapport, les instances mises en place font une réelle place aux représentants des usagers, à côté, selon les cas et s'il y a lieu, des familles ou des représentants légaux, des personnels, et des représentants de l'organisme gestionnaire...

Quant au règlement de fonctionnement, il rappelle les dispositions d'ordre général et permanent qui permettent de connaître les principes qui régissent la vie collective ainsi que les modalités pratiques d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou du service. Ainsi, le projet de règlement de fonctionnement après consultation du personnel est soumis, dans le cadre des différentes formes de participation prévues, aux représentants des usagers puis à l'instance délibérante compétente de l'établissement ou de l'organisme gestionnaire en vue de son adoption. Le règlement de fonctionnement rappelle les finalités de la prise en charge, il indique les modalités concrètes d'exercice des droits énoncés par le CASF et les obligations de la personne accueillie, l'organisation institutionnelle, les règles de vie collective, et rappelle les mesures légales, réglementaires et contractuelles qui s'appliquent aux personnels en matière de respect des droits fondamentaux des bénéficiaires. Il rappelle, par ailleurs, les mesures de protection des personnels dénonçant les faits de violence sur autrui dont ils sont témoins dans l'exercice de leur fonction.

Enfin, toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le président du conseil général après avis de la commission départementale consultative.

Il est plus que probable que chacun des points évoqués fera l'objet d'une attention particulière de la part des évaluateurs en charge de l'évaluation des établissements ou services.

I.1 - La question de l'évaluation et de la qualité du point de vue réglementaire.

Pour aborder ces questions il nous faut repartir du décret n° 98-1048 du 18 novembre 1998, relatif à l'évaluation des politiques publiques⁵ que nous mettons dans son intégralité en annexe. Mais tout d'abord, un rapide détour par quelques éléments d'histoire.

L'évaluation de système et programme d'action a été importée des Etats-Unis au cours des années 1970, en même temps que le "Planning-Programming-Budgeting-System" (PPBS), adapté en France sous la dénomination "rationalisation des choix budgétaires" (RCB). La plupart des pays d'Europe du Nord ont suivi le même chemin à cette époque. En France, la RCB a été abandonnée au début des années 1980. Toutefois, la politique régionale

⁵ Annexe 4

européenne, et, plus particulièrement celle concernant les fonds structurels, a redonné en France, dès le milieu des années 80, une réelle impulsion à l'évaluation. Ainsi dès 1988, les règlements européens rendent obligatoire l'évaluation systématique, même si, dans la pratique, leur application n'a pas été immédiate. C'est, également, à cette époque que L'Union européenne propose que l'évaluation soit partie intégrante de la Politique communautaire.

L'évaluation apparaît comme indispensable et susceptible de répondre à trois impératifs : a) La rigueur : les citoyens demandent le résultat des politiques menées, b) La transparence : le débat est de plus en plus nécessaire et de plus en plus réclamé, c) L'efficacité des politiques : il est de plus en plus impératif de savoir si les objectifs ont été atteints.

En France, l'évaluation des politiques publiques prend son essor, après l'entrée en vigueur du décret du 18 novembre 1998 en fixant les principes.

Ce décret définit l'évaluation de la façon suivante: « *l'évaluation d'une politique publique a pour objet d'apprécier, dans un cadre interministériel, l'efficacité de cette politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre, art.1^{er}.* » Le rapport du Conseil national de l'évaluation (CNE) de 1999 complète cette définition en précisant que « *l'évaluation n'est pas une liste de résultats, mais une interrogation sur le « pourquoi » : pourquoi tel résultat existe-t-il ?* » Il ajoute que « *l'évaluation commence avec l'analyse objective des causes.* »

Le programme du CNE (art.4), énumère les projets d'évaluation retenus et expose leur contenu ainsi que les raisons justifiant ce choix. Il précise, pour chaque projet d'évaluation, le mode de composition de l'instance d'évaluation chargée de le conduire, les modalités de sa mise en oeuvre, les critères en vertu desquels seront choisis les opérateurs publics ou privés chargés de procéder à l'évaluation, le délai de sa réalisation, son coût et les modalités de son financement.

Par ailleurs, la recherche évaluative permet d'examiner les conséquences d'une action en suivant certains critères de qualité. De même, ces critères permettent d'émettre un jugement sur la validité d'une évaluation déjà réalisée. Ces valeurs sont aussi appelées "critères de validité" dans le paradigme "scientifique- expérimental". Toutefois, depuis les études des années 70 aux Etats-Unis sur l'utilisation des évaluations notamment, une autre qualité de l'évaluation idéale a été affirmée : la responsiveness ou ce que le Conseil Scientifique de l'Evaluation (CSE) traduit par "l'utilité- pertinence". L'évaluation étant une recherche appliquée, le souci de son utilisation (voire de l'accompagnement du changement) rentre naturellement dans le cadre de la discipline. "La qualité d'une évaluation ne se résume pas à sa validité scientifique. Il faut également prendre en compte les finalités sociales de l'évaluation "

Le Conseil scientifique de l'évaluation qui remplace le CNE a, quant à lui, défini les cinq critères suivants en terme de qualité d'une évaluation :

1. *Utilité-pertinence*
2. *Fiabilité (validité interne)*
3. *Objectivité*
4. *Possibilité de généralisation (validité externe ; generalizability)*
5. *Transparence*

1. Utilité-pertinence: c'est le fait que l'évaluation produise de l'information compréhensible et utile, non seulement pour les décideurs mais aussi pour les autres protagonistes de la politique publique.

2. *Fiabilité: l'évaluation doit être "digne de confiance" (trustworthiness). Cela renvoie à l'exactitude des informations collectées et à la valeur scientifique des imputations causales sur lesquelles se fonde le jugement évaluatif. Il convient en particulier d'être attentif aux biais que les techniques de collecte et de traitement des informations peuvent introduire dans la production des conclusions."*

La fiabilité est également appelée dans le paradigme "scientifique- expérimental" validité interne. Cette notion met l'accent sur la démonstration de l'existence d'une relation de cause à effet entre l'action et les effets constatés dans la société.

3. *Objectivité: l'objectivité s'entend comme le fait que les conclusions de l'évaluation n'aient pas été influencées par les préférences personnelles ou les positions institutionnelles des responsables de l'évaluation, ou du moins que ces préférences ont été suffisamment explicitées ou contrôlées pour que l'on puisse supposer qu'une autre évaluation répondant aux mêmes questions et utilisant les mêmes méthodes conduirait aux mêmes conclusions. Il s'agit notamment d'apprécier la rigueur et l'honnêteté du travail de qualification (telle évolution, par exemple, est-elle "rapide", "normale" ou "lente ?») et d'interprétation des données qui permet de passer de l'observation au jugement.*

4. *Possibilité de généralisation: il s'agit de savoir dans quelle mesure les conclusions portées sur les effets d'une action publique à partir d'observations faites sur un certain type de terrain pendant une période donnée peuvent être étendues à d'autres situations, à d'autres contextes, voire à des politiques différentes. Le plus souvent, les résultats d'une évaluation sont en effet utilisés pour éclairer des décisions relatives à des actions et à des contextes qui différeront en bien des points de ceux sur lesquels l'évaluation a porté.*

5 *Transparence: outre l'exigence d'un exposé complet et rigoureux des méthodes mises en œuvre, ce critère inclut l'idée que l'évaluation doit expliciter son propre "mode d'emploi" et ses limites: positionnement par rapport à d'autres évaluations possibles sur le même sujet, rappel des questions auxquelles il n'est pas ou incomplètement répondu, anticipation des objections possibles, etc. Cet effort de lucidité et de réflexivité est d'autant plus nécessaire que les évaluations sont généralement imparfaites, qu'elles laissent de nombreuses questions dans l'ombre, et que les résultats auxquels elles parviennent n'ont pas tous la même portée ni la même robustesse.*

Il apparaît au fil des travaux du CNE que l'évaluation n'est, ni un contrôle de régularité, ni un contrôle administratif ni une vérification comptable, ni un contrôle de gestion, ni une analyse financière, ni un contrôle de portée plus général. L'évaluation peut intervenir à différents stades (ex ante, à mi-parcours, ex-post) et à des niveaux de décision variable (évaluation de politique, de programme, de projet), comme le précise la circulaire du 7 septembre 1998.

En terme de fonctionnement le CNE propose au Premier ministre un programme annuel d'évaluations à partir des propositions des ministères et des associations de collectivités collectées par le Commissariat général du Plan. Une sélection est opérée entre les sujets en fonction de la place qu'ils peuvent prendre dans un processus de décision. L'évaluation devant éclairer l'action, certains thèmes paraissent prioritaires par rapport à d'autres.

Le Commissariat général du Plan doit ensuite arrêter la composition des instances sur la base des orientations du CNE en s'efforçant de faire respecter le principe de représentation suivant : un tiers d'administration, un tiers d'experts universitaires et un tiers d'acteurs ; l'objectif était d'introduire des représentants des collectivités territoriales, des établissements publics et des associations d'usagers. Ces instances sont des lieux où les différentes parties prenantes d'une politique peuvent avoir une confrontation de logiques et de points de vue. Puis, le CNE formule ensuite un avis sur les évaluations lorsqu'elles sont achevées et le Commissariat général du Plan adresse des recommandations au Premier ministre sur les suites à leur donner.

Une des conséquences essentielles de l'institutionnalisation de l'évaluation – voire l'une de ses raisons d'être – est, pour des raisons de rationalisation budgétaire, l'homogénéisation des indicateurs et leur objectivation. On voit donc bien, ici, toute l'importance du rôle que doit pouvoir jouer le Conseil national de l'évaluation social et médico-social. D'autant plus que l'évaluation de la qualité préconisée par la loi de janvier 2002, s'inscrit dans une politique globale liée à la nécessité de l'évaluation des politiques publiques partie intégrante de la Politique de l'Union européenne.

Recentrons nous maintenant sur le secteur social et médico-social en précisant en préambule que la loi du 6 janvier 1986 (n°86-17) adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, précise dans son Titre 1^{er} concernant les dispositions relatives aux institutions sociales et médico-sociales : *« L'autorisation est accordée si, compte tenu de tous les éléments de qualité que peut comporter l'établissement ou le service dont la création, la transformation ou l'extension est projetée, l'opération envisagée répond aux besoins quantitatifs et qualitatifs de la population tels qu'ils ont été appréciés par la collectivité publique compétente et par la commission régionale ou la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux lorsque son intervention est prévue par l'article 3 de la présente loi et est conforme aux normes définies par le décret pris en application de l'article 4. »*

Le parallèle avec les décrets de mise en place, des Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées ou ceux concernant, les modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux, les modalités de fonctionnement des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, le fonctionnement du conseil supérieur des établissements et services sociaux et médico-sociaux ou encore celui concernant la liste des établissements ou services accueillant certaines catégories de personnes, relevant du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale, n'est pas très difficile à faire.

On constate que déjà en 1986, la loi parle de la qualité à laquelle elle soumet les établissements et services en vue de la délivrance d'une autorisation de création, de transformation ou d'extension. Elle ne parle pas, pour autant, de son évaluation.

Dans la loi janvier 2002, jusqu'à la première partie de l'article 22 à propos « de l'évaluation et des systèmes d'information », si l'évaluation apparaît, son type n'est pas précisé autrement qu'en indiquant son champ d'application qui ne diffère pas de celui auquel se référait la loi de 1986 concernant la qualité :

□

- Loi 2002 : Article 2 : *« L'action sociale (...) repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux (...) »*

- Loi 1986 : Article 7 : *« L'autorisation est accordée si (...) (la) qualité (...) répond aux besoins quantitatifs et qualitatifs de la population (...) »*

□

- Loi 2002 : Article 18 : 5o *« (Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale) Définissent les critères d'évaluation des actions mises en oeuvre dans le cadre de ces schémas. »*

- Loi 1986 : Article 7 : « (...) l'opération envisagée répond aux besoins quantitatifs et qualitatifs de la population tels qu'ils sont appréciés par la collectivité publique compétente et par la commission régionale ou la commission nationale des équipements sanitaires et sociaux (...) »

La première partie de l'article 22 donne une autre dimension à ce qui prévalait jusque là en précisant les modalités de ce que nous pourrions nommer l'évaluation « interne » (notons qu'à aucun moment la loi ne mentionne ce terme) :

- Article 22 : « *Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation* ».

La seconde partie de l'article 22 donnant tout son sens et son importance à l'évaluation externe, laquelle sera désormais prépondérante.

- Article 22 « (...) *Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes est établie par arrêté du ministre chargé de l'action sociale, après avis du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. (...)* »

« *Un organisme ne peut procéder à des évaluations que pour les catégories d'établissements et de services pour lesquels les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.* »

On voit bien là toute l'importance que revêt désormais le Conseil national de l'évaluation dans le processus d'évaluation de la qualité, tant « interne » qu'externe.

Quant au fait que, désormais, seule l'évaluation externe soit prépondérante, la suite de la loi en atteste :

« *Art. L. 313-1. - La création, la transformation ou l'extension des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 sont soumises à autorisation.* »

Article 25 : « (...) *l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 312-8.* »

Elle s'impose donc dans tout ce qui a trait à l'ensemble de l'organisation, du fonctionnement, des ressources et de l'existence même des établissements et services concernés. Au vu de la loi, il apparaît clairement que, désormais, lorsque celle-ci parle d'évaluation, c'est d'évaluation externe dont il s'agit.

Quant à la qualité, il est aisé de constater, au vu de la loi, qu'il n'y est fait que très peu référence (7 fois mentionnée dans l'intégralité du texte), et que celle-ci ne prend son sens que lorsqu'il est question de son évaluation externe (3 fois). Sans cette dernière son appréciation demeure indéfinie (3 fois).

« Article 37 : « *III. - Les établissements accueillant un nombre de personnes âgées dépendantes (...) doivent répondre à des critères de fonctionnement, notamment de qualité, définis par un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.* »

Ainsi la loi, compte tenu de l'importance de l'évaluation externe contenue dans les textes, et de ses implications essentielles, voire vitales, quant aux établissements et services concernés, en exprimant le fait que « *Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs*

activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur (...) » semble privilégier le contrôle à l'évaluation.

L'importance majeure donnée par la loi au Conseil national de l'évaluation (et non de la qualité) quant au cadre et aux modalités d'application de l'ensemble du processus d'évaluation (« interne » et externe) qu'il lui appartient de définir et de contrôler, lui confère une responsabilité essentielle dans la mise en œuvre d'un dispositif au centre duquel se trouverait l'usager comme le confirme l'article 22 de la loi de janvier 2002. :

Le projet de décret précise que le Conseil National de l'Evaluation a pour mission le développement de l'évaluation interne et de l'évaluation externe. Il est notamment chargé « *de sélectionner et de valider ou d'élaborer dans le cas prévu au premier alinéa de l'article L. 312-8, les outils et instruments formalisant les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles applicables aux différentes catégories d'établissements et de services énumérés aux I et III de l'article L. 312-1. Il est également chargé de donner un avis sur les organismes habilités à pratiquer l'évaluation externe [...] au regard notamment de leurs aptitudes à respecter le cahier des charges.* » Composé de 53 membres et autant de suppléants, le Conseil désigne une commission permanente chargée de préparer les travaux de la formation plénière, de publier et de diffuser les documents, avis et décisions résultant des travaux du Conseil. Il se réunit en formation plénière, au moins, 3 fois par an. L'article 6 du projet de décret est particulièrement intéressant. En effet, celui-ci précise que « *un membre du conseil ne peut-être admis à participer aux votes de cette instance dans les cas suivants : 1°) s'il a lui-même élaboré un instrument ou outil visé au 1° de l'article 1^{er} du présent décret 2°) si l'instrument ou l'outil précité, examiné par le conseil, vient en concurrence avec celui mentionné au 1°* » Cet article laisserait, avant même que le Conseil n'ait entrepris ses travaux, entendre que le Conseil est porteur, potentiellement, de forts conflits d'intérêt. Gageons qu'une telle situation si elle se trouvait confirmée ne manquerait pas de porter préjudice, quel que soit par ailleurs le sérieux des travaux du conseil, aux décisions qui pourraient être prises. Celles-ci, en effet, pourraient être mises en relation avec leurs incidences sur la validation ou non de certains types d'établissements ou services.

I.2 - La place de la subjectivité dans l'évaluation.

Terminons la première partie de ce rapport par une question transverse à la réflexion du groupe de travail et pour laquelle il a été estimé nécessaire d'apporter un éclairage spécifique, à savoir, la place de la subjectivité lorsqu'il est question d'évaluation.

Pour aborder cette question nous sommes partis de l'interrogation suivante: comment atteindre par une évaluation la plus objective possible, les critères de qualité d'une action, d'une activité, d'une prestation de service, d'un suivi administratif... attendus par l'ensemble des partenaires concourant à un titre ou un autre à l'action⁶ (usager, professionnel, commanditaire...)

Au fil des débats entourant la question de la subjectivité, il est apparu, - que cette question soit abordée sous l'aspect de l'universalité des outils d'évaluation, de l'éthique, de la rigueur, de la mesure ou de la pertinence des indicateurs retenus pour l'évaluation - que l'idée même d'objectivité totale, lorsque l'on tente de lui donner un contenu, devient rapidement une de

⁶ Le terme d'action recouvrira, dans la suite du texte, les dimensions activité, prestations de service, pratique professionnelle...

ces utopies irréalistes qui emplissent les espaces de représentation individuels et collectifs en matière d'évaluation.

Pour nous entendre et avant de poursuivre, reprenons quelques définitions. EVALUER⁷ : Estimer, juger pour déterminer la valeur, en particulier reconnaître la valeur de, être sensible aux qualités de... Estimer le résultat d'une action, une qualité, la valeur de quelque chose. Mais aussi juger à l'aide de moyens. Enfin, apprécier, rendre compte de l'importance d'un acte ou encore déterminer, délimiter, fixer avec précision, mesurer. EVALUATION : Action d'évaluer, d'apprécier la valeur (d'une chose) ; technique, méthode d'estimation. Evaluation est le quasi synonyme d'estimation. ESTIMATION : action d'évaluation plus ou moins exacte. Evaluation approximative d'une quantité nombrable (notamment du chiffre d'une population, par référence à des données incomplètes prélevées sur des échantillons d'observation). Au figuré, jugement (favorable ou défavorable) par lequel on détermine, marque la valeur que l'on attribue (ou doit attribuer) à telle personne ou à telle chose abstraite. JUGEMENT : Avis motivé donné par quelqu'un ayant compétence officielle, autorité reconnue sur quelqu'un, sur quelque chose. Démarche intellectuelle par laquelle on se forme une opinion et on l'émet ; résultat de cette démarche. Enfin, avis favorable ou défavorable, opinion personnelle portant approbation ou condamnation que l'on porte, en l'exprimant ou non, sur quelqu'un, sur quelque chose. SUBJECTIVITE : Qualité (inconsciente ou intérieure) de ce qui appartient seulement au sujet pensant. OBJECTIVITE : De façon usuelle qualité de ce qui donne une représentation fidèle de la chose observée. Enfin APPRECIATION, attitude qui résulte d'une perception de la réalité, d'un choix effectué en fonction de ses états de conscience.

Ainsi, évaluer c'est produire une estimation, un jugement. Un jugement, est dans son essence même, l'interprétation d'une réalité au regard de valeurs morales, culturelles, économiques... La réalité soumise à interprétation puis à jugement a pour fondement – dans le cas qui nous occupe - une construction sociale. Il résulte qu'une interprétation, résultat d'un jugement ne peut que dépendre de la subjectivité de son auteur (individu ou groupe.) C'est pour cette raison que toute évaluation ne peut être que subjective. Il s'ensuit que l'évaluation est avant tout un acte de pensée. Ceci invalide les approches évaluatives fondées sur la recherche, de la preuve de vérité que l'évaluation permettrait d'objectiver par rapport à un absolu, quel que soit le nom qu'on lui donne. La subjectivité est présente dans tout processus d'évaluation – que qu'il soit – et cette subjectivité est nécessaire. Sans elle, il ne saurait être question d'évaluation. Autrement dit, il n'y a évaluation que parce qu'il y a de la subjectivité. En l'absence de cette subjectivité, il est plus juste de parler de contrôle que d'évaluation.

En outre, une « évaluation objective » de l'action sociale et médico-sociale devrait intégrer et prendre en compte dans sa métrologie, quelles que soient les situations rencontrées, des éléments de réalité permettant la comparaison. La construction de telle « réalité d'identité » d'action, ne peut passer que par la standardisation des facteurs contextuels et environnementaux de l'action. Il s'agit là du seul moyen permettant de réunir des conditions d'observation identiques.

Or malgré les codes de bonne pratique, les processus de normalisation, les référentiels de toutes compositions et de tout contenu... les pratiques sociales ou professionnelles marquent leur différence, d'une action à l'autre, en fonction du ou des acteurs qui s'y trouvent impliqués. Pour que l'objectivité soit possible avec toutes les conditions de rigueur requises,

⁷ Référence : Dictionnaire de l'Académie 8^{ème} et 9^{ème} éditions. Dictionnaire historique de la langue française, 2000.

il faudrait aussi que puisse être établie une liste exhaustive de l'ensemble des objectifs, des critères, des indicateurs, dont relève une action, un acte social. Les conséquences sociales d'un tel projet de totalisation pour l'évaluation se révéleraient très vite inacceptables socialement et incompatible avec l'idée même de dignité humaine tel que promu par la Déclaration Universelle de 1948. En effet, une telle perspective déboucherait inévitablement sur une standardisation extrême, ne permettant plus aucun jeu d'acteurs. Ceci conduirait inmanquablement au blocage de l'ensemble des dispositifs sociaux et médico-sociaux.

Pour autant, l'invalidation des approches et des outils ayant pour prétention l'objectivité totale ne signifie pas que l'évaluateur n'a pas intérêt à savoir ce qu'il évalue. Dans le même ordre d'idée la personne ou le groupe, impliqué dans un processus, une action soumise à évaluation, a tout intérêt à ce l'on donne la « vraie » valeur à l'action.

Que l'évaluation ait pour but l'évaluation de moyen, l'efficacité de processus, le projet d'un individu, une prestation de service... les décisions qui découlent de l'évaluation sont d'importance, dans la mesure où elles vont représenter une grande part de la décision de voir se poursuivre ou non l'activité d'un établissement ou d'un service. Il est par conséquent essentiel que l'évaluation se fonde sur la réalité et non sur une prétendue neutralité, prétention et/ou revendication éthique des évaluateurs. De même, il est nécessaire d'éviter non pas tant la subjectivité de l'évaluateur que le potentiel arbitraire de l'évaluation. Combien de projets professionnels (emploi et/ou formation par exemple) se trouvent rejetés sous couvert de leur irréalisme, tout simplement par ce qu'ils ne correspondent pas aux objectifs qu'un établissement, une équipe... se doivent d'atteindre, par exemple en terme de taux de placement. Ou bien et plus simplement, parce que le projet soutenu par une personne n'est pas reconnu comme tel du seul fait qu'il ne correspond pas aux représentations du monde, aux représentations de la place que le demandeur « ayant des besoins particuliers » se doit de tenir dans un dispositif d'insertion, d'hébergement, d'accompagnement...

Ces pourquoi, nous retenons comme postulat pour la suite de ce travail que, d'une part l'évaluation dépend de la conception qu'a l'évaluateur de ce qu'il est chargé de mesurer, d'évaluer, d'estimer et que d'autre part, toute évaluation ne peut être qu'un acte de pensée qui a ce titre se distingue clairement du contrôle⁸. Evaluer, c'est alors donner du sens aux résultats observés ; évaluer signifie « recueillir un ensemble d'informations suffisamment pertinentes, valides et fiables et examiner le degré d'adéquation entre cet ensemble d'informations et un ensemble de critères adéquats aux objectifs fixés au départ ou ajustés en cours de route, en vue de prendre une décision.⁹ »

Avant de poursuivre, rappelons que la loi n'évoque jamais la notion de « démarche qualité » qui caractérise, en effet, le seul secteur industriel et marchand. Pourtant comme nous allons le voir maintenant, bon nombre des outils et méthodes à l'œuvre dans le secteur social et médico-social se réfèrent à ce type de démarche en adoptant telle ou telle dimension des processus qu'elle propose, conduisant ainsi, inexorablement, à une perte de repères et de sens. L'action sociale ne saurait se résoudre à une juxtaposition de procédures liées à des considérations prétendument objectives dont l'unique respect ne saurait en aucun cas, en soi, témoigner d'une quelconque qualité, tant ce qui fonde ontologiquement le sens de cette action repose essentiellement sur des critères d'intersubjectivité et ne saurait qu'en être la résultante. Par ailleurs la « démarche qualité » autant que celle de l'évaluation qualité considère

⁸ Entre le contrôle et l'évaluation nous trouvons l'audit. Par usure du mot, contrôle est souvent remplacé par évaluation ce qui ne va pas sans créer une certaine confusion.

⁹ De Ketele, J.M. Roegiers, X. *Méthodologie du recueil d'information*, De Boeck Université, Bruxelles, 1993.

essentiellement ce que l'on nomme les critères objectivables. Qu'en est-il de l'inter-subjectivité dans la co-production usager / professionnel essence de toute action dans le secteur social et médico-social ? Nul ne conteste l'absolue nécessité de l'évaluation de la qualité dans le secteur social et médico-social, il n'en demeure pas moins vrai que mille et une questions se posent quant à celle-ci et qu'il apparaît d'évidence, à ce jour, que la réflexion en cours est bien loin de pouvoir nous conduire à une élaboration évaluative appropriée en l'état.

II. LA DEMARCHE QUALITE DANS LE SECTEUR INDUSTRIEL ET MARCHAND

La notion de « démarche qualité » s'inscrit dans un processus conduisant à ce que l'on nomme l'« Assurance Qualité ».

II.1 L'Assurance Qualité

La démarche Qualité d'une entreprise tient au respect de certaines **normes**. Le respect de ces normes permet de certifier la qualité des produits et celle de l'approche. C'est ainsi que se définit l'Assurance Qualité.

ISO 9000

Qualité : Ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à

II.1.1 Pourquoi des normes ?

ISO 9000

Norme : Dans le cadre de la réglementation, la norme représente des exigences à respecter.

ISO 9000

Assurance Qualité : Ensemble des actions préétablies et systématiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité, démontrées en tant que besoin, pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences de la qualité.

II.1.1 Historique (cf Annexes)

II.1.2 Qu'est-ce qu'une norme ?

Les **normes** sont des accords documentés contenant des spécifications techniques ou autres **critères** destinés à être utilisés systématiquement en tant que règles, lignes directrices ou définitions de caractéristiques pour assurer que des matériaux, produits, **processus** et services sont aptes à leur emploi.

ISO 9000

Norme : Dans le cadre de la réglementation, la norme représente des exigences à respecter.

ISO 9000

Processus de qualification : Processus démontrant qu'une **entité** est capable de répondre aux exigences spécifiées.

1) Transporter les applications

Les normes aident à transporter les applications conçues avec des outils différents, dans des endroits différents. Cela autorise une souplesse d'évolution et donc offre un potentiel de progression impossible sans norme.

ISO 9000

Entité : Ce qui peut être décrit et considéré individuellement.

2) Remplacer le client

L'entreprise n'a pas toujours le client sous la main surtout s'ils sont nombreux. De plus, les clients actuels n'ont pas les mêmes besoins que ceux que l'on pourra trouver plus tard. Les normes permettent d'avoir des repères stables. Et cela est d'autant plus efficace que la norme inclut elle-même la nécessité d'écouter le client.

ISO 9000

Client : Concept qualité désignant le destinataire d'un produit (ou d'un service) provenant d'un fournisseur. Le client peut être par exemple le consommateur final, l'utilisateur, le bénéficiaire ou l'acheteur. Il peut être interne ou externe à l'organisme.

3) Rassurer le client

Une démarche qualité peut exister sans assurance qualité mais, comme son nom l'indique, il s'agit d'un label qui offre une garantie au client.

II.1.1.3 Proposer une démarche en interne

Le client bénéficie de services et/ou de produits adaptés, avant tout parce qu'à l'intérieur de l'entreprise, une démarche rigoureuse est appliquée à toutes les étapes de la conception, de la réalisation et de la commercialisation. Cette démarche exclut bien sûr les à-peu-près, les "coups" et les modifications d'humeur de la hiérarchie. La Qualité passe d'abord par l'implication de tous : direction, personnel et fournisseurs

II.1.2 La Norme ISO 9000

II.1.2.1 Les 4 normes principales :

- ❖ **ISO 9000**, Systèmes de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire
- ❖ **ISO 9001**, Systèmes de management de la qualité - Exigences
- ❖ **ISO 9004**, Systèmes de management de la qualité - Lignes directrices pour l'amélioration de la performance
- ❖ **ISO 19011**, Lignes directrices relatives aux audits de systèmes de management qualité et environnemental

ISO 9000

Management de la qualité : Ensemble des activités de la fonction générale de management qui déterminent la politique qualité, les objectifs et les responsabilités, et les mettent en œuvre par des moyens tels que la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité et l'amélioration de la qualité dans le cadre du système qualité.

Audit qualité : Examen méthodologique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préalable, si ces dispositions sont mises en œuvre de façon efficace et si elles sont aptes à atteindre les objectifs.

II.1.2.2 Les 2 rapports techniques

- ❖ L'un représente la " carte routière " de cette famille 2000
- ❖ L'autre représente les principes de management appliqués à la qualité

Vue d'une manière globale, la norme ISO 9001 version 2000 comprend les exigences relatives aux QUI et QUOI, alors que la norme ISO 9004 version 2000 donne des indications sur le COMMENT.

II.1.2.3. Les huit principes de management de la qualité

Les normes révisées relatives au système de management de la série ISO 9000 : 2000 sont fondées sur huit principes de management.

Ces huit principes de management de la qualité sont définis dans l'ISO 9000 : 2000, Systèmes de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire et dans l'ISO 9004 : 2000, Systèmes de management de la qualité - Lignes directrices pour l'amélioration des performances.

- 1) L'écoute client
- 2) Le leadership
- 3) L'implication du personnel
- 4) L'approche processus
- 5) Le management par l'approche système
- 6) L'amélioration continue
- 7) L'approche factuelle pour la prise de décision
- 8) Les relations mutuelles bénéfiques avec les fournisseurs

1) Ecoute client

Les organismes dépendent de leurs clients, il convient donc qu'ils en comprennent les besoins présents et futurs, qu'ils satisfassent leurs exigences et qu'ils s'efforcent d'aller au-devant de leurs attentes.

Organisme : Compagnie, société, firme, entreprise ou institution ou partie de celle-ci, à responsabilité limitée ou d'un autre statut, de droit public ou privé, qui a sa propre structure fonctionnelle et administrative

Avantages clés :

- Augmentation des recettes et des parts de marché résultant de la souplesse et de la rapidité des réactions face aux opportunités du marché.
- Efficacité accrue dans l'utilisation des ressources de l'organisme pour augmenter la satisfaction du client.
- Plus grande loyauté des clients conduisant à un renouvellement des relations d'affaires.

ISO 9000

Client : Concept qualité désignant le destinataire d'un produit (ou d'un service) provenant d'un fournisseur. Le client peut être par exemple le consommateur final, l'utilisateur, le bénéficiaire ou l'acheteur. Il peut être interne ou externe à l'organisme.

Aspects découlant de l'application du principe 1 " Ecoute client " :

- Cerner et comprendre les besoins et les attentes du client.
- Assurer que les objectifs de l'organisme sont en phase avec les besoins et les attentes du client.
- Mesurer la satisfaction du client et agir sur les résultats.
- Gérer méthodiquement les relations avec le client.

ISO 9000

Acheteur : Client dans une situation contractuelle. Souvent appelé « seconde partie ».

2) Leadership

Les dirigeants établissent la finalité et les orientations de l'organisme. Il convient qu'ils créent et maintiennent un environnement interne dans lequel les personnes peuvent pleinement s'impliquer dans la réalisation des objectifs de l'organisme.

Avantages clés :

- Les buts et objectifs de l'organisme sont compris par le personnel ainsi motivé.
- Les activités sont évaluées, alignées et mises en œuvre de façon unifiée.

- Les défauts de communication entre les différents niveaux d'un organisme sont réduits au minimum.

Aspects découlant de l'application du principe 2 " Leadership " :

- Prendre en compte des besoins de toutes les parties intéressées notamment les clients, les employés, les fournisseurs, les financiers, les collectivités locales et la société dans son ensemble.
- Définir des objectifs et des cibles réalisables.
- Fournir au personnel les ressources et la formation nécessaires et la liberté d'agir de manière responsable.

3) Implication du personnel

Les personnes à tous niveaux sont l'essence même d'un organisme et une totale implication de leur part permet d'utiliser leurs aptitudes au profit de l'organisme.

Avantages clés :

- Personnel motivé, impliqué et engagé pour l'organisme.
- Membres du personnel responsables de leurs performances individuelles.
- Personnel soucieux de participer et de contribuer à l'amélioration continue.

ISO 9000

Amélioration de la qualité : Action entreprise dans tout l'organisme en vue d'accroître l'efficacité et le rendement des activités et des processus pour apporter les avantages accrus à la fois à l'organisme et à ses clients.

Aspects découlant de l'application du principe 3 " Implication du personnel " :

- Le personnel comprend l'importance de sa contribution et de son rôle dans l'organisme.
- Le personnel évalue sa performance par rapport aux buts et objectifs individuels.
- Le personnel recherche activement des occasions d'accroître sa compétence, ses connaissances et son expérience.
- Le personnel partage librement le savoir-faire et l'expérience.

Management total de la qualité : Mode de management d'un organisme, centré sur la qualité, basé sur la participation de tous ses membres et visant au succès à long terme et à la satisfaction du client, et à des avantages pour tous les membres de l'organisme et pour la société.

Processus : Ensemble des opérations d'élaboration d'un produit ou d'un service effectué selon un procédé déterminé, pouvant inclure le personnel, les finances, les installations, les techniques et les méthodes.

4) Approche processus

Un résultat escompté est atteint de façon plus efficiente lorsque les ressources et activités afférentes sont gérées comme un processus.

Avantages clés :

- Coûts et durées de cycle réduits par l'utilisation efficace des ressources.
- Résultats améliorés, cohérents et prévisibles.

- Focalisation sur les opportunités d'amélioration et classement par ordre de priorité.

Aspects découlant de l'application du principe 4 " Approche processus " :

- Définition systématique des activités nécessaires pour obtenir un résultat désiré.
- Analyse et mesure du potentiel des activités clés.
- Evaluation des risques, des conséquences et des impacts des activités sur les clients, les fournisseurs et d'autres parties intéressées.

5) Management par approche système

Identifier, comprendre et gérer des processus corrélés comme un système contribue à l'efficacité et l'efficience de l'organisme à atteindre ses objectifs.

Avantages clés :

- Intégration et alignement des processus qui permettront d'atteindre au mieux les résultats désirés.
- Conférer aux parties intéressées la confiance dans la cohérence, l'efficacité et l'efficience de l'organisme.

Aspects découlant de l'application du principe 5 " Management par approche système "

- Structuration du système pour atteindre les objectifs de l'organisme de la façon la plus efficace et efficiente.
- Approches structurées avec harmonisation et intégration des processus.
- Amélioration continue du système par le biais de mesures et d'évaluations.

ISO 9000

Evaluation Qualité : Examen systématique en vue de déterminer dans quelle mesure une entité est capable de satisfaire aux exigences spécifiées.

6) Amélioration continue

Il convient que l'amélioration continue de la performance globale d'un organisme soit un objectif permanent de l'organisme.

Avantages clés :

- Avantage concurrentiel grâce à des capacités organisationnelles améliorées.
- Alignement des activités d'amélioration à tous les niveaux par rapport aux objectifs stratégiques de l'organisme.
- Souplesse et rapidité de réaction face aux opportunités.

ISO 9000

Amélioration continue de la qualité : Actions entreprises dans tout l'organisme en vue d'accroître l'efficacité et le rendement des activités et des processus pour apporter les avantages accrus à la fois à l'organisme et à ses clients. Cette démarche participative repose sur la mise en place d'un cycle d'amélioration de la qualité selon le principe proposé par Deming*.

Aspects découlant de l'application du principe 6 " Amélioration continue " :

- Utilisation d'une approche cohérente à l'ensemble de l'organisme en vue de l'amélioration continue des performances de l'organisme.
- Assurer la formation du personnel aux méthodes et outils d'amélioration continue.
- Etablir des buts afin d'orienter l'amélioration continue et des mesures pour en assurer le suivi.

* William Edwards Deming

Mathématicien et philosophe, il est l'un des principaux « gourous » de la Qualité (avec Feigenbaum, Ishikawa, Juran, Shewart, Taguchi) qui ont travaillé pour l'ISO au cours des 50 dernières années. Jusqu'en 1980, ses théories furent bannies des entreprises américaines parce que leurs dirigeants restaient des adeptes incondtionnels des principes de la division du travail prôné par Taylor. Le prix Deming (1951), est la plus haute récompense décernée à une entreprise pour son excellence dans le management.

Le management : Au sens premier, le management consiste à mettre de l'ordre dans une maison et à faire vivre ses habitants en bonne intelligence. Dans une entreprise, le management consiste à maîtriser les processus, à coordonner les opérations et à préparer l'avenir.

Le but des célèbres « 14 points de Deming » est que la politique de l'entreprise doit être de développer la connaissance dans un climat de coopération.

<p><u>Les 14 points de Deming</u> A l'intention des dirigeants</p>	<p>1 Gardez le cap de votre mission en améliorant constamment les produits et les services.</p>	<p>2 Adoptez la nouvelle philosophie de management et conduisez le changement d'une main ferme.</p>
<p>3 Faites en sorte que la qualité des produits ne demande qu'un minimum de contrôles. Intégrez la qualité dès la conception.</p>	<p>4 Abandonnez la règle des achats au plus bas prix. Cherchez plutôt à réduire le coût total. Réduisez au minimum le nombre de fournisseurs par article, en établissant avec eux des relations à long terme de loyauté et de confiance.</p>	<p>5 Améliorez constamment tous les processus de planification, de production et de service, ce qui entraînera une réduction des coûts.</p>
<p>6 Instituez une formation permanente pour tout le personnel de l'entreprise.</p>	<p>7 Instituez une forme moderne d'autorité (le leadership) ayant pour but de faciliter le travail des hommes et des machines.</p>	<p>8 Faites disparaître la crainte, pour que chacun puisse contribuer au succès de l'entreprise.</p>

9 Renversez les barrières entre les services. Le travail en équipe évitera les problèmes qui peuvent apparaître au cours de l'élaboration et de l'utilisation des produits.	10 Supprimez les exhortations, les slogans et les objectifs qui demandent aux employés d'atteindre le "zéro défaut" et d'augmenter la productivité.	11 Supprimez les quotas de production, la méthode dite "direction par objectifs" (DPO) et toute forme de management par les chiffres.
12 Supprimez les obstacles qui empêchent les employés, les ingénieurs et les cadres d'être fiers de leur travail	13 Instituez un vigoureux programme d'éducation et d'amélioration personnelle	14 Mettez en oeuvre toutes les forces de l'entreprise pour accomplir la transformation

7) Approche factuelle pour la prise de décision

Les décisions efficaces se fondent sur l'analyse de données et d'informations.

Avantages clés :

- Décisions bien informées.
- Meilleure aptitude à démontrer l'efficacité des décisions antérieures par référence à des données factuelles enregistrées.
- Augmenter l'aptitude à examiner, mettre en cause et changer les opinions et les décisions.

Aspects découlant de l'application du principe 7 " Approche factuelle pour la prise de décision " :

- Garantir que les données et les informations sont suffisamment exactes et fiables.
- Prises de décisions et actions fondées sur une analyse factuelle, équilibrée par l'expérience et l'intuition

8) Relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs

Un organisme et ses fournisseurs sont interdépendants et des relations mutuellement bénéfiques augmentent les capacités des deux organismes à créer de la valeur.

Avantages clés :

- Aptitude accrue à créer de la valeur pour les deux parties.
- Souplesse et rapidité des réactions face à l'évolution du marché ou des besoins et des attentes client.
- Optimisation des coûts et des ressources.

Aspects découlant de l'application du principe 8 " Relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs " :

- Etablir des relations qui équilibrent les gains à court terme et des considérations à long terme.
- Mise en commun des acquis et des ressources avec les partenaires.
- Identifier et choisir les fournisseurs clés.
- Partage d'information et des plans futurs.
- Etablir des activités communes de développement et d'amélioration.
- Inspirer, encourager et reconnaître les améliorations et les réalisations des fournisseurs.

II.1.2.4 L' approche processus

Les nouvelles normes internationales encouragent l'adoption d'une approche processus lors du développement, de la mise en œuvre et de l'amélioration de l'efficacité d'un système de **management de la qualité**, afin d'accroître la satisfaction des clients par le respect de leurs exigences.

Pour qu'un organisme fonctionne de manière efficace, il doit identifier et gérer de nombreuses activités corrélées. Toute activité utilisant des ressources et gérée de manière à permettre la transformation d'éléments d'entrée en éléments de sortie, peut être considérée comme un processus.

L'élément de sortie d'un **processus** constitue souvent l'élément d'entrée du processus suivant.

L'approche processus désigne l'application d'un **système** de processus au sein d'un organisme, ainsi que l'identification, les interactions et le management de ces processus. L'un des avantages de l'approche processus est la maîtrise permanente qu'elle permet sur les relations entre les processus au sein du système de processus, ainsi que sur leurs combinaisons et interactions.

Le modèle de système de management de la qualité basé sur les processus présentés ci-dessous illustre les relations entre les processus suivants : Responsabilité de la direction, Management des ressources, Réalisation du **produit** ou **service** et mesures, analyse et améliorations.

ISO 9000

Management de la qualité : Ensemble des activités de la fonction générale de management qui déterminent la politique qualité, les objectifs et les responsabilités, et les mettent en œuvre par des moyens tels que la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité et l'amélioration de la qualité dans le cadre du système qualité.

Processus : Ensemble des opérations d'élaboration d'un produit ou d'un service effectué selon un procédé déterminé, pouvant inclure le personnel, les finances, les installations, les techniques et les méthodes.

Procédure : Manière spécifiée d'accomplir une activité.

Système Qualité : Ensemble de l'organisation des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité.

Produit : Résultat d'activités ou de processus.

Service : Résultat généré par des activités à l'interface entre le fournisseur et le client, et par des activités internes au fournisseur pour répondre aux besoins du clients.

1) Responsabilité de la direction

C'est une partie fortement renforcée dans la nouvelle norme et qui était source de nombreuses non-conformités. La direction doit identifier les attentes du client et mettre tout en œuvre pour que celles-ci soient respectées. Pour cela, il faut fixer les objectifs et les ressources, permettre une bonne communication de la **politique qualité** au sein de l'entreprise et nommer des responsables. La direction est également responsable du management de la qualité.

Revue de direction : Evaluation formalisée, effectuée par la direction au plus haut niveau, de l'état et de l'adéquation du système qualité par rapport à la politique qualité et à ses objectifs.

Politique Qualité : Orientations et objectifs généraux d'un organisme concernant la qualité, tels qu'ils sont exprimés par la direction au plus haut niveau.

Boucle de la qualité : Modèle conceptuel des activités interdépendants qui influent sur la qualité lors des différentes phases s'échelonnant de l'identification des besoins à l'évaluation de leur satisfaction.

2) Management des Ressources

Ces ressources doivent être déterminées par l'entreprise et ajustées aux objectifs. Par exemple pour les ressources humaines il s'agit d'ajuster la formation et les qualifications.

Autres ressources :

- Le temps
- Les finances
- Les infrastructures
- L'information
- L'environnement de travail

Responsabilité du fait du produit : Terme générique utilisé pour décrire l'obligation faite à un producteur ou à d'autres, de dédommager des pertes relatives à des dommages corporels, matériels ou d'autres causés par un produit.

3) Réalisation du produit et/ou des services

Il s'agit du respect d'un processus permettant la satisfaction du client. Il existe un point très intéressant des nouvelles normes concernant la conception. Les entreprises recherchaient souvent une certification ISO 9002 mais celle-ci a maintenant disparue. Cependant les entreprises n'ayant pas d'activité de conception pourront toujours exclure ce processus lors de leur mise aux normes ; en revanche, si conception il y a, l'entreprise ne pourra en ignorer l'existence et devra en garantir l'efficacité.

Validation : Confirmation par examen et apport de preuves tangibles que les exigences particulières pour un usage spécifique prévu sont satisfaites.

Vérification : Confirmation par examen et apport de preuves tangibles que les exigences spécifiées ont été satisfaites.

Certification (AFNOR) : Procédure qui sert à faire valider la conformité d'un système qualité aux normes ISO 9000 par un organisme compétent et indépendant et permettant de donner une assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service est conforme aux exigences spécifiées.

4) Mesures, analyses et amélioration

A ce niveau, la principale nouveauté porte sur l'exigence d'effectuer des mesures de performances concernant les processus. Aucun outil n'est préconisé (un simple registre de réclamations pourrait donc suffire).

II.1.3 Certification et organisme certificateur

C'est la vérification par un organisme agréé de la conformité du système qualité à un modèle d'organisation, dont les principales exigences sont :

II.1.3.1 Responsabilité de la direction

1) **Définir par écrit** la politique qualité (objectif et engagement).

Assurer que cette politique est comprise et appliquée dans l'entreprise.

2) **Système Qualité**

Gérer un **manuel qualité** pour assurer la conformité au **référentiel**.

II.1.3.2 Revue de contrat

1) **Les contrats** doivent comprendre la définition des besoins et la manière d'y répondre

2) **Maîtrise de la conception**

Garantir que le produit est bien conçu pour assurer une satisfaction du client.

3) **Maîtrise des documents et des données**

Assurer la gestion documentaire de l'entreprise (création, diffusion, classement), pour être sûr que le document utilisé est le bon.

Système Qualité : Ensemble de l'organisation des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité.

Exigences pour la qualité : Expression des besoins, ou leur traduction en un ensemble d'exigences exprimées en termes quantitatifs ou qualitatifs pour les caractéristiques d'une entité afin de permettre sa réalisation et son examen.

Plan qualité : Document énonçant les pratiques, les moyens et la séquence des activités liées à la qualité spécifique à un produit, projet ou contrat particulier

ISO 9000

Manuel Qualité : Document énonçant la politique Qualité et décrivant le système Qualité d'un organisme.

Référentiel : Ensemble de références sur lesquelles il convient de s'appuyer pour permettre une activité d'évaluation objective. Ce référentiel doit s'appuyer sur l'état des connaissances et « de l'art » et être validé par une autorité compétente.

Revue de contrat : Actions systématiques effectuées par le fournisseur avant la signature du contrat pour s'assurer que les exigences pour la qualité sont définies de façon adéquate, sans ambiguïté, exprimées par des documents et réalisables par le fournisseur.

Revue de conception : Examen d'une conception mené de façon complète et systématique à l'aide de documents, en vue d'évaluer sa capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité, d'identifier les problèmes et, s'il y en a, de proposer le développement de solutions.

Organisation : Responsabilité, liaisons hiérarchiques et relations agencées selon une structure permettant à un organisme d'accomplir ses fonctions.

4) Achats

S'assurer que les produits achetés (intrants) satisfont aux exigences.

Enregistrement : Document qui fournit des preuves tangibles des activités effectuées ou des résultats obtenus.

5) Maîtrise des produits fournis par le client

Vérifier la conformité et préserver les produits du client.

ISO 9000

Traçabilité : Aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'une entité au moyen d'identification enregistrées.

6) Identification et traçabilité du produit

Assurer l'historique d'un produit, identifier ce produit.

Processus : Ensemble des opérations d'élaboration d'un produit ou d'un service effectué selon un procédé déterminé, pouvant inclure le personnel, les finances, les installations, les techniques et les méthodes.

7) Maîtrise des processus

Assurer que les **processus** à mettre en oeuvre sont clairement définis.

Processus de qualification : Processus démontrant qu'une entité est capable de répondre aux exigences spécifiées.

8) Contrôles et essais

Vérifier que les exigences (autant celles concernant les **extrants** que les **intrants**) spécifiées sont respectées.

Contrôle : Activités telles que mesurer, examiner, essayer de passer au calibre une ou plusieurs caractéristiques d'une entité, et comparer les résultats aux exigences spécifiées en vue de déterminer si la conformité est obtenue pour chacune des caractéristiques.

9) Maîtrise des équipements de contrôle, de mesure et d'essai

Les appareils de mesure doivent avoir la précision adéquate, être justes et fidèles.

Intrants : L'ensemble des produits, élaborés (production).

Extrants : Les produits acceptables et ceux à supprimer, à refaire ou à déclasser (mise en circulation des produits)

10) Etat des contrôles et des essais

Assurer que toutes les **dispositions qualité** prévues, essais et contrôles ont été respectés.

ISO 9000

Conformité : Satisfaction aux exigences spécifiées

Non-conformité : non-satisfaction à une exigence spécifiée.

11) Maîtrise du produit non conforme

Mettre en place des dispositions pour que les produits **non conformes** ne soient pas mis sur le marché.

Revue de direction : Evaluation formalisée, effectuée par la direction au plus haut niveau, de l'état et de l'adéquation du système qualité par rapport à la politique qualité et à ses objectifs.

II.1.4 Actions correctives et préventives

1) Éliminer définitivement les causes de non-conformités et s'assurer que les risques identifiés ne surviennent pas.

Action corrective : Action entreprise pour éliminer une cause de non-conformité, d'un défaut ou de tout autre événement indésirable existant, pour empêcher leur renouvellement.

Action préventive : Action entreprise pour éliminer une cause de non-conformité, d'un défaut ou de tout autre événement indésirable potentiel, pour empêcher qu'il ne se produise.

Défaut : Non-satisfaction à une exigence ou à une attente raisonnable liées à une utilisation prévue, y compris celles qui ont trait à la sécurité.

Réparation : Action entreprise sur un produit non-conforme de façon qu'il satisfasse aux exigences de l'utilisation prévue, bien qu'il ne soit pas nécessairement conforme aux exigences prévues à l'origine.

Reprise : Action entreprise sur un produit non-conforme de façon qu'il satisfasse aux exigences spécifiées

2) **Audits qualité internes** : Planifier et réaliser des audits qualité internes pour déterminer l'efficacité du système qualité.

ISO 9000
Audit Qualité : Examen méthodologique et indépendant en vue de déterminer si les activités et les résultats à la qualité satisfont aux dispositions préétablies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et sont aptes à atteindre les objectifs.

Observation d'audit qualité : Constat fait au cours d'un audit qualité étayé par des preuves tangibles.

Preuve tangible : Information dont la véracité peut être démontrée, fondée sur des faits obtenus par observation, mesurage, essai ou autres moyens.

3) Formation

Identifier et gérer les besoins, planifier la formation du personnel.

4) Techniques statistiques

Identifier les techniques statistiques utilisées lors du traitement, de la production et du service après vente.

Surveillance de la qualité : supervision et vérification continues de l'état d'une entité et analyse des enregistrements afin de s'assurer que les exigences spécifiées sont satisfaisantes.

II.1.5 Limite des normes

1) Contraintes économiques

Un client n'est pas obligé d'être sensible au respect d'une quelconque norme, fut-elle ISO 9000. Si ce respect **coûte** quoi que ce soit et qu'il ne correspond pas à une exigence client, cette certification peut coûter les contrats. De plus, le coût d'une certification se chiffre à une dizaine de milliers d'Euros pour des entreprises de 60 personnes (+ environ 25% de maintien annuel) : l'enjeu les vaut-ils ?

2) Risque d'écran

La norme (en particulier ISO 9000) a été créée pour tenir compte des besoins clients mais, d'une certaine manière, les précède. Et si le client n'avait cure de certains points ? Le vrai danger réside alors dans le fait que la norme devienne un but alors qu'elle n'est qu'un moyen de garantir le but : le respect des exigences.

3) Sous évaluation des non-conformités internes

La qualité totale passe par une attitude « zéro défaut » dans tous les processus internes. Chaque service est client et fournisseur d'autres services. Or, appliquer des procédures lourdes à toutes les sous-unités devient rapidement impossible. Si bien qu'il va se créer des normes internes différentes de la norme de départ.

ISO 9000

Coût relatif de la qualité : Coût occasionné pour rendre sûre une qualité satisfaisante et en donner la confiance, ainsi que des pertes subies lorsque la qualité satisfaisante n'est pas obtenue

II.1.6 Utilité des Normes

Les normes sont utiles, voire nécessaires quand les interactions avec l'ensemble des partenaires économiques sont importantes, à la condition de respecter certains principes :

Certification : Procédure qui sert à faire valider la conformité d'un système qualité aux normes ISO 9000 par un organisme compétent et indépendant et permettant de donner une assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service est conforme aux exigences spécifiées.

- ❖ La priorité absolue est le **but recherché** quand la démarche Qualité a été entreprise.
- ❖ La **Certification** doit être une conséquence de la démarche, non sa raison d'être.
- ❖ En cas de problème, la référence suprême est le client, pas la norme.
- ❖ La norme ne doit en aucun cas être prétexte à une rigidité qu'elle exclut dans son principe

Mais une fois ces limites posées, les normes doivent être respectés par tous les services de l'entreprise dont elles constituent un véritable référentiel de communication.

II.2 Les outils de la Qualité

II.2.1. Un outil préalable à tous : Les feuilles de relevés

But

C'est un outil d'aide à la mise en place de la mesure.

Il permet une collecte de données (chiffrées ou non) précise, fiable, en relation avec l'objectif défini et il contribue à éviter des erreurs d'enregistrement. Les informations sont donc facilement utilisables pour l'analyse.

Etapes

Cet outil peut s'appliquer à toute étape de résolution d'un problème :

- Positionnement du problème (et mesure de son évolution),
- Constatation d'écart,
- Recherche des causes (quantification de l'importance de chacune), localisation des défauts,
- Recherche des solutions,
- Mesure et contrôle des résultats de la mise en oeuvre de solutions (suivi).

En permettant une collecte fiable de données, la feuille de relevés constitue une pratique préalable à toute analyse.

Principe

L'objectif à atteindre doit être clairement défini, afin que les informations recueillies lui correspondent et soient exploitables, analysables. Aussi, la première étape consiste en la détermination des différents éléments à relever :

- La grandeur à mesurer (ex : nombre de défauts, températures, ...),
- Les critères de classement (ex : heures, dates, lignes de production, types de défauts...).

La feuille de relevés se présente sous la forme d'un tableau, ou d'un histogramme, à une ou deux entrées. Elle permet l'enregistrement méthodique de ces grandeurs en fonction des critères retenus, par une notation chiffrée ou symbolique (codage).

II.2.2 Les 7 outils classiques de la qualité :

1) Le diagramme de Pareto

Synonymes : Règle des 80/20, Courbe "ABC"

But : C'est un outil de **visualisation**, d'analyse et d'aide à la prise de décision.

En soulignant la répartition des faits par **ordre d'importance**, il permet de faire un choix et de concentrer l'action autour des problèmes à traiter en priorité. Il s'utilise pour des données mesurables, quantitatives.

Etapes:

Cet outil est utilisé à différentes étapes du traitement d'un problème :

- Classement et choix des sujets à traiter,
- Positionnement du problème,
- Recherche et classement des causes du problème,
- Classement et choix des solutions,
- Suivi des résultats.

Cette méthode simple et efficace de visualisation et de classement facilite la prise de décision. De plus, claire et objective, elle contribue à un choix de groupe.

Principe:

Le diagramme de Pareto est un diagramme en colonnes, exposant et classant, par ordre décroissant d'importance, les causes d'un problème (par exemple). La hauteur des colonnes est alors proportionnelle à l'importance de chaque cause.

Ce diagramme est élaboré en plusieurs étapes :

- Liste des problèmes,
- Quantification de l'importance de chacun,
- Total de la somme et détermination du pourcentage de chacun par rapport à ce total,
- Classement des pourcentages par valeurs décroissantes, la rubrique "divers" étant toujours en dernier rang,
- Représentation graphique.

Il peut être complété par la **courbe des valeurs cumulées**, ou courbe de Pareto, dont les points sont déterminés par l'addition des valeurs des problèmes précédents, jusqu'à obtenir 100%.

La **courbe ABC**, quant à elle, découpe la courbe de Pareto en trois segments A, B et C :

"A" représente 75 à 80% de l'ensemble,

"A" + "B" représente 90 à 95% de l'ensemble,

- "A" + "B" + "C" représente 100% de l'ensemble.

Ainsi, lorsque les causes correspondant au segment "A" sont traitées, 75 à 80% du problème sont supprimés.

Par cet outil, les priorités d'action sont donc rapidement visualisées.

2) Le diagramme d'Ishikawa

Synonymes: le diagramme causes-effets, le diagramme en arêtes de poisson (d'après sa forme), the Fishbone diagram.

Définition:

Le diagramme d'Ishikawa est un **outil graphique** qui sert à comprendre les causes d'un défaut de qualité et à analyser le rapport existant entre un problème et ses causes.

Principe:

La construction du diagramme d'Ishikawa est basée sur un **travail de groupe**.

a) Pratiquer auparavant un brainstorming et trouver toutes les causes possibles au défaut de qualité. Chacun doit émettre ses opinions librement sur les origines possibles.

b) Classer les causes en 5 grandes familles, les " **5M** " : Matières, Milieu, Méthodes, Matériels, Main d'œuvre et les placer sur le diagramme. Ces 5 critères sont les plus utilisés comme point de départ à la réflexion, en convenant qu'ils peuvent être remplacés et/ou complétés en fonction du problème à résoudre.

c) Apprécier LA ou LES causes principalement responsables.

d) Vérifier les opinions

e) AGIR sur LA ou LES causes pour corriger le défaut en donnant des solutions.

Conclusion:

Le diagramme d'Ishikawa permet :

- De classer les causes liées au problème posé
- De faire participer chaque membre à l'analyse
- De limiter l'oubli des causes par le travail de groupe
- De fournir des éléments pour l'étude de la solution.

3) Le Brainstorming

Synonymes : Remue-méninges, Tempête d'idées, Créativité.

But :

Résoudre un problème en recherchant les causes et les solutions.

Principe

C'est un travail de groupe composé d'une dizaine de participants, dont un coordonnateur, choisis de préférence dans plusieurs disciplines. Le maximum d'idées devra être exprimé et noté sur un tableau (paper-board) visible de tous. La durée des séances pourra soit être de 3 à 4 heures chacune, ceci permettant de faire disparaître toutes les inhibitions, soit 1 à 2 heures pour garder une vivacité d'esprit plus grande. Quoiqu'il en soit, des pauses seront ménagées entre chaque réunion pour laisser reposer les idées émises pour mieux les réexaminer par la suite. Le déroulement du Brainstorming peut-être décrit en trois phases (chaque phase pouvant se dérouler sur plusieurs séances) :

a) Phase de Recherche : Les participants exprimeront les uns après les autres toutes les idées leur venant à l'esprit sans restriction. L'exercice doit se dérouler dans la discipline : on écoute ce que l'autre dit et on ne critique en aucune manière. Aucune idée, aussi étrange soit elle, ne doit être réprimée : le Brainstorming a lieu dans un esprit de progression du bien commun. Pas de censure ni de critique. Il faut exprimer le maximum d'idées : plus il y a d'idées, plus on a de chances de trouver celle qui marchera.

b) Phase de regroupement et de combinaison des idées : Le groupe cherchera à exploiter, améliorer les idées émises. On pourra faire des analogies, exprimer des variables ou des modifications. Certaines idées se verront complètement dénigrées, et d'autres au contraire encensées. Mais attention ! Ces critiques ne s'adresseront jamais à l'auteur de l'idée, et il faudra savoir garder le sens de l'humilité. L'important n'est pas de savoir qui a eu l'idée, mais de voir ce que l'on peut en tirer.

c) Phase de Conclusion : Au terme de l'exercice, il faudra faire l'analyse des causes suspectées et des solutions proposées : discerner celles du domaine du réalisable, de celle du domaine de l'utopie.

La résolution du problème trouvera ses bases dans le Brainstorming. Les solutions et les causes dégagées devront alors être confrontées aux exigences de l'entreprise, ainsi qu'aux autres outils. Ainsi on adoptera la meilleure des solutions.

4) Le QQQQCCP

Synonymes : méthode des 5W2H (Why ? What ? Whese ? When ? Who ? How ? How much ?) Le recueil d'informations (enquêtes). L'hexamètre de Quintilien.

But : Avoir, sur toutes les causes du problème, des informations suffisantes pour déterminer avec exactitude quelle est la cause principale. Ces informations sont souvent basées sur des observations, des faits que l'on consigne au cours d'enquêtes.

Principe : Technique de recherche d'informations sur un problème et ses causes en se posant de questions :

Quoi (objets, action, phase, opération)?

Qui (est concerné, acteur, responsable) ?

Où (lieu, distance, étape)?

Quand (moment, planning, durée, fréquence) ?

Comment (matériel, équipement, moyens nécessaires, manières, modalités, procédures...) ?

Pourquoi (réaliser telle action, respecter telle procédure..) ?

et pour chaque question se demander **Combien** ?

Elle peut être utilisée aussi pour bâtir le **plan d'action** de la solution proposée.

5) Le vote pondéré

Synonyme : Méthode de Blake et Mouton

But :

Outil utilisé pour faire un choix lorsque les données sont qualitatives.

Principe :

Technique de sélection finale du problème que le groupe souhaite résoudre en premier, à partir des résultats d'un vote simple (Technique de présélection des problèmes à traiter suite à une séance de brainstorming).

Les sujets sont classés par ordre de priorité avec une pondération décroissante en fonction de leur classement.

a) Le vote pondéré multicritère : Chacune des causes est pondérée en fonction de critères (urgence, fréquence, risque de non-détection, gravité des effets ou sur le coût de non-conformité...). Le groupe se met d'abord d'accord sur les critères à retenir. Elaboration d'un tableau : colonne (risques des causes) et ligne (les critères). Calcul du poids relatif de chaque cause, par la multiplication des poids attribués par chacun des critères. Le groupe est alors en mesure de décider des causes qui seront en priorité retenues pour analyse.

b) Le vote pondéré simple : c'est un vote pondéré mais sans critère. Il est souvent suffisant si le problème étudié n'est pas complexe. Chaque membre du groupe choisit les causes les plus importantes à ses yeux et les classe par ordre d'importance décroissante en attribuant le poids 3 pour celle qui lui paraît la plus importante, le poids 2 pour la suivante... On additionne les points de tous les membres. On retient l'option qui présente le total le plus élevé.

6) Le logigramme

Synonyme : the flowchart.

Définition :

Le logigramme est un outil pour analyser un procédé. Cela nécessite de séparer tout procédé en plusieurs événements ou activités et de montrer la relation logique qui les unis.

Construire un logigramme permet une meilleure compréhension du procédé, et cette meilleure compréhension est un pré-requis indispensable à l'amélioration de celui-ci.

- Les événements décrits et qui apparaissent sur le logigramme peuvent être de n'importe quelle nature. Par exemples, " donner un appel téléphonique " , " imprimer un rapport " .

- Les symboles utilisés pour représenter les événements peuvent prendre n'importe quelle forme (rectangles, cercles, losanges...)
- Les connexions entre les événements sont toujours représentées par des lignes, habituellement des flèches pour montrer la direction de ceux-ci.

But :

Son principal objectif est d'obliger les utilisateurs du procédé à identifier ses différents paliers pour qu'ils deviennent clairs et logiques.

Le logigramme, comme outil de clarification d'un procédé, et donc d'amélioration de celui-ci, est particulièrement un travail de groupe.

En dessinant le logigramme ensemble, l'équipe :

- développe une compréhension commune de la situation.
- contribue à une meilleure connaissance du procédé plutôt qu'une personne seule.

a) Etapes:

- 1 - Décrire le procédé à dessiner
- 2 - Démarrer avec un événement déclencheur
- 3 - Noter les actions successives de façon claire et concise
- 4 - Ne tenir compte que du flux principal (mettre les détails sur un autre graphe)
- 5 - Continuer le procédé jusqu'à la conclusion (finir avec un point cible)

Quand le logigramme décrit un procédé avec un grand nombre de personnes, de départements ou de fonctions, il faut le diviser en colonnes. L'entête de chaque colonne indiquera le nom de la personne ou du département impliqué dans le procédé.

b) Symboles standards utilisés :

- L'ellipse représente un événement qui intervient automatiquement dans le procédé
- Le rectangle représente un événement qui intervient
- Le losange représente un point clé du procédé.
- le cercle représente un point du logigramme connecté à un autre procédé. Le nom ou la référence de l'autre procédé doit apparaître à l'intérieur du cercle.

Conclusion :

La forme finale du logigramme peut être utilisée pour communiquer avec les autres. La communication du procédé est importante :

- Pour que les personnes nouvelles qui ont besoin de connaître le procédé ou qui ont besoin d'informations s'y réfèrent.
- Pour standardiser le procédé.

7) La matrice de compatibilité

Synonyme: Matrice d'aide à la décision

But : C'est un outil d'aide à la prise de décision.

Il permet de faire un choix, parmi plusieurs propositions, en fonction de critères établis.

Etape : Cet outil est applicable dès la première phase de résolution d'un problème, au moment du choix du sujet à traiter et du positionnement du problème. Par comparaison, l'élimination des sujets ne répondant pas aux critères est facilitée.

Cet outil est également utilisé pour le choix des solutions, lors d'une étape ultérieure. La confrontation des solutions et de critères impératifs permet d'éliminer les solutions n'y répondant pas et de sélectionner les plus adaptées au traitement du problème.

Principe :

La matrice de compatibilité se présente sous la forme d'un tableau à double entrée, croisant des critères de choix préalablement définis et impératifs (ex : coût, délai, efficacité...) et des sujets (problèmes à sélectionner, ou solutions à sélectionner).

Les cases sont alors remplies par des symboles définissant la relation entre le critère et le sujet étudiés :

" + " : compatibilité entre critère et sujet,
" - " : incompatibilité entre critère et sujet,
" = " : indépendance entre critère et sujet,
" ? " : relation inconnue ou ne pouvant être tranchée.

- Les sujets sont alors comparés entre eux, en fonction de leurs scores :
- Les problèmes ou solutions ne répondant pas à un ou plusieurs critères sont éliminés.
- Ceux répondant à la plupart ou à tous les critères sont retenus.

II.2.3 Quand utiliser quel outil ?

La Résolution d'un problème s'articule autour de quatre thèmes principaux. En fonction de chaque cas l'utilité d'un outil est décidée pour son rôle

- 1- Choisir le sujet ou le problème à traiter.
- 2- Identifier, pondérer, classer les causes.
- 3- Rechercher, choisir, mettre en oeuvre les solutions.
- 4- Suivre et contrôler les résultats.

Phases	Démarche	QOOCCP	Brainstorming	Ishikawa	Pareto	Vote	Matrice	Logig.
1	Lister un problème		❖					
1	Choisir un problème				❖	❖		
1	Poser le problème	❖	❖		❖			❖
2	Lister les causes de l'écart		❖	❖				
2	Détecter les causes majeures				❖	❖		❖
3	Lister les solutions		❖					
3	Choisir une solution					❖	❖	
4	Mettre en œuvre la solution et Contrôler les résultats	❖			❖			❖

II.2.4 Les autres outils

Le Diagramme des Affinités	Sorte de Brainstorming
La Méthode de Gantt et Pert	Outil de planification (U.S. Navy)
Le Kaizen	Kaï = étudier Zen = améliorer Processus d'améliorations concrètes, réalisées dans un laps de temps très court par une équipe multidisciplinaire
Les Histogrammes	Sortes de diagrammes de Pareto
Les Diagrammes de Contrôle	Processus causes / effets
Le Run Chart	Causes / effets
AMDEC-HACCP	Technique spécifique de la sûreté de fonctionnement, l'Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité (AMDEC) est avant tout une méthode d'analyse de systèmes (systèmes au sens large composé d'éléments fonctionnels ou physiques, matériels, logiciels, humains ...), statique, s'appuyant sur un raisonnement inductif (causes conséquences), pour l'étude organisée des causes, des effets des défaillances et de leur criticité.
L'Analyse Fonctionnelle	D'après la norme AFNOR NF X 50-151, l'analyse fonctionnelle est une démarche qui consiste à rechercher, ordonner, caractériser, hiérarchiser et / ou valoriser les fonctions du produit attendu par l'utilisateur. L'analyse fonctionnelle s'applique à la création ou à l'amélioration

	d'un produit, elle est dans ce cas l'étape fondamentale de <u>l'analyse de la valeur</u> . Appliquée au seul besoin, elle est la base de l'établissement du Cahier des Charges Fonctionnel Besoin.
L'Analyse de la valeur	Cette démarche permet de prendre en compte les opportunités du marché, l'évolution de l'environnement et les techniques possibles. La norme NF X 50-150 définit l'Analyse de la Valeur comme étant une " méthode de compétitivité, organisée et créative, visant la satisfaction du besoin de l'utilisateur par une démarche spécifique de conception à la fois fonctionnelle, économique et pluridisciplinaire ".
L'analyse du risque	L'analyse du risque est l'ensemble des méthodes qui concourent à quantifier les risques du projet et à permettre l'éclairage des décisions ou l'identification des domaines générant le risque global principal.
L'Analyse Systémique	Le projet est un processus de transformation des ressources ; le projet doit répondre à un ou des objectifs précis ; le projet est sujet à certaines contraintes ; le projet doit s'intégrer et être cohérent avec la planification stratégique de l'entreprise ; le projet doit respecter la culture et les valeurs de l'entreprise ; le projet baigne dans un environnement interne et externe : Il en découle que le projet peut être analysé comme un système.
Le Cahier des Charges Fonctionnel	Document par lequel le demandeur exprime son besoin (ou celui qu'il est chargé de traduire) en terme de fonctions de services et de contraintes. Pour chacune d'elles sont définis des critères d'appréciation et leurs niveaux. Chacun de ces niveaux doit être assorti d'une flexibilité.
Scatter Diagram	Causes / effets
Outil SPC	Statistical Process Control (S.P.C.)
Measles Chart	Causes / effets
Correlation Diagram	Idem
Relation Diagram	Processus d'analyse multifactorielle
Les Cercles de Qualité	Les cercles de qualité sont de petits groupes de travail de 3 à 10 personnes, appartenant à la même unité de travail (atelier, bureau, service) qui se réunissent volontairement et régulièrement pour identifier et résoudre des problèmes relatifs à leur travail. Les cercles constituent <i>l'une des modalités de participation des employés</i> à la recherche de la qualité totale. <i>Leur but est l'amélioration</i>

II.3 Les Processus

II.3.1 Quelques outils : les outils préliminaires

1) Le remue-méninges (Brainstorming)

Le conformisme, les habitudes, la rigidités sont les meilleurs terrains pour l'épanouissement de la non-qualité. En effet, si cela ne fonctionne pas correctement avec les méthodes actuelles, en continuant, on n'a peu de chances d'améliorer.

Une des solutions consiste à laisser s'épanouir ensemble les imaginations de chacun. En effet :

- ❖ L'idée d'un participant peut nourrir la réflexion d'un autre et l'enrichir, on fait rebondir les idées
 - ❖ Le frein le plus habituel à la découverte de solution est la frontière que chacun se fixe entre :
 - Le possible et l'impossible
 - Le permis et l'interdit
 - Le sérieux et le futile
 - Le correct et l'inconvenant
- Or si une solution que chacun s'accorderait à qualifier de possible, permise; sérieuse et correcte existait, elle serait dans 99,999% des cas déjà trouvée.
- ❖ L'expression libre de chaque partie prenante permet d'aider les autres parties à comprendre l'ensemble du problème.

Comment faire ?

Réunir 6 à 10 personnes d'horizons différents, de cultures d'entreprise différentes et autant que faire se peut de niveaux hiérarchiques différents.

Annoncer l'objectif le plus clairement possible et avoir leur adhésion

- ❖ Leur rappeler les règles du jeu (voir plus bas)
- ❖ Noter les idées sans les juger, sans les "résumer" (sauf évidences)
- ❖ Lancer des idées, bien sûr, mais dans le sens des autres (rebondir), pas pour peser sur la suite
- ❖ Relancer si besoin est sans corriger ce qui a été dit
- ❖ Puis seulement éliminer et classer;
- ❖ Et enfin (pas le même jour de préférence) expliquer et conclure.

Quelles règles ?

- ❖ Pas de censure
- ❖ Pas d'auto-censure (une idée même idiote qui reste dans la tête bloque l'imagination et qui sait, on peut rebondir sur elle)
- ❖ Rebondir sur les idées des autres
- ❖ Pas de "on l'a déjà dit"
- ❖ Pas de tentative de classement, d'explication : des idées brutes.
- ❖ Jouer le jeu (absence de contrainte)

Qu'en attendre ?

- ❖ Des éléments indispensables à la recherche des causes d'erreurs
- ❖ Des solutions hors du cadre habituel (on sort de l'épure)
- ❖ Une construction commune, donc mieux acceptée

2) Les cercles de qualité

Soyons clairs : malgré le nom, on peut être dans un processus Qualité sans mettre en place des cercles du même nom comme on peut avoir des cercles Qualité qui fonctionnent bien sur des points particuliers sans plan Qualité dans l'entreprise. Mais, d'une part ces cercles sont issus des démarches Qualité, d'autre part, ils servent, **quand ils sont bien organisés**, à pénétrer l'entreprise de la culture Qualité. La mise en place des cercles de Qualité peut être le franchissement de la frontière entre le contrôle qualité et la démarche qualité.

Les cercles sont issus des travaux de Kaoru Ishikawa et de la JUSE.

Quel but poursuivre avec les cercles de Qualité ?

Il s'agit d'impliquer les acteurs de chaque processus dans l'amélioration de la qualité de leurs produits et dans l'éradication des causes d'erreurs. L'avantage est double : ces acteurs se sentent impliqués et les solutions sont souvent plus adaptées et plus réalistes. En particulier, ces cercles peuvent être utilisés pour :

- ❖ Améliorer la productivité,
- ❖ Perfectionner l'organisation et les conditions de travail,
- ❖ Améliorer la communication dans l'unité,
- ❖ Améliorer la sécurité au travail,
- ❖ Amender le plan formation,
- ❖ Augmenter l'adhésion au projet d'entreprise.

Comment procéder ?

Constituer des groupes de 4 à 6 personnes de la même unité, volontaires pour améliorer un processus (produit, procédure, conditions de travail, voir +haut...) qu'ils peuvent choisir librement.

Ne pas imposer la participation d'un individu pas plus que les sujets à aborder.

Ne bloquer les idées que le plus tard possible. C'est à dire que quand on s'aperçoit qu'elles seront vraiment inapplicables. Sinon, on bloque la créativité.

Respecter pour les cercles de qualité les règles applicables à toute réunion.

Prévoir leur intégration dans le fonctionnement de l'entreprise. C'est là que réside la principale difficulté de pérennité des cercles de qualité dans nos cultures occidentales.

Leur donner les moyens (matériel, formation, organisation) d'exister.

Qu'en attendre ?

- ❖ Des solutions concrètes
- ❖ Une analyse plus fine et plus complète des problèmes
- ❖ Mais, surtout, une cohésion bien meilleure de l'équipe
- ❖ Une vision et une formation nettement améliorée

Quelles difficultés ?

En Occident, les cercles de qualité ont essuyé de nombreux échecs, pourquoi ?

- ❖ D'abord et surtout, le manque d'engagement de la direction générale de l'entreprise;
- ❖ L'utilisation des cercles pour résoudre un problème ponctuel;
- ❖ Une vision "court terme" de la part de la direction
- ❖ Un rôle de "supplétif" du contrôle qualité qui lui-même n'est qu'un palliatif
- ❖ L'absence de moyens et de formation

II.3.2 Formaliser les processus

1) Qu'est-ce qu'un processus ?

C'est une opération qui à partir d'un intrant (produit, spécification, service) fabrique un extrant (produit ou service également). Cet extrant, à valeur ajoutée par rapport à l'intrant, est offert à une clientèle externe ou interne.

2) Pourquoi formaliser le processus ?

Pour créer un produit adapté à son utilisation, on peut compter sur la bonne volonté, l'expérience et la chance. Et ça marche parfois. Mais définir a priori les extrants, les intrants et tout ce qui permettra de passer de ceux-là à ceux-ci évite des erreurs ou approximations et des opérations qui se seraient avérées inutiles et coûteuses. Cela permet aussi de trouver rapidement des solutions de remplacement si l'un des éléments doit être changé.

Mais l'intérêt de formaliser un processus ne s'arrête pas là. En cas d'anomalie, on a immédiatement tous les éléments qui constituent le processus et, ainsi, il est possible de trouver l'origine du problème beaucoup plus rapidement dès l'instant où l'opération a été prévue. La seule limite à cette approche est qu'elle ne s'applique qu'à un univers parfaitement déterministe (les mêmes causes produisent dans les mêmes conditions les mêmes effets). Ce qui exclut la concurrence, l'inspiration ou la chance.

3) Comment faire ?

L'ordre des opérations est primordial. Pour offrir un produit ou service de qualité, il convient dans l'ordre de :

- ❖ Le nommer
- ❖ Déterminer l'extrant
 - Le définir
 - Caractériser les "clients" internes ou externes du processus
 - Préciser ses spécifications (dont le prix)
- ❖ Définir l'opérateur du processus, c'est à dire le responsable de sa bonne exécution.

- ❖ Déterminer les intrants :
 - Les définir
 - Caractériser les fournisseurs possibles
 - Préciser leurs spécifications

Déjà à ce niveau, on peut constater des incompatibilités qui peuvent obliger, soit à changer les spécifications des sorties, soit à modifier les intrants, c'est le processus impossible.

- ❖ Caractériser les internes du processus, en particulier :
 - les modes opératoires
 - les personnels à trouver
 - embauches
 - formation
 - disponibilité
 - statut
 - les machines et matériels dont on doit disposer
 - machines
 - outils
 - moyens de transport
 - locaux

Même si la frontière n'est pas complètement rigide, il existe pratiquement 2 catégories de processus :

- ❖ Ceux qui peuvent réellement partir des spécifications de qualité et pour lesquels on remonte naturellement la chaîne, ceux là seuls peuvent prétendre à avoir pour critère de réalisation le **Zéro défaut**.
- ❖ Ceux pour lesquels il existe des contraintes de matière première et/ou de fabrication et pour lesquels des "normes acceptables" remplacent les véritables besoins des clients.

Dans la pratique, on se trouve très rapidement avec de multiples extrants pour des clients externes et surtout internes encore plus nombreux. Quant aux intrants, il faudrait ajouter à la liste des commandes tout ce qui est apporté "naturellement" par l'administration, les clients et les collaborateurs! Ajoutons à cela que l'opérateur serait 99 fois sur 100 le seul PDG. Toute ressemblance avec une usine à gaz ne serait sûrement pas pure coïncidence.

Aussi, dès l'instant où un processus devient un petit peu complexe, on le divise en sous-processus gérables par des individus ou des unités déléguées.

Cette formalisation sert à 3 moments :

1. Lors des opérations de prévention
2. Pour formaliser le processus de contrôle de qualité
3. Pour analyser les anomalies

ISO 9000

Contrôle : Activités telles que mesurer, examiner, essayer ou passer au calibre une ou plusieurs caractéristiques d'une entité, et comparer les résultats aux exigences spécifiées en vue de déterminer si la conformité est obtenue pour chacune de ces caractéristiques.

II.4 Correction d'anomalies

Zéro défaut n'a jamais signifié que l'on pouvait réellement croire à l'infailibilité, même à long terme. Cela veut dire que les anomalies ne doivent pas être tolérées et que toute erreur doit être examinée et, dans la mesure

Contrôle de la qualité : Fait partie des bonnes pratiques de fabrication ; il concerne l'échantillonnage, les spécifications, le contrôle, ainsi que les procédures d'organisation, de documentation et de libération qui garantissent que les analyses nécessaires et appropriées ont réellement été effectuées et que les matières premières, les articles de conditionnement et les produits ne sont pas libérés pour l'utilisation, la vente ou l'approvisionnement sans que leur qualité n'est été jugée satisfaisante.

du possible, éradiquée*. C'est une approche radicalement différente du **Contrôle Qualité** qui admet l'erreur dans les processus en amont et qui vise à les éliminer dans un dernier processus avant utilisation ou mise sur le marché.

Un des piliers d'une approche Qualité est de définir les méthodes pour s'attaquer à ce problème.

** Si une erreur est tolérable, cela signifie simplement qu'il y a des contraintes inutiles (donc des coûts inutiles) dans les spécifications du produit.*

II.4.1 Choix des priorités

Le premier point à examiner est de déterminer à quelles anomalies on s'attaque en priorité. Pour cela, plusieurs approches sont possibles :

- ❖ Approche mathématique, par exemple la méthode de Pareto
- ❖ Investigation par famille de causes et recherche des causes origines : diagramme d'Ishikawa
- ❖ Le QQQQCP pour faire le tour de tous les éléments affectant l'anomalie

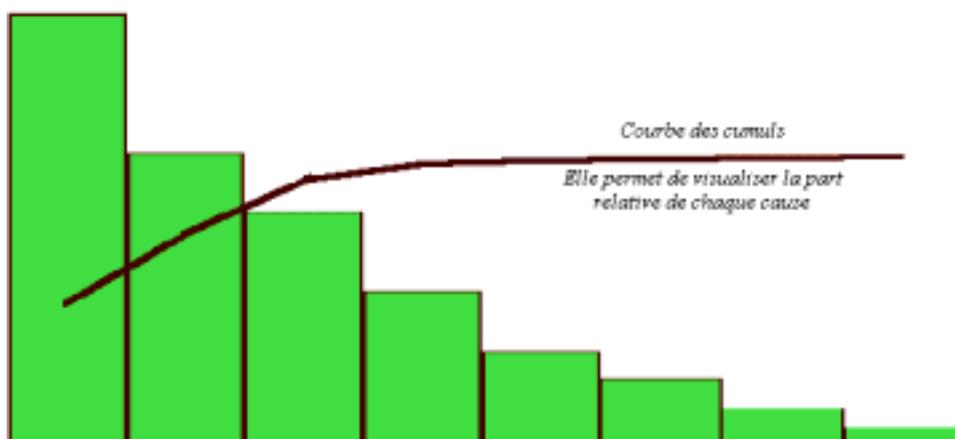
1) Le diagramme de Pareto

Le diagramme de Pareto est un moyen simple pour classer les phénomènes par ordre d'importance.

Pareto a montré qu'au début du 20e siècle, 20% de la population italienne détenait 80% de la richesse du pays.

Le diagramme de Pareto est un histogramme dont les plus grandes colonnes sont conventionnellement à gauche et vont décroissant vers la droite.

On y adjoint la courbe des effets cumulés.



La popularité des diagrammes de Pareto provient d'une part parce que de nombreux phénomènes observés obéissent à une loi des 20/80, et que d'autre part si 20% des causes produisent 80% des effets, il suffit de travailler sur ces 20% là pour influencer fortement le phénomène. En ce sens, le diagramme de Pareto est un outil apparent et efficace de prise de décision.

Les illustrations de l'utilisation des diagrammes de Pareto sont nombreuses, par exemple :

- ❖ Les références d'un magasin où on s'aperçoit que souvent moins de 20% des articles contribuent à 80% du chiffre d'affaire. De là à éliminer les autres références, il n'y a qu'un pas qu'il ne faudrait surtout pas franchir sans d'infinies précautions (les articles peu achetés ou peu chers peuvent avoir provoqué l'achat des autres).
- ❖ Le fichier commercial : 1/5 de la clientèle représente le plus souvent autour de 80% des commandes. La remarque précédente est valable. Négliger les petits clients revient à la fois à se fragiliser et à perdre de futures grosses commandes.
- ❖ **l'analyse des dysfonctionnements** : souvent une minorité de causes représente 80% ou plus de l'ensemble des défauts
- ❖ L'analyse d'un processus : 20% des opérations représentent 80% de la valeur ajoutée...

Or, dans un environnement industriel ou de service, les points d'amélioration potentiels sont quasi innombrables. Par contre, l'amélioration coûte aussi et il est nécessaire qu'en contrepartie elle apporte de la valeur ajoutée, ou au moins supprimer des pertes.

Pour déterminer les priorités et la pertinence d'une action, le recours à des outils simples d'analyse et d'aide à la décision tels que les diagrammes de Pareto peuvent permettre d'avancer plus vite.

Construction d'un diagramme de Pareto

A partir de données recueillies, on définit les catégories, puis :

- On répartit les données dans les catégories,
- Les catégories sont classées dans l'ordre décroissant,
- Faire le total des données,
- Calculer les pourcentages pour chaque catégorie : fréquence / total
- Calculer le pourcentage cumulé
- Déterminer une échelle adaptée pour tracer le graphique,
- Placer les colonnes (les barres) sur le graphique, en commençant par la plus grande à gauche
- Lorsque les barres y sont toutes, tracer la courbe des pourcentages cumulés

L'intérêt du diagramme de Pareto est de montrer que dans un premier temps il est plus "payant" d'attaquer les premières causes de défauts, plutôt que de chercher à élucider les causes qui n'apparaissent que très rarement même si la "vox populi" suggère le contraire.

2) Le diagramme d'Ishikawa

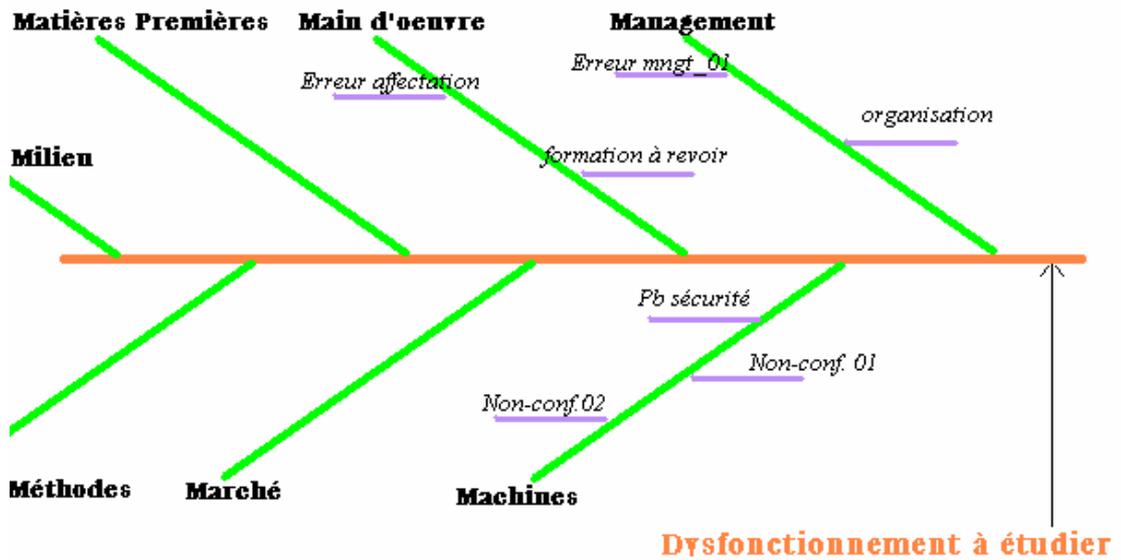


Diagramme dit en arête de poisson

On l'appelle aussi diagramme causes-effet ou, à cause de sa forme, diagramme en arête de poisson.

A partir d'un effet connu, dans notre cas un dysfonctionnement mais cette représentation fonctionne pour tout phénomène, on en cherche les classes de causes possibles et les causes précises.

Cette formalisation est souvent utilisée suite à un brainstorming (avant elle peut canaliser les idées et en appauvrir la production). Elle permet de les classer et/ou de s'apercevoir qu'un aspect n'a pas été vu. C'est ainsi que cela oblige à se poser la question des erreurs de management dans des dysfonctionnements "opérationnels". Les classes traditionnelles de causes sont notées dans le graphique ci-dessus.

Les causes sont le plus souvent trouvées par la méthode du brainstorming.

3) Le QQQQCP

Appelé en anglais 5W2H (Why ? What ? Whose ? When ? Who ? How ? How much ?)

L'objectif est d'avoir sur toutes les causes du problème, les informations pour déterminer quelle est la cause principale.

Méthode

On recherche des informations sur un problème et ses causes en se posant une série de questions :

- ❖ **Quoi** (sur quoi on travaille, les processus de fabrication, extrants et intrants)?
- ❖ **Qui** (personnes concernées, responsables) ?
- ❖ **Où** (endroit, distances)
- ❖ **Quand** (moment, durée, fréquence, fin) ?
- ❖ **Comment** (voir les internes du processus) ?
- ❖ **Pourquoi** (les raisons d'être des points précédents)

Évaluer partout les impacts financiers de chaque action effectuée (ou non effectuée) et déterminer ce qui a le plus de conséquences.

Champ d'utilisation

Il est important que les causes d'anomalies soient relativement disjointes. Il est autrement difficile de déterminer le poids relatif de chacune d'elle si les causes interfèrent entre elles.

II.4.2 La gestion des anomalies

Phil CROSBY a formalisé une méthode qui prend en compte les besoins à court terme et l'éradication nécessaire des anomalies dans l'avenir.

1) Le Contrôle Qualité

Une façon somme toute simple d'offrir un produit exempt de défaut est de vérifier, après coup, qu'il en est bien exempt. C'est le but du **Contrôle Qualité**.

Pendant longtemps et parfois même encore, ce contrôle est resté la seule démarche qualité de l'entreprise.

Il se présente comme un dernier processus après les processus de fabrication dans lequel les intrants sont l'ensemble des produits élaborés (la production) et les extrants, les produits acceptables d'une part et les produits à supprimer, à refaire ou à déclasser d'autre part (la mise en circulation des produits). Cette approche, même si elle est nécessaire, présente, quand elle constitue toute l'approche qualité de l'entreprise, deux défauts essentiels :

- Elle coûte cher, les réfections et rebuts représentant bien souvent plus que le coût d'une démarche "Zéro défaut"

- Elle déresponsabilise les autres acteurs qui vont compter sur le Contrôle et livrer des produits de moins en moins bons.

II.5 Gérer la Qualité

La communication est un élément essentiel à la fois dans la définition et dans la gestion de la qualité à l'intérieur de l'entreprise. L'une et l'autre sont des éléments du management.

Entreprendre une action qualité exige :

- Des conditions préalables
- Des moyens
- Une méthode
- Une formation
- Un suivi

II.5.1 La Qualité pour qui ?

L'une des raisons d'être de l'entreprise est la satisfaction du client.
La question est de savoir ce que désire le client

- ❖ La Qualité telle que nous la définissons de manière utile pour prendre et conserver des marchés, pour porter le projet d'Entreprise quel qu'il soit, pour optimiser les coûts et supprimer les "gaspis" c'est
 - L'aptitude à rendre entièrement le service attendu
 - tel qu'il est exprimé
 - tel qu'il est voulu sans être exprimé (évidences)
 - tel qu'il va se révéler (innovations utiles)

II.5.2 Les pré-requis

1) Une motivation

La première question à poser, et se poser, est : **la qualité pourquoi?**

Car, en l'absence d'objectif affiché, il est certain que tout plan/démarche/approche... Qualité n'a aucune chance d'aboutir. Et pour quelle raison aboutirait-il ? C'est pourquoi la notion de qualité n'a guère cours dans une économie de pénurie où l'on écoule ce que l'on veut, quand on veut, aux conditions qu'on veut.

2) Un engagement

La démarche Qualité concerne l'ensemble des produits/services fournis au client final. Il ne peut donc s'agir d'actions isolées, décidées par quelque responsable intermédiaire que ce soit. C'est la Direction Générale qui doit en être le maître d'ouvrage. Et cela d'autant plus que c'est une démarche lourde qui touche la façon de penser et l'organisation de l'entreprise.

3) Un recul nécessaire

Croire pouvoir régler, en cas de crise, un problème de qualité de service par une démarche Qualité est un leurre. Cela équivaldrait à ignifuger les locaux en cas d'incendie. Cette démarche est tout le contraire d'un remède, son maître mot est **prévention**.

4) Une organisation

Action sans organisation conduit à la ruine. Et cela d'autant plus que c'est une action qui doit concerner tous les départements de l'entreprise. Il convient donc, avant toute mise en œuvre, de prévoir les méthodes et structures de pilotage de cette démarche qualité. Les normes ont été établies pour offrir un cadre à ces méthodes mais elles ne sauraient constituer à elles seules une action Qualité.

II.5.3 La prévention

1) Mettre en place un contrôle qualité, utiliser des outils d'analyse ou de correction d'erreurs, étudier les processus ne sauraient en aucun cas suffire à une démarche Qualité, il y manquera une composante nécessaire : **la Prévention**.

La prévention consiste, bien entendu, en l'analyse la plus complète du processus à mettre en œuvre. Mais, à moins d'avoir la certitude d'avoir tout pris en compte, il faut aussi :

- Evaluer les possibilités de risque de défaillance du processus dès la conception
- Détecter et éliminer les erreurs au plus tôt, avant qu'elles ne perturbent
- Étudier les évolutions du processus par rapport au milieu

2) L'analyse du processus

Les processus à mettre en place seront analysés pour toutes les phases du cycle de vie du produit ou du service. En effet, un produit doit non seulement correspondre à des utilisations qui peuvent être multiples, mais doit se prêter au stockage, à la livraison, à l'installation et, en fin de cycle, au recyclage ou à l'élimination.

Pour chaque phase de ce cycle de vie, il existe des spécifications pour les extrants. Ces spécifications donneront lieu à des critères mesurables, seule manière de pouvoir évaluer la qualité du système. Ceux-là détermineront les composants (modes opératoires, machines, personnels) du processus.

Le choix des spécifications définitives dépendront :

- ❖ Evidemment de l'aptitude à satisfaire les besoins
- ❖ Mais aussi du niveau de performances de chaque critère
- ❖ De la flexibilité du système par rapport à des modifications de la demande
- ❖ Du coût associé de ces modifications pour chaque critère retenu

II.5.4 Méthode(s)

Il n'y a au départ qu'UNE méthode pour améliorer la qualité. Elle donne ensuite lieu à des utilisations multiples. Mais à la base, il faut :

- Savoir sur quel élément on veut travailler
- Définir une mesure objective de cet élément
- Trouver des instruments de mesure
- Faire les mesures selon un protocole défini

Pour cela, il est indispensable d'élaborer des feuilles de relevés périodiques

1) La feuille de relevés

C'est un outil d'aide à la mise en place de la mesure.

Il permet une collecte de données (chiffrées le plus souvent) corrélées avec l'élément sur lequel on veut travailler. Ces données serviront à analyser le problème et à mesurer l'effet des mesures qui seront prises.

Pour ce faire, il convient de :

- ❖ Définir au préalable des normes de réalisation et des objectifs
- ❖ Mesurer les écarts éventuels
- ❖ Identifier les causes originelles
- ❖ Mettre en place les solutions
- ❖ Évaluer les corrections et éventuellement :
 - Changer les normes
 - Reconsidérer les causes-originelles envisagées

Comment procéder ?

- ❖ Définir l'objectif et les éléments à mesurer et vérifier qu'ils correspondent
- Par exemple :
- Nombre d'arrêt, temps d'indisponibilité d'un système
 - Nombre d'appels téléphoniques non traités au bout de x heures
 - Poids, longueur d'une pièce ...
 - Traduire ensuite ces données en pourcentage, écarts, etc. et les traiter sous

- forme de tableaux synoptiques. ou de courbe.
- Utiliser ces données, ou vous n'aurez fait que confirmer les salariés dans leur idée que la qualité est un gadget de la Direction.

Il est intéressant de noter que, à elle seule, la communication de ces courbes ou tableaux permet très souvent d'améliorer la Qualité. Et cela simplement parce que le personnel se sent concerné et informé. Mais bien sûr, il doit s'agir d'informations globales, non nominatives. Ces données peuvent être utilement affichées à condition que cela ne puisse donner lieu à des polémiques propres à réveiller des instincts claniques. Mais cela ne doit pas empêcher d'annoncer et prendre des mesures concrètes.

2) La Formation

Se lancer un processus d'amélioration de la qualité sans impliquer *et* former le personnel conduira inexorablement à des balbutiements générateurs de perte de temps et à des interprétations génératrices de pertes tout court.

Deux types de formation sont à prévoir. Elles comprennent toutes deux la connaissance des buts, des objectifs du plan qualité. Elles se différencient par le rôle qu'auront les participants : 1) Définition des tactiques et mise en place des procédures ; 2) Participation aux actions et utilisation des outils

L'implication du personnel est requise dans l'un et l'autre cas.

3) Le Suivi

Lancer une action qualité est (relativement) aisé. Mais surviennent très rapidement deux éléments qui mettent en danger la pérennité du processus : 1) Des résultats sont vite obtenus : on est content, on souffle un peu (le personnel) ; 2) Cela fait x semaines qu'on a commencé et cela n'a toujours rien rapporté (la direction)

Si cela n'a pas été prévu, c'est le flop. Aussi, a-t-il fallu mettre en place les procédures de suivi. Celles-ci permettent au management d'agir sereinement, et au personnel de faire le point des acquis, mais également de ce qu'il conviendra d'améliorer et quand il y aura lieu de le faire.

Conclusion

La démarche qualité obéit à des règles très précises sans lesquelles il est inapproprié de faire référence à cette notion.

La démarche qualité répond à des normes, lesquelles s'attachent essentiellement à mesurer des données quantifiables et objectivables permettant, par la prévention et la correction d'anomalies, d'atteindre le degré « zéro défaut » du produit ou du service fournis dans le but de satisfaire les attentes du client, extérieur au processus engagé, et, par là même, de dégager une plus value et de créer de la valeur pour le développement et la pérennisation de l'entreprise.

En Résumé :

LA DEMARCHE QUALITE

Le respect des Normes

La démarche Qualité d'une entreprise tient au respect de certaines **normes**. Le respect de ces normes permet de certifier la qualité des produits et celle de l'approche. C'est ainsi que se définit l'Assurance Qualité.

Une démarche en interne

Le client bénéficie de services et/ou de produits adaptés, avant tout parce qu'à l'intérieur de l'entreprise, une démarche rigoureuse est appliquée à toutes les étapes de la conception, de la réalisation et de la commercialisation. Cette démarche exclut bien sûr les à-peu-près, les "coups" et les modifications d'humeur de la hiérarchie. La Qualité passe d'abord par l'implication de tous : direction, personnel et même fournisseurs.

Les huit principes de management de la qualité

- 1) L'écoute client
- 2) Le leadership
- 3) L'implication du personnel
- 4) L'approche processus
- 5) Le management par l'approche système
- 6) L'amélioration continue
- 7) L'approche factuelle pour la prise de décision
- 8) Les relations mutuelles bénéfiques avec les fournisseurs

La Certification par un organisme certificateur

C'est la vérification par un organisme agréé de la conformité du système qualité à un modèle d'organisation.

L'Approche Processus

Les nouvelles normes internationales encouragent l'adoption d'une approche processus lors du développement, de la mise en œuvre et de l'amélioration de l'efficacité d'un système de **management de la qualité**, afin d'accroître la satisfaction des clients par le respect de leurs exigences.

Pour qu'un organisme fonctionne de manière efficace, il doit identifier et gérer de nombreuses activités corrélées. Toute activité utilisant des ressources et gérée de manière à permettre la transformation d'éléments d'entrée en éléments de sortie, peut être considérée comme un processus. L'élément de sortie d'un **processus** constitue souvent l'élément d'entrée du processus suivant.

L' "approche processus" désigne l'application d'un **système** de processus au sein d'un organisme, ainsi que l'identification, les interactions et le management de ces processus.

L'un des avantages de l'approche processus est la maîtrise permanente qu'elle permet sur les relations entre les processus au sein du système de processus, ainsi que sur leurs combinaisons et interactions.

Le modèle de système de management de la qualité basé sur les processus présenté ci-dessous illustre les relations entre les processus suivants : Responsabilité de la direction, Management des ressources, Réalisation du **produit** ou **service** et mesures, analyse et améliorations qui seront détaillés ultérieurement.

Les Actions correctives et préventives

1. Éliminer définitivement les causes de non-conformités et s'assurer que les risques identifiés ne surviennent pas.
- 2 Planifier et réaliser des **audits qualité** internes pour déterminer l'efficacité du système qualité.

LES OUTILS CLASSIQUES DE LA QUALITE

Outil préalable

Les feuilles de relevés

C'est un outil d'aide à la mise en place de la mesure. Il permet une collecte de données (chiffrées ou non) précise, fiable, en relation avec l'objectif défini et il contribue à éviter des erreurs d'enregistrement. Les informations sont donc facilement utilisables pour l'analyse.

Outils préliminaires à la formalisation des processus

Le Brainstorming :

Permet de résoudre un problème en recherchant les causes et les solutions.

C'est un travail de groupe composé d'une dizaine de participants, dont un coordonnateur, choisis de préférence dans plusieurs disciplines. Le maximum d'idées devra être exprimé et noté sur un tableau (paper-board) visible de tous. La durée des séances pourra soit être de 3 à 4 heures chacune, ceci permettant de faire disparaître toutes les inhibitions, soit 1 à 2 heures pour garder une vivacité d'esprit plus grande. Quoiqu'il en soit, des pauses seront ménagées entre chaque réunion pour laisser reposer les idées émises pour mieux les réexaminer par la suite. Au terme de l'exercice, il faudra faire l'analyse des causes suspectées et des solutions proposées : discerner celles du domaine du réalisable, de celle du domaine de l'utopie. La résolution du problème trouvera ses bases dans le Brainstorming. Les solutions et les causes dégagées devront alors être confrontées aux exigences de l'entreprise, ainsi qu'aux autres outils. Ainsi on adoptera la meilleure des solutions.

Les cercles de qualité

Servent à pénétrer l'entreprise de la culture Qualité. La mise en place des cercles de Qualité peut être le franchissement de la frontière entre le contrôle qualité et la démarche qualité.

Les cercles sont issus des travaux de Kaoru Ishikawa et de la JUSE.

Le but est d'impliquer les acteurs de chaque processus dans l'amélioration de la qualité de leurs produits et dans l'éradication des causes d'erreurs. L'avantage est double : ces acteurs se sentent impliqués et les solutions sont souvent plus adaptées et plus réalistes. En particulier, ces cercles peuvent être utilisés pour :

- ❖ Améliorer la productivité,
- ❖ Perfectionner l'organisation et les conditions de travail,
- ❖ Améliorer la communication dans l'unité,
- ❖ Améliorer la sécurité au travail,
- ❖ Amender le plan formation,
- ❖ Augmenter l'adhésion au projet d'entreprise.

Le vote pondéré

Outil utilisé pour faire un choix lorsque les données sont qualitatives.

Technique de sélection finale du problème que le groupe souhaite résoudre en premier, à partir des résultats d'un vote simple (Technique de présélection des problèmes à traiter suite à une séance de brainstorming).

Les sujets sont classés par ordre de priorité avec une pondération décroissante en fonction de leur classement.

Le logigramme

Le logigramme est un outil pour analyser un procédé. Cela nécessite de séparer tout procédé en plusieurs événements ou activités et de montrer la relation logique qui les unis.

Construire un logigramme permet une meilleure compréhension du procédé, et cette meilleure compréhension est un pré-requis indispensable à l'amélioration de celui-ci.

Son principal objectif est d'obliger les utilisateurs du procédé à identifier ses différents paliers pour qu'ils deviennent clairs et logiques. Le logigramme, comme outil de clarification d'un procédé, et donc d'amélioration de celui-ci, est particulièrement un travail de groupe. La forme finale du logigramme peut être utilisée pour communiquer avec les autres. La communication du procédé est importante :

Le diagramme de Pareto

C'est un outil de **visualisation**, d'analyse et d'aide à la prise de décision. En soulignant la répartition des faits par **ordre d'importance**, il permet de faire un choix et de concentrer l'action autour des problèmes à traiter en priorité. Il s'utilise pour des données mesurables, quantitatives.

Cet outil est utilisé à différentes étapes du traitement d'un problème :

- Classement et choix des sujets à traiter,
- Positionnement du problème,
- Recherche et classement des causes du problème,
- Classement et choix des solutions,
- Suivi des résultats.

Le diagramme d'Ishikawa

Le diagramme causes-effets. Le diagramme d'Ishikawa est un **outil graphique** qui sert à comprendre les causes d'un défaut de qualité ; il sert à analyser le rapport existant entre un problème et ses causes.

Le diagramme d'Ishikawa permet :

- De classer les causes liées au problème posé
- De faire participer chaque membre à l'analyse
- De limiter l'oubli des causes par le travail de groupe
- De fournir des éléments pour l'étude de la solution.

Le QQQQCCP

Technique de recherche d'informations sur un problème et ses causes en se posant les questions :

Quoi (objets, action, phase, opération)?

Qui (est concerné, acteur, responsable) ?

Où (lieu, distance, étape)?

Quand (moment, planning, durée, fréquence) ?

Comment (matériel, équipement, moyens nécessaires, manières, modalités, procédures...) ?

Pourquoi (réaliser telle action, respecter telle procédure..) ?

et pour chaque question se demander **Combien** ?

Elle peut être utilisée aussi pour bâtir le **plan d'action** de la solution proposée.

La matrice de compatibilité :

Outil d'aide à la prise de décision. Il permet de faire un choix, parmi plusieurs propositions, en fonction de critères établis.

Applicable dès la première phase de résolution d'un problème, au moment du choix du sujet à traiter et du positionnement du problème. Par comparaison, l'élimination des sujets ne répondant pas aux critères est facilitée. La confrontation des solutions et de critères impératifs permet d'éliminer les solutions n'y répondant pas et de sélectionner les plus adaptées au traitement du problème.

III. L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DANS LE SECTEUR SANITAIRE

Extraits de l'ordonnance du 24 avril 1996

Art. L 710-1-1. " La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissements de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation définie à l'article L 710-5. "

Art. L 710-5. " Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.".../..."Dans un délai de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, tous les établissements de santé devront s'être engagés dans cette procédure. "

III.1 Les principes Qualité

1 UNE VISION DE L'ÉTABLISSEMENT CENTRÉE SUR LE PATIENT

L'organisation d'un établissement de santé et les pratiques mises en œuvre ont toutes pour objectif de contribuer à la prise en charge du patient, certaines activités concourent directement à cette prise en charge et d'autres apportent leur soutien à ces dernières.

Il est possible ainsi de distinguer trois types de fonctions exercées dans un établissement de santé :

- Celles liées directement à la prise en charge du patient : l'accueil et l'admission, les prestations médicales et paramédicales, les prestations médico techniques, les prestations hôtelières, etc.
- Celles liées à la gestion qui apportent, aux précédentes, un soutien à leur bon fonctionnement : la gestion des ressources humaines, la gestion logistique, la gestion financière, la gestion de l'information, la gestion de la qualité et de la prévention des risques en particulier
- Celle liée au management de l'établissement qui définit la politique de l'établissement, détermine ses conditions de fonctionnement et d'organisation et plus généralement permet aux deux types de fonctions précédentes de s'exercer dans un cadre précis.

Chacune de ces fonctions est dépendante de l'autre dans le processus de prise en charge du patient. Ainsi, la qualité de la prise en charge médicale dépendra de la qualité de la prise en charge paramédicale, la qualité de ces dernières dépendra de la qualité de l'environnement au sein de laquelle elles se réalisent, etc.

Ce principe est respecté dans les référentiels d'accréditation

2 UNE DEMARCHE PROGRESSIVE AUX RESULTATS MESURABLES

La politique qualité dans un établissement de santé doit, pour être efficace, s'inscrire dans le cadre d'un programme d'actions précis qui, concrétisant la politique de l'établissement dans ce domaine, doit permettre d'améliorer :

- le service rendu au patient en fonction des besoins qu'il exprime et de ses attentes
- les processus et pratiques, là où cela est jugé prioritaire et/ou utile.

Elle ne se résume pas, en effet, à la production de protocoles ou procédures, qui, dans un domaine où il doit être tenu compte de la nécessaire personnalisation des soins, ne peut être, à elle seule, le reflet de la qualité des soins et pourrait même limiter l'aptitude des professionnels à maîtriser les aléas inhérents à la prise en charge des patients.

L'expérience démontre que les projets d'amélioration qui sont menés sans s'inscrire dans un cadre précis deviennent déléteurs faute d'objectifs sur les résultats qu'on en attend au niveau institutionnel. De même, la définition d'une politique qualité qui comporte des objectifs sans définition précise des actions pour les atteindre, soit demeure une simple déclaration d'intention, soit génère une réalisation de projets dont l'utilité n'est pas toujours prouvée.

La démarche à mettre en œuvre doit reposer sur un programme où sera établi le calendrier de réalisation des actions d'amélioration à conduire dont celles devant l'être en priorité.

C'est la définition de ce programme d'actions qui démontrera la volonté réelle de l'établissement de s'engager dans une politique qualité concrète.

C'est aussi la mesure de son efficacité qui permettra d'en assurer une bonne gestion et une bonne maîtrise. Dans la majorité des cas, il est possible de trouver l'élément quantifiable de mesure (ou indicateur) qui permettra de savoir si les actions prévues sont bien conduites (indicateurs de suivi) et ont bien permis d'aboutir aux améliorations souhaitées (indicateurs de résultats).

Ces éléments de mesure seront ensuite utilisés pour certains, soit en routine, soit à des moments précis afin de savoir si les améliorations apportées, à un moment donné, continuent de produire leurs effets dans le temps. Si tel n'est pas le cas, il conviendra, alors d'en rechercher les raisons et les solutions possibles. C'est en particulier ce suivi qui caractérise le caractère continu de la démarche.

3. UNE IMPLICATION DE TOUS LES PROFESSIONNELS

L'évaluation de la qualité de la prise en charge du patient et des soins qui lui sont délivrés relèvent d'une démarche professionnelle. En effet, ce sont d'abord les professionnels de l'établissement qui :

- connaissent ce qu'ils font
- peuvent réfléchir à ce qu'il conviendrait de faire pour optimiser leurs pratiques et organisation
- peuvent rechercher les solutions permettant cette optimisation.

La démarche d'amélioration continue de la qualité des soins est avant tout une approche pragmatique, basée sur la réalité des pratiques quotidiennes de chacun et où chacun doit apporter son savoir-faire.

Pour permettre aux professionnels de s'impliquer dans cette démarche, il est nécessaire de les associer dès le début à la définition des objectifs de la politique de l'établissement afin qu'ils puissent y adhérer et conduire les actions qui sont programmées.

Cette association des professionnels se réalise, en particulier au travers les différentes instances et est facilitée par l'existence, au sein d'un Groupe de Pilotage, de représentants des différentes fonctions exercées dans l'établissement. L'encadrement doit jouer son rôle de relais entre la direction et les équipes.

III.2 La procédure d'accréditation

1 Définition et objectifs

Créée dans le cadre de l'Ordonnance du 24 juillet 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, l'accréditation est :

« Une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé »

Ses principaux objectifs sont, en effet, d'apprécier, pour chaque établissement, les conditions dans lesquelles s'exercent :

- la qualité et la sécurité des soins
- leur capacité à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient

C'est une reconnaissance externe destinée à l'amélioration continue de la confiance du public.

L'engagement dans cette procédure, prévu sur un mode volontaire jusqu'au 25 avril 2001 est désormais obligatoire, cette date, pour tous les établissements de santé, quels que soient leur statut et leur activité. C'est donc environ 3500 établissements qui sont concernés.

La procédure est renouvelée tous les cinq ans, pour chaque établissement.

2- L'ANAES

La responsabilité de la mise en oeuvre de ce dispositif est confiée à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé -« ANAES »- dont l'organisation et les modalités de fonctionnement ont fait l'objet des dispositions du décret n°97-311 du 7 avril 1997.

L'ANAES est un établissement public administratif dont la responsabilité est partagée, au sein de son Conseil d'Administration, entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale d'une part et les organisations professionnelles dont la représentativité est majoritaire, d'autre part.

Cet Organisme, outre l'accréditation, exerce des missions dans tous les domaines de l'évaluation de la qualité des soins : études, évaluations technologiques, élaboration de recommandations de bonnes pratiques cliniques et professionnelles, méthodes d'évaluation des pratiques cliniques etc.

3- Les étapes de la procédure

3.1 L'engagement dans la procédure et le contrat d'accréditation

Dans l'objectif de gérer au mieux l'afflux des dossiers au 25 avril 2001, une nouvelle procédure d'engagement a été mise en place. Cette dernière se réalise, désormais en deux étapes (cf. Fiche technique n°1)

- Envoi du volet 1 d'engagement avec proposition de période de visite par semestre jusqu'au second semestre 2001. Un accusé de réception doit être adressé à l'établissement par l'ANAES
- Envoi du volet 2 d'engagement environ 1 an avant la visite.

Etabli après l'envoi du volet 2, un contrat d'accréditation va définir les engagements respectifs de l'établissement et de l'ANAES pour le bon déroulement de la procédure. Il comprend entre autres les dates auxquelles l'établissement s'est engagé à réaliser son autoévaluation, les dates de la visite d'accréditation et le montant de la redevance à verser.

La Direction de l'Accréditation de l'ANAES confie à une équipe de chargés de projets le suivi et l'organisation de chacune des procédures d'accréditation. Ainsi chaque établissement aura son propre interlocuteur privilégié pour le guider dans le déroulement des étapes suivantes.

3.2 L'auto-évaluation

Les référentiels d'accréditation

A l'instar des pays expérimentés dans le domaine, l'ANAES a établi, avec des groupes de travail multidisciplinaires composés de professionnels en exercice, des « normes » qui, pour les différencier des normes réglementaires imposées dans ce domaine par l'Etat, ont été appelées « références ».

Ces références couvrent tous les domaines d'activité d'un établissement de santé : la prise en charge du patient, le management et la gestion, la qualité et la prévention des risques, et sont classées en 10 « référentiels »^{10[1]}. Leur objectif, basé sur les principes de l'amélioration continue de la qualité (CQI) est d'introduire les principes d'un management total par la qualité. Elles sont publiées dans le document ANAES « Manuel d'accréditation – février 1999 ».

L'auto-évaluation

L'auto-évaluation doit être menée, selon les recommandations méthodologiques de l'ANAES, dans son document « Préparer et conduire votre démarche d'accréditation ».

- par des équipes multi-professionnelles associant les acteurs du management, les acteurs de la prise en charge médicale et paramédicale et enfin ceux assurant la gestion et les fonctions logistiques
- sur la base, pour chaque référentiel d'accréditation, d'une évaluation de la conformité aux références qui les composent. Des critères d'évaluation sont définis pour chaque référence, sachant que chaque établissement, peut en définir des supplémentaires.

Ce travail instaure une réelle dynamique de progrès, chaque équipe devant, après cette évaluation de conformité, rechercher les points forts et ceux qui sont à améliorer.

Le rapport d'auto-évaluation qui retrace tout ce travail est adressé à l'ANAES et va servir de base à la visite d'accréditation. Il est donc très important de le conduire sur de bonnes bases méthodologiques dans le cadre d'une démarche en adéquation avec le contexte de fonctionnement de son établissement.

3.3 La visite d'accréditation

La visite

La visite de l'établissement est conduite par une équipe d'experts-visiteurs (professionnels en exercice) dont le coordonnateur de la visite. L'importance de l'équipe et le nombre de jours de visite est variable en fonction, en particulier, de la capacité et de l'activité de l'établissement. Elle est composée au moins de 3 experts-visiteurs (1 gestionnaire, 1 praticien, 1 professionnel paramédical). Il est prévu que, dans chaque équipe, un des experts-visiteurs exerce ses fonctions dans un établissement de statut identique à celui visité voire, si l'activité de ce dernier présente une spécificité, dans un établissement à activité similaire.

La visite est, pour le moment, sur la base des établissements accrédités, de 3 jours en moyenne.

Celle-ci a pour objectif d'évaluer la cohérence entre le contenu du rapport d'autoévaluation et la réalité constatée par les experts-visiteurs, qui pourront ainsi valider les axes d'amélioration proposés dans l'auto-évaluation, voire en identifier d'autre.

Le planning de la visite est établi en collaboration avec l'établissement, le chef de projet de l'ANAES, et validé lors d'une conférence téléphonique ou sera présent l'expert-visiteur coordonnateur dans la période de deux mois entre l'envoi du rapport d'autoévaluation par l'établissement et la date de la visite d'accréditation.

La visite se déroule selon le schéma suivant :

- une rencontre entre les experts-visiteurs et les dirigeants de l'établissement
- une visite de l'établissement
- un temps d'analyse de la documentation de l'établissement par les experts

- une rencontre avec le groupe de pilotage de l'auto-évaluation
- une rencontre avec chacune des équipes d'auto-évaluation
- des entretiens individuels avec des professionnels, programmés ou non
- des entretiens avec des patients
- des synthèses quotidiennes entre les experts-visiteurs et l'établissement
- une séance de restitution finale où les experts-visiteurs font le point sur la visite.

Les observations de l'établissement sur le rapport des experts

A la réception du rapport des experts-visiteurs, l'établissement aura 1 mois pour apporter ses observations sur ce document. C'est une possibilité importante qui permet à l'établissement :

- d'exprimer son avis sur le contenu du rapport, surtout si certains éléments n'ont pas été bien appréhendés par les experts-visiteurs
- d'expliquer les actions d'amélioration qui ont éventuellement été mises en place à l'issue de la visite, à la suite de discussions avec les experts-visiteurs.

3.4 Les décisions du collège d'accréditation

Les appréciations du Collège

Le Collège d'Accréditation est également composé de professionnels en exercice (22 actuellement et 30 en 2002).

Ses conclusions sont rendues en s'appuyant sur :

- le rapport des experts-visiteurs
- les observations de l'établissement sur ce rapport.

Selon la situation de l'établissement, les décisions prises s'échelonnent sur quatre niveaux :

- accrédité sans recommandations
- accrédité avec recommandations
- accrédité avec réserves
- accrédité avec réserves majeures.

Dans les deux premiers cas, la prochaine procédure d'accréditation aura lieu dans un délai de 5 ans, dans les deux autres cas, le délai de l'accréditation sera précisé en fonction de la levée des réserves qui aura lieu lors d'une visite ciblée sur le domaine concerné.

Ainsi, il n'existe pas de non accréditation, le dispositif répondant, ainsi, à son principal objectif qui est d'inciter les établissements à la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le rapport d'accréditation

Ces décisions sont motivées dans le rapport d'accréditation qui :

- en reprenant, pour chacun des 10 « référentiels », les points forts et les actions d'amélioration à conduire

- en synthétisant la situation de l'établissement par rapport à la satisfaction des besoins des patients, la maîtrise des situations à risques, la dynamique de gestion de la qualité, permet de connaître dans le détail le niveau de qualité de l'établissement ainsi que sa capacité à mettre en œuvre une dynamique interne structurée pour assurer la gestion de la qualité et de la prévention des risques.

Ce rapport peut donner lieu à contestation de l'établissement, lequel peut demander une autre visite. C'est le Collège, seul, qui étudie cette contestation et décide ou non d'y donner suite. Néanmoins, s'agissant d'une décision administrative, les établissements peuvent, suite aux résultats de cette contestation utiliser les voies de recours contentieux prévues pour toute décision administrative.

III.3 Les missions de l'ANAES

1.L'évaluation

L'ANAES est chargée d'établir l'état des connaissances en matière de stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine, et de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'hôpital et en médecine libérale.

L'Agence conduit des études d'évaluation à partir de méthodes et principes explicites en s'appuyant, entre autres, sur l'analyse rigoureuse de la littérature scientifique et sur l'avis des professionnels de santé (Études d'évaluation technologique, élaboration de recommandations et références médicales).

L'ANAES organise et/ou labellise des "Recommandations pour la Pratique Clinique" et des "Conférences de Consensus" sur des grands thèmes cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

Elle mène, dans les établissements de santé et dans le milieu de la médecine libérale, des actions d'évaluation des pratiques professionnelles, de formation à l'audit clinique, des programmes d'amélioration de la qualité. L'ANAES contribue aussi à évaluer les actions et les programmes de santé publique.

2. L'accréditation

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé est la structure compétente pour mettre en œuvre la procédure d'accréditation prévue par l'ordonnance du 24 avril

1996. L'accréditation est une procédure externe à un établissement de soins, indépendante de celui-ci et de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Cette évaluation vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein de l'établissement. Tous les établissements de santé, publics et privés doivent s'engager dans cette démarche. L'accréditation s'adresse aux établissements dans leur ensemble;

3.La nomenclature

L'avis sur l'admission au remboursement est une autre mission de l'ANAES qui doit émettre un avis scientifique et technique indépendant sur la liste des actes, prestations et fournitures qui sont remboursés par l'assurance maladie.

4. La direction de l'évaluation

4.1 Définition de l'évaluation

Évaluer c'est apprécier objectivement l'efficacité de telle ou telle stratégie pour permettre un meilleur choix pour le malade. C'est mettre en place les procédures permettant d'en vérifier la bonne réalisation, détecter et quantifier les écarts, imaginer et fournir les éléments pour mettre en place les éléments de correction. L'évaluation médicale est l'intermédiaire entre la production scientifique et la pratique médicale. Les méthodes de l'évaluation doivent permettre de transformer et diffuser la production scientifique pour la rendre acceptable par les praticiens.

4.2 Les missions de l'évaluation

L'Agence conduit des études d'évaluation à partir de méthodes et principes explicites en s'appuyant, entre autres, sur l'analyse rigoureuse de la littérature scientifique et sur l'avis des professionnels de santé (Études d'évaluation des technologies médicales, élaboration de Recommandations et références médicales...).

L'ANAES organise et/ou labellise des "Recommandations pour la Pratique Clinique" et des "Conférences de Consensus" sur des grands thèmes cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

L'ANAES donne un avis sur la liste des actes et prestations qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, à l'exception des médicaments.

Elle mène, dans les établissements de santé et dans le milieu de la médecine libérale, des actions d'évaluation des pratiques professionnelles, de formation à l'audit clinique, des programmes d'amélioration de la qualité. L'ANAES élabore les outils et méthodes nécessaires pour le développement de la procédure d'évaluation des pratiques professionnelles en médecine de ville.

L'ANAES contribue aussi à évaluer les actions et les programmes de santé publique.

III.4 Le service des recommandations et références professionnelles

1. Les missions

Les progrès rapides des connaissances médicales et la croissance du nombre des publications justifient de synthétiser de manière critique les informations disponibles. Ces synthèses permettent d'élaborer des recommandations destinées aux différentes catégories de professionnels de santé. Les recommandations professionnelles sont définies comme des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé et le patient à rechercher les

soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Dans ce cadre, le service établit et développe des méthodes pour élaborer des recommandations professionnelles et les met en oeuvre en collaboration avec des professions de santé médicales et non médicales.

2. Les méthodes

a) les conférences de consensus

Cette méthode repose sur une analyse bibliographique et une présentation publique de rapports d'experts faisant la synthèse des dernières connaissances acquises au terme de laquelle un jury multidisciplinaire et multiprofessionnel arrête les points d'accord et de divergence de la communauté scientifique. De ce consensus sont tirées les recommandations utiles aux professionnels.

b) Les recommandations pour la pratique clinique (RPC)

Cette méthode repose sur la sélection, la synthèse et l'analyse objectives d'une littérature abondante par un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel, chargé d'élaborer les recommandations au terme d'une prise en compte de l'avis d'experts également multiprofessionnels et multidisciplinaires. Cette démarche nécessite une excellente connaissance des méthodes de synthèse de l'information et l'intégration de données d'origines diverses.

De plus, en réponse à la demande des partenaires conventionnels, l'ANAES élabore, en utilisant la méthode RPC, des références médicales. Ce travail se fait en amont et est à l'origine des références médicales opposables (RMO). L'ANAES poursuit cette activité ainsi que l'élaboration de référentiels concernant le Suivi des affections de longue durée.

c) Les recommandations professionnelles non médicales

L'ANAES a développé une méthode comportant littérature scientifique, documents professionnels et pratique professionnelle. Cette démarche répond à un besoin exprimé par des professionnels de santé tels que les chirurgiens dentistes, les masseurs kinésithérapeutes, les infirmières, les orthophonistes... qui s'engagent dans l'élaboration de référentiels professionnels concernant les pratiques de soins dans l'optique de rationaliser et d'améliorer la qualité de leurs pratiques.

d) Les enquêtes de pratique

Les enquêtes de pratique permettent de connaître les pratiques professionnelles, d'orienter le choix des questions à aborder au cours de l'élaboration des recommandations et d'apprécier l'évaluation des pratiques sous l'influence notamment des recommandations. L'ANAES incite les professionnels à s'approprier de manière opérationnelle les enquêtes de pratique.

III.5 Le service de l'évaluation des technologies

Dans un contexte de ressources limitées, l'innovation technologique en matière de santé ne peut pas être introduite et diffusée de manière incontrôlée. L'intégration d'une technologie dans une stratégie médicale doit respecter des critères d'efficacité

technique (sécurité et efficacité clinique) et économique (rentabilité pour la collectivité). L'utilité d'une technologie médicale peut être mesurée grâce à l'évaluation, qui répond à une méthodologie rigoureuse. Il faut évaluer les technologies pour contrôler ou accompagner leur dissémination, sans toutefois freiner l'innovation.

1. Les missions

L'une des missions de l'ANAES est d'initier et de promouvoir la démarche de l'évaluation des technologies. L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée stipule dans son article L 791-2 : "Au titre de sa mission d'évaluation des soins et des pratiques professionnelles dans les secteurs hospitaliers et des soins de ville, l'Agence Nationale est chargée de réaliser ou de valider des études d'évaluation des technologies relatives à son domaine de compétence".

2. La méthodologie

Dans ce cadre, l'ANAES a repris la définition de l'Institute of Medicine. L'évaluation des technologies de soins est "une démarche dont l'objet est d'examiner les conséquences à court et à long terme, de l'usage d'une technologie particulière sur les individus et sur la société dans son ensemble. Elle prend en compte la sécurité, l'efficacité expérimentale et pragmatique d'une technologie, son coût et son rapport coût/avantage ; elle comporte également l'analyse de ses implications économiques, sociales et éthiques et met à jour les points à approfondir en termes de direction de recherche".

Les méthodologies développées reposent sur une synthèse objective des connaissances scientifiques, mais aussi sur la participation systématique de groupes d'experts. Le groupe de travail participe à la synthèse de l'information scientifique, commente les

documents produits, fait des propositions et valide le document final. Sélection, analyse et synthèse des informations scientifiques disponibles sont réalisées selon une méthode explicite. Des grilles d'analyse des articles permettent de sélectionner et de présenter les résultats objectivement. Cette méthodologie d'évaluation des données existantes, publiées ou non se heurte souvent à l'insuffisance d'études cliniques. Des études comparatives, prospectives doivent être réalisées pour mieux répondre aux questions sur l'efficacité.

L'évaluation des technologies médicales est plus qu'un processus d'assurance qualité des techniques ; c'est un argumentaire objectif fondé sur l'état des connaissances permettant d'aider la prise de décision. La démarche d'évaluation technologique peut stimuler efficacement la recherche clinique et l'évaluation économique.

III.6 La définition de l'accréditation

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à

promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé.

L'organisme accréditeur établit avec les professionnels du système de santé, des référentiels pour apprécier les structures, les procédures et les résultats en terme de gain de santé et de satisfaction du patient.

En application de l'ordonnance du 24 avril 1996, cette procédure est conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

Périmètre d'intervention

L'accréditation concerne tous les établissements de santé publics et privés, et potentiellement les établissements de santé militaires. Elle concerne également les groupements de coopération sanitaire entre établissements de santé et les réseaux de soins.

L'accréditation ne s'applique pas actuellement aux activités médico-sociales même lorsque celles-ci s'exercent au sein d'un établissement de santé.

L'accréditation s'applique à l'établissement de santé au sens juridique du terme. Cela revient à dire que l'accréditation concerne simultanément l'ensemble des structures (services, départements...) et des activités, en raison des interrelations existantes entre elles.

Dans le cas d'un établissement de santé installé sur plusieurs sites, l'ANAES peut mettre en œuvre la procédure par site.

Plus de **3000** établissements sont concernés.

III.7 Les objectifs de l'accréditation

L'accréditation s'inscrit dans une logique de progrès d'un établissement de santé. Elle accorde une place centrale au patient, à son parcours, à la coordination des soins qui lui sont apportés, à sa satisfaction.

L'accréditation a 6 objectifs principaux :

- L'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins, qui constituent une attente principale des patients vis-à-vis du système de santé,
- L'appréciation de la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient, grâce à la mise en œuvre d'un système reconnu de gestion de la qualité,
- La formulation de recommandations explicites,
- L'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité, afin qu'ils acceptent et s'approprient les changements,
- La reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé,

- L'amélioration continue de la confiance du public.

III.8 Les référentiels de l'accréditation

1. Méthode d'élaboration des référentiels

a) Les référentiels ont été élaborés grâce à un processus itératif conduit avec les professionnels exerçant dans des établissements de santé.

L'ANAES s'est appuyée pour déterminer des domaines donnant lieu à référentiels sur une analyse de la littérature professionnelle et des textes réglementaires

Le travail d'analyse de la littérature a porté sur :

- l'accréditation en général ;
- les expériences d'accréditation étrangères ;
- les référentiels élaborés en France par des établissements de santé, sociétés savantes et groupes de professionnels.

Après analyse de la littérature, le choix des domaines a été précisé par des enquêtes auprès des professionnels exerçant dans les établissements de santé et auprès des usagers.

L'ANAES a consulté les professionnels par une première enquête réalisée en septembre 1997, puis par une deuxième enquête menée en janvier 1998 auprès de 275 établissements tirés au sort et réalisée par l'institut de sondage IPSOS. Une troisième enquête a été menée par ailleurs, par téléphone, auprès de 1002 personnes par l'institut IFOP en février 1998.

A l'issue de ces deux temps une première structure des domaines susceptibles de donner lieu à référentiels a été élaborée.

b) La rédaction a été effectuée par des groupes de travail multi-professionnels issus des différents types d'établissements de santé

c) Des tests se sont déroulés en mai 1998 dans 12 établissements de santé volontaires, de taille, statut, type d'activité différents. Chaque établissement devait tester le référentiel portant sur l'organisation de la prise en charge du patient et deux autres référentiels.

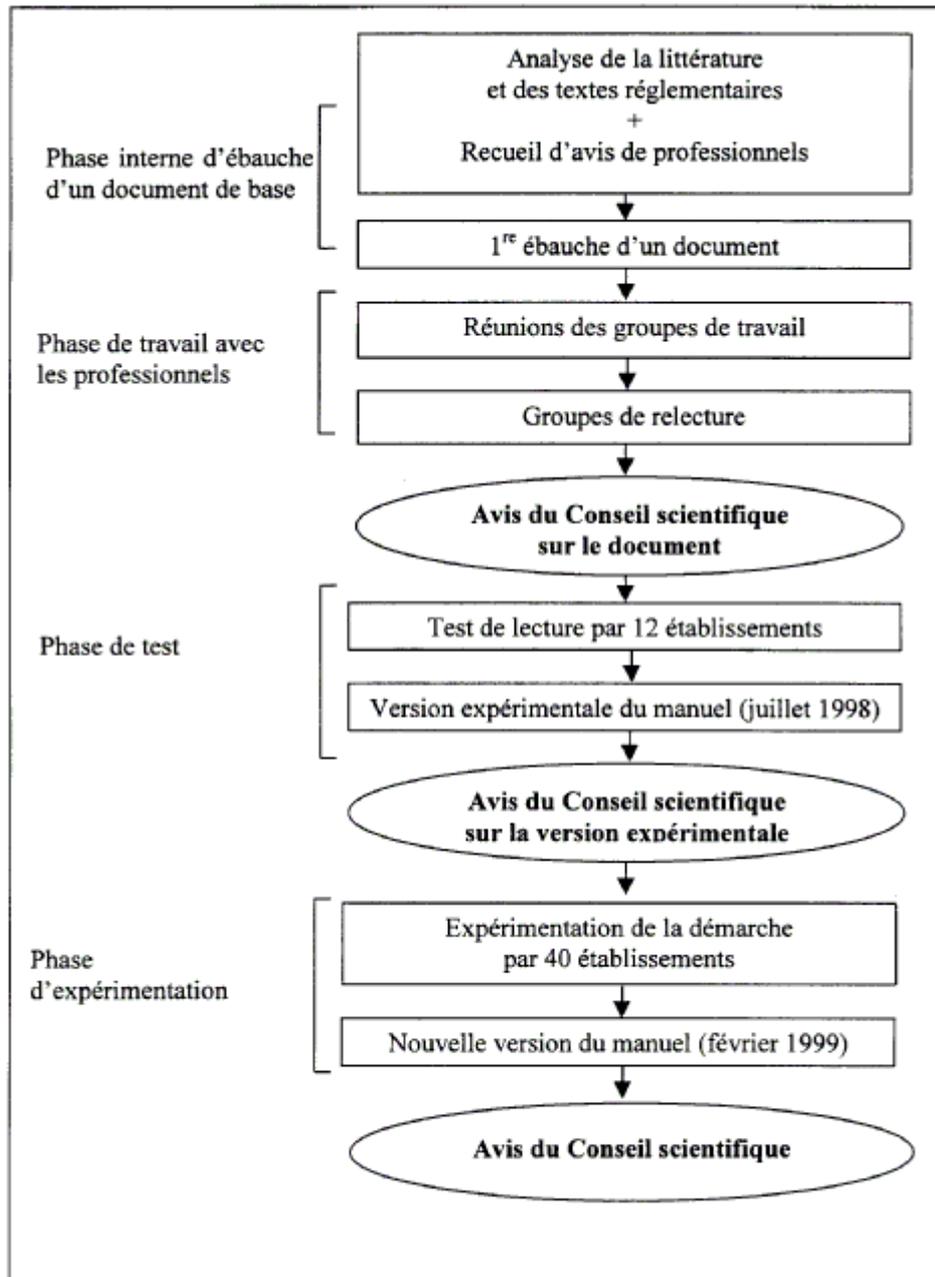
d) Lors du 2^e semestre 1998, la procédure d'accréditation a été expérimentée sur la base des référentiels parus dans la version du manuel d'accréditation éditée en juillet 1998. Cette expérimentation a été effectuée dans 40 établissements de santé volontaires, représentant différents types d'établissements de santé français.

e) Cette phase a permis de recueillir des observations et suggestions complémentaires quant à l'usage des référentiels d'accréditation tant lors d'une phase d'auto-évaluation que lors d'une visite.

f) Tout au long de ce processus d'élaboration des référentiels, le Conseil scientifique section accréditation et son bureau ont suivi et apporté leurs observations et remarques.

La méthode d'élaboration des références et critères peut se résumer telle que figurant sur le schéma suivant :

2. Méthode d'élaboration des références et critères



3. Les référentiels du Manuel d'Accréditation 99

a) Le patient et sa prise en charge

- Droits et information du patient
- Dossier du patient
- Organisation de la prise en charge des patients

b) Management et gestion au service du patient

- Management de l'établissement et des secteurs d'activité
- Gestion des ressources humaines
- Gestion des fonctions logistiques
- Gestion du système d'information

c) Qualité et prévention

- Gestion de la qualité et prévention des risques
- Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle
- Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

4. Les ajustements sur le manuel version 99

Pour stabiliser une version du manuel permettant le lancement effectif de la procédure d'accréditation, l'ANAES a expérimenté la procédure d'accréditation auprès de 40 établissements de santé volontaires, privés, publics, présentant des types d'activités et de statuts différents.

L'objectif de l'ANAES dans le cadre de cette phase d'expérimentation se voulait donc double :

- permettre de stabiliser et de confronter l'ensemble de la démarche afin de la mettre en œuvre de la manière la plus appropriée possible en 1999,
- tester le manuel auprès des établissements de santé, en grandeur nature notamment sur la procédure et les référentiels, et proposer sa deuxième version,
- fixer le contenu des supports pédagogiques nécessaires.

L'expérience a donné lieu à une observation attentive des différentes étapes de cette procédure en tenant compte tant des dispositions réglementaires en vigueur que des nécessités opérationnelles. La simulation s'est arrêtée au rapport des experts et à la réception des observations des établissements de santé à l'issue de ces rapports. Elle a permis aussi de mieux préciser le cahier des charges du Collège de l'Accréditation.

5. Les modalités de l'expérimentation

La phase expérimentale se devait d'être conduite, le plus possible, dans les conditions proches d'une procédure d'accréditation réelle. Les établissements ont réalisé une auto évaluation à partir du Manuel et d'un guide pédagogique réalisé à cet effet. Celle-ci a été suivie d'une visite menée par une équipe d'experts-visiteurs multidisciplinaire associant en général un médecin, un cadre soignant et un gestionnaire coordonnée par un des experts-visiteurs désigné.

Des grilles d'appréciation ont été élaborées et ont permis le recueil d'informations à chacune des étapes de l'expérimentation notamment quant à l'appréciation du Manuel d'accréditation.

6. Appréciation du Manuel d'accréditation

L'objectif de l'expérimentation était de faire vivre le manuel, ses référentiels, ses références, ses critères et de le "tester" sur le terrain.

Les établissements ont tenu à souligner :

- son caractère non normatif, transversal,
- le caractère fonctionnel de la structure du document et de son contenu.

La structure en 3 parties avec ses 11 référentiels permettait ainsi de décliner l'ensemble des activités de l'établissement et donc répondait à l'objectif de la démarche d'accréditation.

Les références ont été bien comprises par les professionnels. Toutefois, les établissements ont souligné le difficile usage d'un certain nombre de redondances initialement choisies et la nécessité de simplifier certains critères. Des suggestions ont été formulées afin de disposer de plus d'explications, notamment pour accroître la compréhension de certains critères. Les établissements ont ainsi proposé l'enrichissement du glossaire, d'illustrations, de cartouches explicatifs dans le manuel...

Le Conseil scientifique plénier de l'ANAES a ainsi validé un certain nombre de propositions d'ajustements du Manuel.

En accord avec le Conseil d'administration, l'introduction d'indicateurs est favorisée et la prise en compte des résultats des différents secteurs d'activité sera plus systématique.

Les modifications opérées ont été les suivantes :

- Suppression des redondances pour une meilleure opérationnalité : avec par exemple, la fusion de deux référentiels " Organisation des soins " et " Prise en charge hôtelière " en un seul, " Organisation de la prise en charge du patient " (*page 35*), ou par exemple dans le référentiel sur " Droit et information du patient ", la suppression des redondances avec le référentiel concernant l'organisation des soins.
- Reformulation d'un certain nombre de critères ;
- Apparition de quelques nouveaux critères qui précisent certaines références ;
- Harmonisation de la rédaction de certaines références ;
- Déclinaison plus fine des coordinations entre les activités cliniques et médico-techniques... ;
- Clarification du positionnement de l'accréditation par rapport au contrôle de conformité réglementaire en matière de sécurité (*page 17*) ;
- Utilisation de la cotation : passage d'une cotation numérique à une cotation alphabétique (*page 37*) ;
- Suppression des critères hautement souhaitables, car insuffisamment explicites et susceptible de gêner la continuité du processus d'accréditation.

En Résumé :

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

L'ANAES est l'organisme d'évaluation de la Qualité interne aux Etablissements de Santé, elle a également en charge l'élaboration des référentiels Qualité avec l'aide de professionnels de Santé, charge aussi de diffuser ces référentiels et de favoriser leur utilisation.

Lors des visites d'évaluation, un bilan sera composé portant notamment sur les domaines suivants :

- Sécurité des personnes et des locaux (sécurité incendie et Hygiène)
- Sécurité alimentaire (y compris l'eau d'alimentation)

Les échéances de l'accréditation ANAES

- Délai de 5 ans a partir de l'ordonnance du 26 Avril 1996 avec un intervalle de 5 ans avant que n'intervienne une nouvelle procédure d'accréditation
- Evaluation externe conduite par des experts et des professionnels de la Santé

L'accréditation n'est pas une procédure d'autorisation ni de financement, mais dans une situation concurrentielle de renouvellement d'autorisations, entre plusieurs établissements d'une même zone, l'accréditation pourrait être un élément de sélection.

ACCREDITATION et ORDONNANCE du 24 avril 1996

La démarche d'accréditation des établissements de Santé obéit à une exigence réglementaire :

Texte de loi et Contexte d'accréditation : Extraits de l'ordonnance du 24.04.96

Art. L 710-1-1. " La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissements de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation définie à l'article L 710-5. "

Art. L 710-5. " Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.".../"Dans un délai de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, tous les établissements de santé devront s'être engagés dans cette procédure. "

PROCESSUS D'ACCREDITATION

Demande d'accréditation auprès de l'ANAES



Auto évaluation à partir du Manuel d'accréditation



Envoi des résultats à l'ANAES



Visite d'enquête des Experts indépendants de l'ANAES



Rédaction (2 mois) et envoi du rapport de visite à l'Etablissement pour rédaction d'un " mémoire en défense " (1 mois)



Retour à l'ANAES et transmission du dossier au Collège d'accréditation

- Vérification du respect de la procédure d'accréditation
- Validation du rapport
- Détermination des recommandations
- Etablissement des modalités de suivi des recommandations
- Détermination du délai de réengagement d'une nouvelle procédure



Communication des éléments à l'Etablissement et au Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation



Transmission d'un rapport d'accréditation (version intégrale) à l'établissement et à l'ARH et d'un compte rendu d'accréditation (version partielle) accessible

OBJECTIFS DE LA DEMARCHE D'ACCREDITATION DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

La démarche d'accréditation est centrée sur la qualité et la sécurité des Soins et sur la prise en charge globale du patient.

Le patient n'est plus "usager" mais devient acteur principal de la qualité interne, la démarche recentre les activités de tous les établissements sur le patient, ses droits, ses attentes et même s'il rentre dans un cadre hospitalier pour se faire soigner.

a) La place centrale du patient :

La démarche s'attache en premier lieu au PARCOURS DU PATIENT au sein d'un établissement, à la bonne coordination en terme de soins.

La charte du Patient est l'élément moteur et légal pour la prise en charge du patient, elle reprend tous les droits du patient en qualité de Personne à part entière : droit au respect, au respect de son intimité, droit au secret médical, droit au respect de sa liberté de Culte, droit à une information sur son état de santé,...

Le patient, de son entrée à sa sortie, suit un parcours qui peut le décontenancer en passant par le bureau d'accueil puis au bureau Soins.

La place centrale du patient se retrouve dans la mesure et la prise en compte de sa satisfaction lors de sa sortie, ses remarques sont à prendre en compte dans le contexte Qualité d'amélioration continue.

b) Qualité et sécurité des soins

La sécurité est une des dimensions les plus importantes qu'on évoque la qualité des soins, elle réponds de même à une attente des patients.

Les techniques de soins ont évoluées (et elles continueront à évoluer) et les risques associés ont eux aussi augmentés. La prévention des risques repose sur le respect de la réglementation, sur le respect des bonnes pratiques des secteurs de Santé et sur la mise en place d'un système "Qualité" avec Auto-évaluation et amélioration continue.

Cette amélioration continue reprends les principes de gestion de la Qualité, amélioration systématique des processus, par le réduction des dysfonctionnements et ce en partant de l'implication des directions et des personnels. Dans les personnels, nous comprenons tous les professionnels que compte un établissement de Santé, médecins compris et cette implication est vitale pour la bonne acceptation des changements que la démarche va occasionner.

QUELQUES DEFINITIONS

Accréditation

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé.

Auto-évaluation

L'auto-évaluation est l'étape (essentielle) de la procédure d'accréditation, à l'occasion de laquelle l'ensemble des professionnels de l'établissement de santé effectue sa propre évaluation de la qualité en regard des référentiels.

Critère d'une Référence

Le critère est l'énoncé d'un moyen ou d'un élément plus précis permettant de satisfaire la référence d'accréditation. Il doit pouvoir être mesurable, objectif et réalisable.

Evènement sentinelle

Un évènement sentinelle identifie une occurrence défavorable qui sert de signal d'alerte et déclenche systématiquement une investigation et une analyse poussée. Ces événements représentent des extrêmes utilisés en gestion des risques et se prêtent mal à une analyse statistique. Ils sont choisis par chaque secteur d'activité clinique. À titre d'exemple d'évènements sentinelles : les décès inattendus, les complications majeures, les reprises d'interventions par le bloc opératoire, les sorties contre avis médical.

Gestion des Risques

Un système de gestion des risques est un système visant à réduire les risques de survenue d'évènements indésirables ou d'accidents concernant les patients ou le personnel.

Indicateur

Un indicateur est une donnée objective qui décrit une situation d'un point de vue quantitatif.

Un indicateur n'a de réelle signification que s'il permet de caractériser une situation et d'effectuer des comparaisons dans le temps ou dans l'espace.

Référence d'Accréditation

La référence d'accréditation peut se définir comme l'énoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire la délivrance de soins ou de prestations de qualité.

Référentiel

C'est l'ensemble de références couvrant un domaine d'activité d'un établissement de santé. Dix référentiels sont identifiés dans le manuel d'accréditation, regroupés en 3 chapitres :

1. Le patient et sa prise en charge [1. Droits et information du patient, 2. Dossier du patient, 3. Organisation de la prise en charge des patients]
2. Management et gestion au service du patient [1. Management de l'établissement et des secteurs d'activité, 2. Gestion des ressources humaines, 3. Gestion des fonctions logistiques, 4. Gestion du système d'information]
3. Qualité et prévention [1. Gestion de la qualité et prévention des risques, 2. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle, 3. Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux]

IV – Analyse critique et recommandations.

IV- 1. Les Outils de la Qualité

L'un des objets de notre groupe de travail était de procéder à l'analyse critique d'outils existants en matière d'évaluation de la qualité dans le secteur social et médico-social.

Il a été choisi, pour procéder à cette analyse, d'organiser une série d'auditions auxquelles seraient conviés certains des promoteurs ou auteurs, d'outils, démarches, méthodologies, processus... se positionnant sur le marché potentiel de l'évaluation de la qualité dans le secteur social ou médico-social. Les neuf auditions effectuées n'ont bien entendu aucune prétention à une quelconque exhaustivité. Toutefois le groupe a retenu les organismes auditionnés sur le critère que ceux-ci, au regard des connaissances et informations des membres du groupe de travail, semblaient pouvoir couvrir les différentes facettes de l'action sociale et médico-sociale en direction des personnes handicapées. Au fil des auditions réalisées et compte tenu des présupposés que nous avons tentés d'exposer jusque là, nous avons été amenés à constater la grande disparité des outils, démarches... qui nous étaient présentée et un certain flou au niveau conceptuel. Flou au demeurant fort compréhensible compte tenu de l'état de la recherche dans le domaine en matière d'évaluation. Faute de repères clairs, tels les normes ISO pour le secteur industriel ou le manuel d'accréditation de l'ANAES pour le sanitaire. Par ailleurs, au cours de ces auditions de 1h30, s'il nous a été permis de mesurer clairement les intentions, objectifs poursuivis et moyens mis en œuvre par les promoteurs des outils auditionnés, il nous a été, cependant, difficile d'engager une analyse approfondie de ces outils. En effet, nous ne disposons pas de l'ensemble des matériels (grilles, référentiels, questionnaires...) utilisés par les promoteurs ou auteurs desdits outils.

Afin de rendre compte, de façon équitable, des outils qui nous ont été présentés où qui nous ont été adressés, nous avons choisi de les résumer, à partir de l'information en notre possession, sous forme de « fiches.»

ANCE Association Nationale de Communautés Educative.

Il s'agit à travers la mise en place de l'évaluation de la qualité d'optimiser les pratiques professionnelles des équipes pluridisciplinaires des services socio-éducatifs, médico-sociaux, publics et privés dans le respect des usagers. Les établissements et services de l'ANCE accueillent des personnes en difficulté sociale et des personnes présentant un handicap ou une inadaptation. Pour mener à bien l'évaluation de la qualité, un système d'évaluation interne au service des usagers est mis en place. Il est fondé sur des critères et indicateurs permettant de rendre compte des procédés, des méthodes utilisées, des principes éthiques et déontologiques adoptés par l'ensemble des établissements et services de l'association. Les outils principaux consistent en l'élaboration de fiches par prestation de service. Pour apprécier les effets de l'action, à défaut de pouvoir en évaluer la complexité, l'élaboration d'un référentiel pour l'évaluation interne des procédures et pratiques institutionnelles a été mise en place. La mise en cohérence et l'élaboration de ses principaux outils prennent comme point d'ancrage méthodologique les principes de recherche action et de formation action.

ANCREAI Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptés.

L'outil présenté par L'ANCREAI a pour ambition d'offrir la possibilité de repenser les pratiques professionnelles, les modèles, les modes d'organisation, l'action sociale, en vue de modifier et d'améliorer l'action, dans un rapport de co-production : Professionnels/Experts, des établissements et services du secteur social et médico-social. Pour ce faire, une démarche

préalable d'objectivation du terrain de l'action sociale et des pratiques professionnelles est nécessaire. La méthode d'analyse organisationnelle utilisée a pour but d'effectuer une analyse comparative des pratiques professionnelles, de l'organisation des structures, de l'action sociale, dans le but de pouvoir agir sur ces différents niveaux.

Afin de pouvoir évaluer les besoins et attentes des personnes, la qualité du service rendu, une évaluation à plusieurs niveaux (internes et externes) faisant intervenir plusieurs évaluateurs indépendants les uns des autres, est préconisée.

L'outil d'évaluation est constitué d'un questionnaire (guide) visant à interroger les activités, [évaluation dynamique par confrontation des points de vue (professionnels/experts)], d'un outil de pilotage de la qualité. La méthodologie utilisée se veut participative et est accompagnée par un dispositif de formation. L'accompagnement du processus de construction de nouvelles pratiques professionnelles, de nouveaux modes d'organisation nécessitent la mise en place de pré-requis permettant la construction d'indicateurs pertinents d'évaluation des résultats.

ANGÉLIQUE. Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements.

Angélique est un outil d'évaluation des démarches qualités dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. A travers un cahier des charges et des grilles de recueil d'information constituant un référentiel pré établi d'auto évaluation, il s'agit de mettre en place une démarche interne de participation en vue de l'amélioration continue de la qualité des services aux personnes. Il s'agit de mesurer et d'apprécier le plus objectivement possible des faits, afin de comparer la « réalité » à un référentiel pré établi. L'auto évaluation n'est qu'un complément aux procédures d'inspection et de contrôle. L'évaluation interne peut être complétée éventuellement d'une évaluation externe.

APAJH Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés.

L'objectif poursuivi par la mise en place de l'évaluation interne de la qualité est de renforcer, par la volonté de rendre le plus transparent possible, l'accompagnement des personnes handicapées dans les structures de l'APAJH. L'évaluation de la qualité des prestations produites dans différents secteurs d'activité d'un établissement se fonde sur la participation des personnes et des familles, sur l'ouverture des établissements sur la cité, la gestion rigoureuse des ressources humaines et des moyens financiers. Les démarches intégrées d'évaluation de la qualité aboutissent à la création de tableaux de bord de suivi des pratiques, à la valorisation du partenariat et à la qualité des services rendus.

APF Association des Paralysés de France.

La démarche d'évaluation mise en place par l'APF prend appui sur une évaluation continue des besoins permettant la mesure d'écarts à une norme et assure la cohérence interne de l'activité de l'association. Un comité de pilotage de suivi de la démarche d'évaluation est institué par établissement ainsi qu'une commission nationale représentative des grands groupes de métiers de l'association. A partir des principes de cohérence préétablis par l'association 1) « la personne comme valeur essentielle » 2) la charte de l'Association et 3) le projet associatif, il est mis en place un niveau d'exigence de la qualité pré-défini par l'association en concertation avec les équipes. En terme de fonctionnement, il est mis en place un système de veille sous la coordination d'un responsable qualité. Les équipes répondent aux questions suivantes : est-ce que je réponds à ce critère ? Est-ce que je ne réponds pas ? Qu'est ce que je souhaite mettre en place pour y répondre ?

L'outil méthodologique, permettant de vérifier que le système fonctionne, se décline en trois étapes : 1) un état des lieux réalisé à partir d'un référentiel (auto-évaluation) ; 2) cette auto-

évaluation est complétée par un audit externe à l'établissement ; 3) ces deux premières phases donnent lieu à un rapport et des recommandations pour mise en œuvre. L'utilisateur est considéré en tant qu'adhérent d'une structure associative. Les principes généraux de fonctionnement sont la participation sociale et l'individualisation des réponses aux attentes des usagers.

Association ARCEAU ANJOU.

Pour cette association il est important de rester force de propositions et d'innovations en matière de politique et de services en faveur des personnes traumatisées crâniens. C'est pourquoi, elle met en place un Programme d'Évaluation de la Qualité des Services Rendus. (PEQSR) durant la période 2002-2004. L'évaluation de la qualité des prestations délivrées concerne les actions (cognitives, sociales et professionnelles) de conseil et d'insertion, les unités d'insertion C.A.T et A.P, les unités d'insertion sociale (service social, centre de jour, hébergement, service d'aide à la vie sociale) gérées par l'association. L'évaluation interne de chaque établissement doit être le résultat de la construction d'outils, de mesures, protocoles d'évaluation, référentiels et procédures. Pour mener à bien cette construction d'outils, l'association entend adapter un outil Nord américain le « Measuring Program Outcomes : Does it Change Anything » Bell et al., 1998.

D2i Centre de la Gabrielle.

Il s'agit à travers l'élaboration d'un logiciel informatique de fédérer les énergies d'un établissement autour d'une démarche commune afin de préparer l'évaluation externe : « Mieux connaître pour mieux travailler. » L'outil informatique d'évaluation de la qualité développé en vue de l'amélioration des pratiques professionnelles, s'organise autour des indicateurs suivants : repérer des paramètres fiables pour l'évaluation externe ; élaborer des référentiels non partagés par métier ; Elaborer des feuilles de relevé de la qualité. Les référentiels d'observation sont élaborés par les professionnels

EVA Fédération Hospitalière de France.

Cet outil est conçu en articulation avec le guide d'auto évaluation Angélique. Il a pour objet l'évaluation externe des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Il s'agit, à partir de l'observation du fonctionnement d'un établissement durant 1 journée ½ par une équipe pluridisciplinaire, d'évaluer : la structure et son fonctionnement, la qualité de vie des résidents, le projet institutionnel d'établissement, la qualité des espaces privés et collectifs, la qualité de vie sur la base d'un manuel de références et d'une grille d'analyse de 69 items.

FAGERH Fédération des Associations Gestionnaires d'Établissement de Réadaptation pour Handicapés.

Avec cet outil de valorisation des prestations médico-psycho-sociales dans les CRP, il s'agit de définir les bonnes pratiques dans chacun des domaines suivants : accueil/Information, Orientation, Formation, Insertion. Cette analyse des pratiques s'effectue à partir d'un référentiel d'activités dit « médico-psycho-social. »

Les grilles d'analyse sont construites en référence à la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé. (Chapitre : activité-participation.)

FFAIMC Fédération française des Associations d'Infirmes Moteurs Cérébraux.

Avec cet outil il s'agit pour la FFAIMC de favoriser l'expression de la volonté et la satisfaction des besoins en tenant compte des attentes et aspirations des personnes tout au long de leur vie citoyenne. Le référentiel utilisé est centré sur la personne en situation de

handicap et comporte une échelle de cotation par niveau (1 à 3) plus une grille binaire : Engagements de service ; Niveau de service.

Les processus institutionnels d'accueil et d'information, les mesures d'améliorations continues de la qualité de la prestation d'accompagnement, la définition des bonnes pratiques, les niveaux d'engagement des services et les conditions d'amélioration permanentes des services rendus sont soumis à évaluation. Ce processus d'évaluation prend appui sur le référentiel « Quali FFAIMC » et le guide d'auto évaluation « Quali PROGRES » élaborés en coopération avec le SNAPEI.

FISAF

LA FISAF s'est engagée dans la construction d'un référentiel d'évaluation de la qualité du projet personnalisé à partir d'une méthodologie partagée par les professionnels. Cette démarche participative s'est appuyée sur les principes de la recherche action pour ce qui concerne l'ensemble des phases d'élaboration de l'outil (formalisation, test, validation.) L'objectif poursuivi est l'amélioration des facteurs qualitatifs, pour les usagers et leur famille, pour les professionnels, pour l'évolution du fonctionnement de l'établissement. Il s'agit de mettre la qualité au service des usagers par l'évaluation des projets individualisés, par l'efficacité des moyens mis en place et par l'évaluation des résultats.

GERIAPA Groupement d'Etudes, de Recherches et d'Initiatives pour l'Aide aux Personnes Agées

L'objectif poursuivi par cet outil est de permettre une lecture concrète de la norme NFX 50-056, et ainsi permettre aux professionnels de s'interroger sur leurs pratiques professionnelles. La mise en œuvre collective dans chaque structure de cette réflexion sur la norme NFX 50-056 conduit à la réalisation d'une auto-évaluation. La qualité est au service des personnes vivant à domicile ou en établissements.

C'est à partir des écarts, par rapport à la norme, que les éventuelles actions correctives sont mises en œuvre.

GERFI +. FORMACYB S.A

A partir de la promotion d'une méthodologie d'aide à la conception d'outils d'évaluation et de l'observation des savoir-faire au service des projets individualisés, des grilles d'observation, des échelles de mesure, des tableaux de bord permettant le suivi des autonomies individuelles et collectives sont élaborés. Mais aussi l'évolution des personnes dans le temps, en ce qui concerne un groupe de vie ou de travail. Le logiciel spécialisé développé par GERFI + nommé « G + éval » permet, par la création de fiches de suivi (logiciel) individuelles et collectives, de générer des tableaux de bords récapitulatifs permettant de suivre une population.

MAP

Cet outil entend développer une auto-évaluation de la qualité des services dans une perspective de confrontation et de concertation à partir d'un point de départ commun et partagé entre la personne et les professionnels. Cette auto évaluation a pour base des questionnaires anonymes établis par les professionnels qui permettent d'apprécier ce que la personne fait et non ce qu'elle est capable de faire. Cet outil est élaboré à partir de la grille AGGIR (objectivation de la dépendance.)

MODUS 96

Pour l'auteur de cet outil, l'évaluation a pour objet de produire des analyses reproductibles construites sur des bases solides en vue de la négociation entre différents partenaires. Il s'agit,

par exemple, d'aide au rendu de formulaires administratifs. Toute évaluation suppose des données fiables. Seuls les établissements sont susceptibles de recueillir des données de ce type. Par ailleurs, il n'existe pas de distinction pertinente entre évaluation externe et évaluation interne. L'évaluation consiste essentiellement dans la comparaison de résultats d'une action par rapport aux objectifs fixés. Le logiciel développé par cet outil a pour objet de permettre le recueil de données fiables avec le soutien d'un système de descriptions de données, d'un système de saisie automatique de l'information et de modules d'analyses automatisés (base de données.)

Mutualité française.

Par la généralisation de la démarche d'évaluation de la qualité de service, la Mutualité française, entend 1) assurer la pérennité de ses structures dans un secteur qui devient de plus en plus concurrentiel, 2) répondre aux exigences des usagers, 3) prendre en compte la complexité de ses services et 4) optimiser l'utilisation de ses ressources humaines par le biais de la participation et de la responsabilité. Les outils spécifiques utilisés sont : une charte interne, les normes ISO, la création interne de référentiels. Pour la Mutualité française le projet social est construit autour des personnes, afin de développer leur capacité de choix et d'autonomie. La qualité est un équilibre à trouver entre les attentes des usagers, la satisfaction du personnel, l'environnement, les choix stratégiques, les délais et les coûts.

PROMOQUALTS

L'objectif défini par les promoteurs de cet outil consiste en une amélioration de « la qualité sociale » générale, par un mieux-être des personnes accueillies dans les établissements du secteur social et médico-social, en vue de leur procurer un nouvel équilibre avec leur environnement. Il s'agit de produire une plus value en terme de gains sociaux, culturels et économiques. Cet outil s'appuie sur une valorisation du travail social et une expertise des acteurs. La « démarche qualité sociale » proposée prend appui sur l'observation du degré d'autonomie des personnes. Il s'agit d'évaluer la façon, déviante ou non, dont les personnes se situent dans leur environnement. La qualité est une technique sociale qui a des exigences éthiques et humaines. La démarche prend appui sur les professionnels, dans le but de fournir un travail collectif efficace et avantageux pour la société et sur la mise en place d'un projet d'accompagnement personnalisé ; Le logiciel « Promoqualts » vise à la production d'un diagnostic des compétences sociales de la personne.

QUALIS TALIS.

Cet outil entend développer un système d'administration de la qualité, de l'éthique en lien avec l'environnement social des établissements et services. Il entend également offrir la possibilité d'une maîtrise des processus d'action par l'énoncé de caractéristiques vérifiables à l'aide d'une technique « la métrologie sociale. » Il part du principe suivant : la plupart des actes du secteur médico-social ne sont pas prescriptibles en quantité. Ils relèvent à 80% de transactions sociales. Il s'ensuit que les actes de ce secteur ne peuvent être préétablis, mis en procédure, prescrits par et dans des règles prédéterminées.

C'est pourquoi cet outil préconise que l'évaluation de la qualité doit couvrir l'ensemble du processus de production de service - du système de diagnostic des besoins jusqu'à l'évaluation de la mise en œuvre dudit système et de son impact sur les individus et l'organisation, à savoir, l'administration et la gestion des ressources humaines.

L'évaluation proposée s'effectue à l'aide de référentiels accompagnés d'exigences métrologiques, en matière de clarification du service et d'éthique. La construction de référentiels intégrant l'éthique, la déontologie est considérée par les promoteurs de cet outil

comme une valeur centrale. La démarche qualité de service s'oppose à la « production » et a pour originalité de se fonder sur l'éthique.

Réseau CROIX MARINE

Les réponses qui nous ont été adressées par les établissements ou services de ce réseau (cf. annexe 2) font apparaître une forte volonté de voir mis en place les processus relevant des démarches d'assurance qualité. En fonction des établissements, sont utilisés les référentiels de démarche qualité – Angélique, ANCREAI, ISO 9000, 9001, système de management de la qualité, ISO 9004 pour les C.A.T, manuel d'accréditation et référentiel ANAES, histoire de vie.

L'attention des établissements ou services de ce réseau se porte actuellement sur l'établissement du livret d'accueil, le projet d'établissement, la maîtrise de la documentation, les circuits d'informations permettant d'évaluer la satisfaction des usagers, l'évaluation des pratiques médicales et soignantes. Quel que soit l'outil retenu, il apparaît que la dimension organisationnelle : motivation du personnel, évolution des systèmes d'organisation, implication de l'ensemble des acteurs, est essentielle à la bonne réalisation de l'évolution de la qualité.

SCAPH 38 Service Conseil Autonomie pour les Personnes Handicapées.

L'outil informatique d'évaluation de la qualité du service rendu aux personnes handicapées développé par cet organisme, est constitué d'un logiciel de codification, de comptabilisation, et d'analyse des demandes d'intervention. Il s'agit à travers cet outil, pour le SCAPH 38, d'évaluer le service de suite et d'accompagnement (activité de conseil), en direction des personnes déficientes intellectuelles, mis en place afin de rendre compte de son activité aux financeurs. Les interventions du SCAPH 38 sont réalisées à la demande des personnes handicapées, sur leurs lieux de vie et répondent à des demandes de soutien en matière de démarches administrative, financière, de recherche de logement...

L'outil mis en place permet, en fonction des projets individuels, une analyse de l'activité de conseil à partir des dossiers de prestations individuelles (accompagnement et évaluation de la situation des personnes handicapées, production de rapports d'activité des services rendus, dans le but d'objectiver l'action.)

IV- 2 Analyse des outils et méthodes d'évaluation de la qualité.

1 - Les objectifs.

Ils sont multiples puisque correspondant aux interprétations et intentions des concepteurs des outils ou méthodes. Ils peuvent être séparés en deux groupes. Le premier est constitué par les méthodes ou outils dont les objectifs sont énoncés en vue d'une évaluation externe et le second en vue d'une évaluation interne le plus souvent appelé, dans les méthodes et outils pris ici en référence, auto évaluation.

A) Pour les outils ou méthodes se préoccupant plus particulièrement de l'évaluation externe des établissements et services concernés par l'article 22 de la loi de janvier 2002, les objectifs poursuivis sont – pour les auteurs ou promoteurs de ces outils ou méthodes – de portée universelle, c'est-à-dire que ces outils ou méthodes, ont valeur d'exemplarité. De ce fait ils sont applicables dans l'ensemble du secteur social, médico-social, quelle que soit la population concernée (enfants, adultes, personnes âgées), le type d'action (établissements ou service) ou le type de handicap ou d'inadaptation concernée.

L'objectif à atteindre peut être formulé ainsi : « Repenser les rapports qu'entretient le secteur médico-social avec la société globale. » C'est pourquoi la qualité, en tant que principe d'action, véhicule des valeurs éthiques !!! qui doivent servir de ciment à toute démarche d'évaluation. Ce sont ces valeurs qui vont permettre de repenser l'environnement de l'action sociale et médico-sociale, les pratiques des professionnels, le management et les institutions et leurs organisations.

Bien entendu, les valeurs éthiques, déontologiques, morales, dont il est question, varient en fonction de l'objectif spécifique que l'outil ou la méthode se propose d'atteindre.

B) Pour les outils ou méthodes se préoccupant plus particulièrement de l'évaluation interne des établissements et services, les objectifs poursuivis sont doubles :

- a) Evaluer les réponses institutionnelles apportées aux besoins, attentes des personnes. La rhétorique autour des termes de besoin, d'attente des personnes est particulièrement forte dans l'ensemble des projets étudiés.
- b) Produire, mesures et analyses quantitatives (objectives) et qualitatives (fiables) par l'élaboration ou l'utilisation de normes, référentiels..., afin d'améliorer et de valoriser l'action quotidienne des établissements ou services, leur performance et leur compétitivité. Pour atteindre cet objectif il est pris appui sur la construction et la conduite de « projets individuels. » A l'idée de projet se trouvent rattachés en fonction du type d'action et de population concernée, les adjectifs, d'accompagnement personnalisé, de vie, d'insertion, d'intégration etc. En fait, l'adjectif, autrement dit l'action, n'a que peu d'influence sur l'outil ou la méthode proposée.

2 - Moyens et méthodes

Pour la rubrique, Moyens et Méthodes, la distinction précédente – externe/interne- reste pertinente.

A) Evaluation externe.

Dans ce cadre, les moyens et méthodes proposées, ont pour but d'objectiver l'action sociale, à travers en particulier la construction de guides de bonne pratique. La qualité devient, alors, dans certains méthodes « qualité sociale » cette notion étant synonyme de « contrôle social. »

B) Evaluation interne :

Il s'agit avant tout de mettre en place des dispositifs institutionnels (comités de pilotage par exemple) afin de construire et/ou mettre en place des méthodologies permettant la mesure (échelle de cotation, logiciel, batterie d'indicateur...) de l'action en vue de maîtriser les processus de production de services (en établissement, a domicile, en milieu ouvert etc.) Certains auteurs disent avoir recours pour la mise en place des méthodologies d'évaluation, à des procédures participatives de construction de l'outil impliquant les professionnels. L'outil ainsi élaboré est nommé outil d'auto évaluation.

3 - Principe d'évaluation.

Les principes qui sous tendent l'évaluation ne se répartissent plus selon la dichotomie précédente, mais selon la distinction : Dispositif/Individu.

A) En terme de dispositif :

Il s'agit d'évaluer pour mieux décider. Pour que cette aide à la décision que constitue l'évaluation puisse être opérante il faut pouvoir, d'une part, pratiquer des analyses comparatives des pratiques professionnelles à partir de référentiels, et d'autre part, procéder à l'évaluation des organisations, des structures et dispositifs de l'action sociale et médico-sociale.

B) En direction des individus :

L'utilisateur et/ou sa famille sont à positionner au centre du dispositif d'évaluation de la qualité des services. Il s'agit d'analyser les prestations individuelles réalisées à domicile, en établissement ou dans toute autre situation.

4 - Ce qui est évalué.

Trois domaines sont ici concernés : les structures, les professionnels, les usagers.

A) Les structures.

Dans ce domaine sont évalués la qualité du service ou de la prestation rendue en vue de son amélioration, le fonctionnement de l'établissement ou d'un service (hébergement, aide sociale...), l'organisation d'une structure (management, GRH, RH, gestion financière, hygiène et sécurité, accueil, information...)

B) Les professionnels.

Dans ce champ sont évalués l'activité des professionnels (temps et rythme de travail, tâche effectuée...), des actions spécifiques (accompagnement, suivi extérieur...), le projet construit par les professionnels pour la personne.

C) Les usagers.

Dans cette dimension sont évalués, l'évolution individuelle de la personne dans le temps, la participation et/ou celle de la famille au projet éducatif, d'insertion sociale ou professionnelle, de vie..., les besoins et attentes des individus, les capacités de choix et d'autonomie, la qualité de vie en établissement ou à domicile...

5 - Comment les dimensions retenues sont-elles évaluées.

Le comment s'applique aux trois dimensions précédentes (structures, professionnels, usagers.)

Ainsi, ces dimensions sont évaluées à plusieurs niveaux avec le concours pour l'évaluation externe d'évaluateurs compétents dans les domaines soumis à évaluation.

En ce qui concerne l'évaluation interne, par la mise en place de dispositifs de veille et/ou d'outils techniques appelés d'auto évaluation (logiciels de saisie d'information, tableaux de bord de suivi des moyens mis en place, analyses des résultats obtenus...)

Que ce soit dans le cadre de l'évaluation interne ou externe il est dit faire appel, dans tous les cas, à la participation active des professionnels et le cas échéant à celle des personnes concernées par la prestation soumise à évaluation.

6 - Les outils.

A travers les outils, méthodologies, démarches... pris en référence dans cette analyse, nous trouvons l'utilisation de toute la panoplie d'outils utilisables ou disponibles sur le marché de l'organisation, de l'intervention psychosociale du management appliqué ou non à la qualité.

A ce type de démarche s'ajoutent les outils qualité venant d'autres secteurs d'activité et adaptés à l'action sociale et médico-sociale.

Le lexique utilisé pour qualifier les outils est le suivant (cette liste n'est pas exhaustive) : Guide d'évaluation, pilotage de la qualité, indicateurs qualité, évaluations des résultats, référentiel, manuel qualité, tableau de bord, module d'analyse informatisée, diagnostic qualité, descripteurs de compétences, charte, normes, nomenclature, manuel d'évaluation, protocole d'évaluation, procédure, certification...

7 - Modèle de référence.

Les modèles de construction de l'évaluation font essentiellement référence à deux conceptions : la première, majoritaire, peut être désigner comme « technique », la seconde comme « sociale. »

Conception « technique » :

Il est fait référence à un modelé prenant pour base la mesure, certains diront la métrologie. Il s'agit de mesurer, afin d'évaluer objectivement, les faits. La mesure peut s'appuyer sur des processus de comparaison entre ce qui est dit et ce qui est fait. Lorsqu'il est question, dans l'argumentaire, de la satisfaction du client, le modèle « technique » tire plus vers la certification et la normalisation.

Conception « sociale » :

Il est retenu le principe de la participation et de la responsabilisation des acteurs, usagers, professionnels, gestionnaires. Le modèle qui préside à la mise en place de l'évaluation se fonde sur celui de la recherche-action ou sur quelque chose d'approchant. L'évaluation a pour fonction de mesurer, à l'aide d'outils conçus spécifiquement pour l'action évaluée (c'est-à-dire dans un contexte et un environnement particulier), l'efficience des moyens mis en place pour répondre à la satisfaction des usagers.

IV- 3. Recommandations.

Fort de notre expérience d'analyse critique des outils et démarches d'évaluation de la qualité, de l'hétérogénéité des informations recueillies, nous suggérons que les outils d'évaluation internes ou externes qui entendent bénéficier d'une reconnaissance des pouvoirs publics en vue d'une éventuelle diffusion dans le champ social et médico-social présentent un dossier répondant aux questionnements suivants :

- 1- La conception de l'outil
- 2- Le champ recouvert par l'outil
- 3- Les modalités de mise en œuvre de l'outil
- 4- Les critères et références ayant présidé à la conception de l'outil
- 5- La méthodologie de conception et de mise en œuvre de l'outil
- 6- Les facteurs qui selon les concepteurs génèrent de la qualité

1 - CONCEPTION DE L'OUTIL

- Qui est à l'initiative ? Quelle est la demande, de qui émane-t-elle et quelle en est la motivation ?
- Qui l'a conçue ? Comment a-t-elle été construite ? Quelles ont été les implications des différents acteurs et partenaires, pour quel type de concours ?
(Est-on dans une démarche de négociation ou dans une logique de question aux choix multiples ?)

2 – LE CHAMP RECOUVERT PAR L'OUTIL.

- Sur quoi porte-t-il ?
Sont-ce les besoins des usagers ?
Est-ce l'ensemble des pratiques du service ou de l'établissement ?
Est-ce la mission ?
Est-ce la prestation ?
Est-ce le rapport entre la prestation et le besoin ? Et, dans ce cas, comment appréhende-t-on le besoin auquel on est sensé répondre ?
- Prend-il en compte les dimensions d'ordre organisationnel ? (travail, tâches, qualifications)
- Le rapport à l'utilisateur, aux familles ?
- la place et les liens l'institution avec l'environnement ?
- Prend-il en compte la vie de l'institution ? (Sur le plan de la sexualité des usagers par ex.)
- Quel est son champ d'application ? (Spécifique ou commun à tous types de structures ; quels types de prestations ?)
- Comment sont pris en compte les caractéristiques de la population et le rapport pratique/population dans ses aspects caractéristiques et dynamiques ? (aspects de provenance, socio-démographiques, subjectivité, etc.)

3 – LES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DE L'OUTIL.

- Sur l'ensemble d'une institution ? Certains secteurs ? Les services du siège ?
- Cela se joue-t-il à un niveau général ou à partir des projets individuels ?
- Est-ce mis en œuvre dans le cadre de l'amélioration continue d'une pratique, d'une auto-réflexion d'une équipe ?
- Est-ce appelé à être mis en œuvre sous un mode de régulation externe ?
- Est-il voué à une évaluation de type « expertal » ?
- Est-ce un outil utilisé dans une optique de concertation ? De sanction

4 – LES CRITERES ET REFERENCES AYANT PRESIDE A LA CONCEPTION DE L'OUTIL.

- Quelles hypothèses les concepteurs ont-ils à vérifier ?
- Quels sont les modèles théoriques ?
- Quelle idéologie consensuelle ? (ex. la notion de prise en charge)
- l'outil prend-il en compte les compétences dont disposent les professionnels pour faire ce qu'ils sont sensés faire accueilli ?
- Idem pour les personnes accueillies : comment prend-on en compte ce qui « fonctionne » ?
- Quels sont les référentiels (travaux de recherche, évaluation, guide de bonnes pratiques ...) sur lesquels s'appuie l'évaluation du rapport pratiques / population ?

5 - LA METHODOLOGIE DE CONCEPTION ET DE MISE EN ŒUVRE DE L'OUTIL

- A t-il été testé, expérimenté ? Comment a-t-il été évalué ? Avec quelle méthode ?
- Est-il compatible avec d'autres outils adaptés à d'autres types de prestations ?
- Est-ce un outil unique ou s'inscrit-il dans une boîte à outils ?
- Quelle est son adaptabilité ?

6 – LES FACTEURS QUI SELON LES CONCEPTEURS GENERENT DE LA QUALITE

- L'information et le droit à l'information
- La formation
- L'implication de l'institution dans des démarches d'études et de recherches, des réseaux.
- Les liens avec l'environnement
- Le respect de l'Autre
- Le respect et l'accès au droit
- La recherche des critères liés à la vie démocratique (mise en place et respect du fonctionnement des instances légales : conseil d'établissement, etc.)
- La place accordée aux liens de la personne (amoureux, amitié, etc.)
- L'existence d'un projet institutionnel et la clarté des missions
- L'existence d'un projet individuel opposable
- La prise en compte des choix de vie (choix d'être là, aménagement du temps institutionnel, temporalité ...)
- L'usager au centre du dispositif en tant que sujet et non objet
- Les relations positives avec l'environnement, les tutelles
- Le niveau de ressources suffisant (personnes accueillies, institution)
- L'implication de la personne dans des réseaux externes et le respect de son autonomie
- L'accessibilité de l'environnement

Compte tenu des enjeux économiques et sociaux que représente l'évaluation des structures du secteur social et médico-social, le Conseil national de l'évaluation se doit d'être le garant le plus impartial et indépendant possible, dans l'exécution des missions qui lui sont confiées. Ce conseil ne doit pouvoir souffrir d'aucune critique, au sujet en particulier de quelconques conflits d'intérêt. Dans l'hypothèse où ce type de conflit pourrait surgir, du fait de l'organisation ou de la composition même du conseil, celui-ci verrait son action devenir rapidement inutile et probablement, à court terme, négative en matière de respect des droits des personnes.

C'est pourquoi, compte tenu de ce qui précède nous formulons les recommandations suivantes :

1^{ère} Recommandation.

- **Afin que le Conseil national de l'évaluation puisse agir en toute indépendance, il serait hautement souhaitable qu'aucun de ces membres ne soit à la fois juge et partie, plus précisément, cela signifie qu'aucun membre de la commission permanente, chargé de préparer les travaux de la formation plénière du conseil, ne devra faire partie d'un organisme promoteur d'outils, démarches... d'évaluation interne ou externe proposée**

dans le secteur social et médico-social. La commission permanente devrait se voir doter d'une mission d'étude approfondie des outils, démarches... soumise à l'accréditation du conseil.

2^{ème} Recommandation.

- Les moyens financiers nécessaires au bon fonctionnement de l'évaluation et au respect des délais imposé par la loi des quelques milliers d'établissements ou services du secteur social et médico-social devront être mutualisés par un organisme totalement indépendant du conseil. Afin d'assurer l'indépendance de la gestion de ce fonds, dont on peut supposer qu'il sera alimenté, soit par les départements et/ou la région et/ou l'Etat, il pourrait être pris modèle sur les procédures de gestion des fonds de la formation professionnelle ou dans l'hypothèse où les moyens financiers proviendraient exclusivement de l'Etat, sur la gestion du fonds pour l'emploi des personnes handicapées.

3^{ème} Recommandation.

- Le fait qu'une personne en situation de difficultés personnelles ou sociales ait recours à un moment de son histoire à un établissement ou service social ou médico-social, ne saurait représenter une situation telle, qu'il pourrait être mis entre parenthèses le droit commun ou les droits fondamentaux de la personne. C'est pourquoi, le Conseil devra porter une attention toute particulière au contenu des outils, démarches, processus, codes de bonne pratique en matière d'évaluation interne ou externe, qu'il sera amené à promouvoir afin de s'assurer que les indicateurs d'évaluation permettant de garantir la pleine citoyenneté des personnes, ayant recours à un établissement ou un service, sont présents.

La loi de janvier 2002 place la personne en sa qualité d'usager d'un service public au « centre » de l'action des « dispositifs » pour rester dans le langage de la loi. La place et le rôle des personnes constituent un enjeu essentiel pour que les inter-relations et inter-actions des personnes avec leur environnement (professionnel, institution...) constituent un élément réel de qualité. C'est pourquoi, les démarches, outils, méthodologies... d'évaluation tant internes qu'externes ne sauraient concerner la seule auto-légitimation du travail de différents professionnels, d'un établissement, d'un service ou de pratique de recueil d'information permettant d'optimiser la gestion d'un service ou d'un établissement - et même, si par ailleurs, ce type auto-légitimation est nécessaire dans un espace social qui s'oriente vers la mise en place de processus de sélection de l'action fondée sur la performance et l'efficacité -. La question de l'évaluation de la qualité de service, dans le respect des prérogatives des uns et des autres, ne saurait faire l'économie d'une association « co-opération » de et avec les personnes usagers dudit service.

Ouvrir les moyens de la participation aux personnes, signifie, entre autres, les associer à la prise de décision, autrement dit, les personnes ne peuvent se voir confrontées à des choix multiples dont les réponses sont déjà préétablies par les systèmes et dispositifs.

C'est pourquoi, nous formulons les recommandations suivantes :

4^{ème} Recommandation.

- **Il est particulièrement important que l'ensemble des démarches, outils, méthodologies... d'évaluation tant internes, qu'externes, intégrés à un module, permettent d'évaluer le degré de participation/implication, des personnes dans les choix qui les concernent. Il en va de la cohérence et de la pertinence globale de la loi janvier 2002.**

5^{ème} Recommandation.

- **A l'instar des salariés ayant acquis le droit d'être représentés dans l'entreprise par des salariés protégés, ainsi que des personnes étrangères et de celles se trouvant en grande difficulté sociale pouvant réclamer l'application de leurs droits auprès d'une Commission Départementale, la CODAC – Commission d'accès aux droits et contre les discriminations¹¹ -, nous proposons que les personnes accueillies et accompagnées en établissements et services sociaux et médico-sociaux puissent être écoutées, soutenues et défendues par un Garant des Droits et des Libertés. Celui-ci ayant en charge de recenser les problèmes et les observations et de les faire connaître à cette Commission de « droit commun » dont la fonction départementale devrait être déclinée au sein de chaque Association gestionnaire. Dans ce même sens, obligation devrait être faite à chacun des « systèmes d'évaluation de la qualité » de vérifier comment la charte des Droits et Libertés est réellement et quotidiennement appliquée dans l'établissement.**

L'un des principaux enjeux de l'évaluation de la qualité de service concerne la représentation des usagers dans les différentes instances, du nouveau dispositif d'action sociale et médico-sociale mis en place par la loi de janvier 2002.

C'est pourquoi, nous formulons la recommandation suivante :

6^{ème} Recommandation.

- **Afin, de créer un réel rapport démocratique et pas seulement un rapport de consommation entre usagers et prestataires de services et en l'absence (pratiquement totale) d'une structuration associative de personnes, non gestionnaire d'établissements ou de services sur le territoire national, un programme de soutien (logistique et financier), à la création d'associations, est nécessaire. Ce programme devrait pouvoir bénéficier du soutien effectif des associations gestionnaires d'établissements et services.**

Les expérimentations réalisées et les solutions mises en œuvre dans le secteur sanitaire doivent pouvoir servir de socle à la réflexion dans le secteur social et médico-social. La source d'information, en provenance du sanitaire, qu'il est possible d'utiliser pour ne pas répéter les difficultés rencontrées par ce dernier est essentielle à la mise en œuvre d'outils de démarches... qui soient réellement adaptés à la diversité des actions du secteur social et médico-social et à ses évolutions.

¹¹ Circulaire interministérielle DPM/ACI2 n° 2001/526 du 30 octobre 2001 relative à la relance et à la consolidation du dispositif 114 - CODAC d'accès à la citoyenneté et de lutte contre les discriminations.

Par ailleurs, les établissements et services sociaux ne trouvent leur sens qu'en lien avec l'ensemble des autres structures du secteur directement concerné ou de proximité. Bien qu'il soit aujourd'hui devenu usuel de souligner qu'un projet individualisé ne saurait être découpé en tranches de compétences spécifiées, il nous semble cependant important de rappeler ce principe. En effet, une évaluation qui n'inclurait pas dans son corpus d'indicateur une évaluation de l'environnement institutionnel d'un établissement ou d'un service ne saurait que tentative de « chosification » de l'établissement ou du service concerné, et par-là, celle des professionnels et des personnes accueillies.

C'est pourquoi, nous formulons la recommandation suivante :

7^{ème} Recommandation.

- La mise en place des moyens (humains, financiers, méthodologiques...) de l'évaluation de la qualité dans le secteur social et médico-social devrait être accompagnée de la formalisation de réseaux d'action. La formalisation de ces réseaux pourrait prendre appui sur la dynamique que ne manquera pas de générer, au niveau départemental, la mise en place des Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées. La mise en place des procédures d'organisation de réseaux sociaux et/ou médico-sociaux, à l'image de ce qui se formalise dans le décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002¹², devrait permettre d'ouvrir à terme une dynamique cohérente et participative d'évaluation de la qualité des politiques suivies au niveau local dans le secteur social et médico-social et ainsi ne pas restreindre l'évaluation au seul établissement ou service de ce secteur.

A l'occasion des auditions réalisées, il a été permis au groupe de travail de constater chez les auteurs ou promoteurs d'outils, démarches... d'évaluation de la qualité, un consensus total autour du fait que seuls 20% des actes réalisés dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont des actes dit « prescriptibles. » Autrement dit qui peuvent être classifiés, décrits, prévus et être mis aisément en procédure. Ceci signifie que les systèmes d'évaluation de la qualité qui se positionnent, actuellement, sur le marché de l'évaluation ne semblent couvrir qu'une faible proportion des actes et situations rencontrés dans le secteur social et médico-social. C'est-à-dire qu'ils ne concernent pas réellement la qualité de la pratique quotidienne à laquelle les professionnels et usagers sont confrontés. Ces pratiques quotidiennes sont faites de transaction, d'accommodation, en un mot de relations, lesquelles, par essence, échappent à toutes procédures.

C'est pourquoi, nous formulons les recommandations suivantes :

8^{ème} Recommandation.

- Afin que puissent se diversifier les outils, démarches, méthodologie... d'évaluation, il est nécessaire que les moyens soient mis en place, en cohérence avec ceux déjà existants, de recherche permettant de promouvoir à moyen terme des outils pouvant permettre d'aborder, de façon réaliste, le champ qui

¹² Décret relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de L.6321-1 du code de la santé publique.

ne peut être couvert par les outils et systèmes classiques d'évaluation. Méthodologies et outils d'évaluation comme ceux développés dans le cadre de l'évaluation participative. Ce qui fait la qualité c'est l'articulation entre des facteurs objectifs et des facteurs subjectifs

9^{ème} Recommandation.

- Il est nécessaire, toujours en cohérence avec les moyens déjà existants, de mettre en place des programmes appropriés d'étude et de recherche permettant d'accompagner l'évolution de l'ensemble des procédures, outils, démarches... de l'évaluation de la qualité dans le secteur social et médico-social.

Les moyens financiers nécessaires à ce type d'action peuvent être constitués à partir d'un pourcentage prélevé¹³ (+/-2%) sur les fonds permettant le financement de l'évaluation externe des établissements ou services (cf. recommandation n°2.)

10^{ème} Recommandation.

Les programmes d'accompagnement de l'évaluation de la qualité et de l'évaluation de l'évaluation des outils, démarches... tant internes, qu'externes, proposés aux établissements ou services devraient être placés sous la responsabilité d'une structure indépendante, disposant des moyens appropriés à une telle démarche. L'indépendance de cette structure étant, entre autres, clairement marquée par rapport au conseil national de l'évaluation. Cette structure agirait : en tant que garant 1) du respect du cahier des charges général de l'évaluation et 2) de l'évolution de ce cahier des charges. Elle serait force de proposition auprès du conseil national de l'évaluation.

Les pouvoirs publics jouent un rôle de premier plan dans les réflexions et discussions autour de la qualité en mettant en place une procédure d'habilitation, des établissements ou services du secteur médico-social fondée sur la qualité et la contractualisation. Ceci nécessite l'établissement d'un bilan critique de l'appareil social et médico-social actuel afin de pouvoir proposer des méthodes d'appréciation qualitatives et participatives de la qualité de l'offre de service.

C'est pourquoi, nous formulons la recommandation suivante :

¹³ Partant d'un nombre d'environ 23 000 établissements ou services, d'un coût de l'évaluation externe à un prix moyen de 1 800 €(3 jours x 600€), nous obtenons un budget global d'un peu plus de 41 millions €. Soit pour une évaluation de l'ensemble des établissements ou services, tous les 7 ans, un budget annuel d'environ 5.8 millions €

11^{ème} Recommandation.

- Un appel d'offre, d'étude et de recherche sur l'application de la démarche qualité dans le secteur social et médico-social, devrait être lancé au motif : 1° que la croissance de l'offre de service rencontrera des limites « physiques » et financières ; 2° que le niveau de performance de certains dispositifs est actuellement inférieur aux attentes en matière d'intégration scolaire, en matière d'emploi, de formation professionnelle... ; 3° que les formes d'évaluation ne peuvent se satisfaire des seules procédures traditionnelles ; 4° que les dépenses doivent être finalisées en fonction d'une stratégie de développement économique et/ou de changement social ; 5° que la volonté doit être marquée de se doter de moyens permettant le pilotage de systèmes complexes et coûteux.

Annexe 1
Convention d'étude

Annexe 2

Liste des associations et organismes ayant adressé
une contribution au groupe de travail.

Annexe 2

Liste des associations et organismes ayant adressé une contribution au groupe de travail.

Association, Arceau Anjou, Adultes traumatisés crâniens et handicapés physiques.
Action Connaissance Formation pour la Surdité, ACFOS.
Association Nationale de Communautés Educatives ANCE.
Fédération APAJH. Document d'évaluation interne des établissements de la Fédération.
Fédération des Associations Gestionnaires d'Etablissements de Réadaptation pour
Handicapés. FAGERH
F.F.A. Infirmes. Moteur. Cérébraux.
Fédération Hospitalière de France.
Fédération Nationale pour l'insertion des personnes sourdes et des personnes aveugles,
Fédération Nationale pour l'Insertion des Sourds et des Aveugles de France. FISAF.
Groupement d'Etude de Recherche et d'Initiative pour l'aide aux Personnes Agées,
GERIAPA.
S.A. GERFI+. Logiciel d'aide à l'élaboration de projets individualisés.
Union Nationale des Associations Familiales. UNAF.

Réseau CREA I Midi-Pyrénées :

ADAPEI des Hautes-Pyrénées.
ADAPEI de Haute Garonne.
ADAPEI du Gers.
ADAPEI de l'Aveyron.
ADAPEI Montauban
Association HANDAS (IME, MAS)

Réseau de la Fédération d'aide à la Santé Mentale CROIX-MARINE :

Association REGAIN. Saint-Rémy.
Association d'entraide aux Adultes Handicapés Mentaux. Villedieu.
Association pour l'Action Sociale et Educative en Ile et Vilaine. Renne.
Association des Foyers de Cluny. Foyer Leone Richet. Caen.
Association Hospitalière de Bretagne. Plouguernevel.
APIJ Henri Faure. Bonneval.
Centre de postcure et de réadaptation sociale agricole de l'Ouest. Muzillac.
Centre Hospitalier Léon-Jean Grégory. Thuir.
Centre Pierre-Doussinet. Clermont Ferrand.
Centre de Soins psychothérapeutique, La Velotte. Besançon.
Centre Hospitalier Henri Mondor d'Aurillac.

ANNEXE 3

**LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002
rénovant l'action sociale et médico-sociale**

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

« L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Chapitre Ier

Principes fondamentaux

Section 1

Des fondements de l'action sociale et médico-sociale

Article 1

Le titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles est complété par un chapitre VI intitulé : « Action sociale et médico-sociale », comprenant les articles L. 116-1 et L. 116-2.

Article 2

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 116-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 116-1. - L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en oeuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1. »

Article 3

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 116-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 116-2. - L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire. »

Article 4

I. - Le livre III du code de l'action sociale et des familles est intitulé : « Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services » et le titre Ier dudit livre est intitulé : « Etablissements et services soumis à autorisation ».

II. - Il est créé, au chapitre Ier du titre Ier du livre III du même code, une section 1 intitulée : « Missions », comprenant les articles L. 311-1 et L. 311-2, et une section 2 intitulée : « Droits des usagers », comprenant les articles L. 311-3 à L. 311-9.

Article 5

L'article L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 311-1. - L'action sociale et médico-sociale, au sens du présent code, s'inscrit dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale suivantes :

« 1° Evaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ;

« 2° Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;

« 3° Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;

« 4° Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ;

« 5° Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;

« 6° Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.

« Ces missions sont accomplies par des personnes physiques ou des institutions sociales et médico-sociales.

« Sont des institutions sociales et médico-sociales au sens du présent code les personnes morales de droit public ou privé gestionnaires d'une manière permanente des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1. »

Article 6

L'article L. 311-2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 311-2. - Une charte nationale est établie conjointement par les fédérations et organismes représentatifs des personnes morales publiques et privées gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux. Cette charte porte sur les principes éthiques et déontologiques afférents aux modes de fonctionnement et d'intervention, aux pratiques de l'action sociale et médico-sociale et aux garanties de bon fonctionnement statutaire que les adhérents des fédérations et organismes précités sont invités à respecter par un engagement écrit.

« Elle est publiée par arrêté du ministre chargé des affaires sociales. »

Section 2

Des droits des usagers du secteur social

et médico-social

L'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 311-3. - L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

« 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

« 2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;

« 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

« 4° La confidentialité des informations la concernant ;

« 5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

« 6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

« 7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

« Les modalités de mise en oeuvre du droit à communication prévu au 5° sont fixées par voie réglementaire. »

Article 8

L'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 311-4. - Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés :

« a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-9 du code de la santé publique ;

« b) Le règlement de fonctionnement défini à l'article L. 311-7.

« Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

« Le contenu minimal du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge est fixé par voie réglementaire selon les catégories d'établissements et de personnes accueillies. »

Article 9

L'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 311-5. - Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le président du conseil général après avis de la commission départementale consultative mentionnée à l'article L. 312-5. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 10

L'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 311-6. - Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. Les catégories d'établissements ou de services qui doivent mettre en oeuvre obligatoirement le conseil de la vie sociale sont précisées par décret.

« Ce décret précise également, d'une part, la composition et les compétences de ce conseil et, d'autre part, les autres formes de participation possibles. »

Article 11

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 311-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 311-7. - Dans chaque établissement et service social ou médico-social, il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service.

« Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en oeuvre d'une autre forme de participation.

« Les dispositions minimales devant figurer dans ce règlement ainsi que les modalités de son établissement et de sa révision sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 12

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 311-8 ainsi rédigé :

« Art. L. 311-8. - Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en oeuvre d'une autre forme de participation. »

Article 13

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 311-9 ainsi rédigé :

« Art. L. 311-9. - En vue d'assurer le respect du droit à une vie familiale des membres des familles accueillies dans les établissements ou services mentionnés aux 1° et 7° de l'article L. 312-1, ces établissements ou services doivent rechercher une solution évitant la séparation de ces personnes ou, si une telle solution ne peut être trouvée, établir, de concert avec les personnes accueillies, un projet propre à permettre leur réunion dans les plus brefs délais, et assurer le suivi de ce projet jusqu'à ce qu'il aboutisse.

« Dans ce but, chaque schéma départemental des centres d'hébergement et de réinsertion sociale évalue les besoins en accueil familial du département et prévoit les moyens pour y répondre. »

Chapitre II

De l'organisation de l'action sociale

et médico-sociale

Article 14

I. - Le chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles est intitulé : « Organisation de l'action sociale et médico-sociale ».

II. - La section 1 du même chapitre est intitulée : « Etablissements et services sociaux et médico-sociaux » et comprend les articles L. 312-1 et L. 312-2.

III. - La section 2 du même chapitre est intitulée : « Evaluation et analyse des besoins et programmation des actions » et comprend l'article L. 312-3.

IV. - La section 3 du même chapitre est intitulée : « Schémas d'organisation sociale et médico-sociale » et comprend les articles L. 312-4 et L. 312-5.

V. - La section 4 du même chapitre est intitulée : « Coordination des interventions » et comprend les articles L. 312-6 et L. 312-7.

VI. - La section 5 du même chapitre est intitulée : « Evaluation et systèmes d'information » et comprend les articles L. 312-8 et L. 312-9.

VII. - Les articles L. 312-10 à L. 312-14 du même code sont abrogés.

Section 1

Des établissements et des services sociaux

et médico-sociaux

Article 15

L'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 312-1. - I. - Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

« 1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant de l'article L. 222-5 ;

« 2° Les établissements ou services d'enseignement et d'éducation spéciale qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;

« 3° Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique ;

« 4° Les établissements ou services mettant en oeuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ;

« 5° Les établissements ou services :

« a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à l'article L. 322-4-16 du code du travail et des ateliers protégés définis aux articles L. 323-30 et suivants du même code ;

« b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 323-15 du code du travail ;

« 6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;

« 7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

« 8° Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;

« 9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et les appartements de coordination thérapeutique ;

« 10° Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des articles L. 351-2 et L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation ;

« 11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en oeuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services

« 12° Les établissements ou services à caractère expérimental.

« Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

« II. - Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services relevant des catégories mentionnées au présent article, à l'exception du 12° du I, sont définies par décret après avis du Conseil supérieur des établissements et services sociaux et médico-sociaux visé à l'article L. 312-2.

« Les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 6° et 8° du I s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies, dans des conditions et des délais fixés par décret.

« Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 12° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés.

« III. - Les lieux de vie et d'accueil qui ne constituent pas des établissements et services sociaux ou médico-sociaux au sens du I doivent faire application des articles L. 311-4 à L. 311-8. Ils sont également soumis à l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 et aux dispositions des articles L. 313-13 à L. 313-25, dès lors qu'ils ne relèvent ni des dispositions prévues au titre II du livre IV relatives aux assistants maternels, ni de celles relatives aux particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées prévues au titre IV dudit livre. Un décret fixe le nombre minimal et maximal des personnes que ces structures peuvent accueillir. »

Article 16

L'article L. 312-2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 312-2. - Il est créé un Conseil supérieur des établissements et services sociaux et médico-sociaux, compétent pour donner un avis sur les problèmes généraux relatifs à l'organisation de ce secteur, notamment sur les questions concernant le fonctionnement administratif, financier et médical des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

« Il est composé de parlementaires, de représentants de l'Etat, des organismes de sécurité sociale et des collectivités territoriales intéressées, des personnes morales gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux, des personnels, des usagers et de personnalités qualifiées. Il est présidé par un parlementaire.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Section 2

De l'évaluation des besoins, de leur analyse

et de la programmation des actions

Article 17

L'article L. 312-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 312-3. - Les sections sociales du Comité national et des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale mentionnés à l'article L. 6121-9 du code de la santé publique se réunissent au moins une fois par an en formation élargie en vue :

« 1° D'évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et d'analyser leur évolution ;

« 2° De proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale.

« Tous les cinq ans, ces sections élaborent un rapport qui est transmis, selon le cas, aux ministres et aux autorités locales concernées.

« Chaque année, le ministre chargé des affaires sociales présente un rapport à la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale sur la mise en oeuvre des mesures prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale concernant l'action sociale ou médico-sociale.

« Lorsque le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale rend un avis sur un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale dans les conditions prévues à l'article L. 312-5 ou sur une autorisation de fonctionnement délivrée par le président du conseil général dans les conditions prévues à l'article L. 313-3, le ou les départements concernés par le schéma ou l'implantation de l'établissement ou du service sont représentés lors de la délibération avec voix consultative. »

Section 3

Des schémas d'organisation sociale et médico-sociale

Article 18

L'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 312-4. - Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, établis pour une période maximum de cinq ans en cohérence avec les schémas mentionnés aux articles L. 6121-1 et L. 6121-3 du code de la santé publique et avec les dispositifs de coordination prévus au chapitre V du titre IV du livre Ier :

« 1° Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;

« 2° Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;

« 3° Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux relevant du titre IV du livre IV ;

« 4° Précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, à l'exception des structures expérimentales prévues au 12° du I de cet article, ainsi qu'avec les établissements de santé définis aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés au 1° ;

« 5° Définissent les critères d'évaluation des actions mises en oeuvre dans le cadre de ces schémas.

« Un document annexé aux schémas définis au présent article peut préciser, pour leur période de validité, la programmation pluriannuelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer afin de satisfaire les perspectives et objectifs définis au 3°.

« Les schémas peuvent être révisés à tout moment à la demande de l'une des autorités compétentes. »

Article 19

L'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 312-5. - Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont élaborés :

« 1° Au niveau national lorsqu'ils concernent des établissements ou services accueillant des catégories de personnes, dont la liste est fixée par décret, pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau ;

« 2° Au niveau départemental, lorsqu'ils portent sur les établissements et services mentionnés aux 1° à 4°, a du 5° et 6° à 11° du I de l'article L. 312-1, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux.

« Les schémas élaborés au niveau national sont arrêtés par le ministre chargé des affaires sociales, après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

« Les schémas départementaux sont arrêtés après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale et d'une commission départementale consultative comprenant notamment des représentants des collectivités territoriales, des professions sanitaires et sociales, des institutions sociales et médico-sociales et des personnes accueillies par ces institutions ou susceptibles de l'être. Un décret fixe la composition et les modalités de fonctionnement de cette commission.

« Le schéma départemental est arrêté conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et par le président du conseil général. A défaut d'accord entre le représentant de l'Etat dans le département et le président du conseil général, les éléments du schéma départemental sont arrêtés :

« a) Par le représentant de l'Etat dans le département pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 4°, a du 5°, 8° et 10° du I de l'article L. 312-1 ainsi que pour ceux mentionnés à l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale pour les prestations prises en charge par l'assurance maladie ;

« b) Par le président du conseil général, après délibération de celui-ci, pour les établissements et services mentionnés au 1° du I de l'article L. 312-1 ainsi que pour ceux mentionnés aux 3°, 6° et 7° du I du même article pour les prestations prises en charge par l'aide sociale départementale.

« Si les éléments du schéma n'ont pas été arrêtés dans les conditions définies ci-dessus soit dans un délai de deux ans après la publication de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, soit dans un délai d'un an après la date d'expiration du schéma précédent, le représentant de l'Etat dans le département dispose de trois mois pour arrêter ledit schéma.

« Les éléments des schémas départementaux d'une même région, afférents aux établissements et services relevant de la compétence de l'Etat, sont regroupés dans un schéma régional fixé par le représentant de l'Etat dans la région, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale et transmis pour information aux présidents des conseils généraux concernés.

« Le représentant de l'Etat dans la région arrête les schémas régionaux relatifs :

« a) Aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale ;

« b) Aux centres de rééducation professionnelle mentionnés au b du 5° du I de l'article L. 312-1 après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, du comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle et du conseil régional.

« Ces schémas sont intégrés au schéma régional précité.

« Les schémas à caractère national sont transmis pour information aux comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale et aux conférences régionales de santé.

« Les schémas départementaux et les schémas régionaux sont transmis pour information à la conférence régionale de santé et au comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. »

Section 4

De la coordination et de la coopération

Article 20

L'article L. 312-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 312-6. - Afin de coordonner la mise en oeuvre des actions sociales et médico-sociales menées dans chaque département et de garantir, notamment, la continuité de la prise en charge ou de l'accompagnement des personnes accueillies, une convention pluriannuelle conclue entre les autorités compétentes, au titre desquelles figurent les centres communaux d'action sociale et les centres intercommunaux gestionnaires d'établissements sociaux ou médico-sociaux, définit les objectifs à atteindre, les procédures de concertation et les moyens mobilisés à cet effet, notamment dans le cadre des schémas départementaux mentionnés au 2° de l'article L. 312-5. »

Article 21

L'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 312-7. - Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les personnes physiques ou morales gestionnaires mentionnées à l'article L. 311-1 peuvent :

« 1° Conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés ;

« 2° Créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ;

« 3° Créer des syndicats interétablissements ou des groupements de coopération sociale et médico-sociale selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat ;

« 4° Procéder à des regroupements ou à des fusions.

« Les établissements de santé publics et privés peuvent adhérer à l'une des formules de coopération mentionnées au présent article.

« Les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 peuvent conclure avec des établissements de santé des conventions de coopération telles que mentionnées au 1° de l'article L. 6122-15 du code de la santé publique. Dans des conditions fixées par décret, ces mêmes établissements et services peuvent adhérer aux formules de coopération mentionnées au 2° dudit article.

« Afin de favoriser les réponses aux besoins et leur adaptation, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent envisager les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale. »

Section 5

De l'évaluation et des systèmes d'information

Article 22

L'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 312-8. - Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

« Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes est établie par arrêté du ministre chargé de l'action sociale, après avis du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

« Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci.

« Un organisme ne peut procéder à des évaluations que pour les catégories d'établissements et de services pour lesquels les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

« Ce conseil, dont les missions et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'Etat, est composé de représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale, des usagers, des institutions sociales et médico-sociales, des personnels et de personnalités qualifiées, dont un représentant du Conseil national représentatif des personnes âgées, du Conseil national consultatif des personnes handicapées et du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. »

Article 23

L'article L. 312-9 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 312-9. - L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale concernés se dotent de systèmes d'information compatibles entre eux.

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 se dotent d'un système d'information compatible avec les systèmes d'information mentionnés à l'alinéa précédent.

« Les systèmes d'information sont conçus de manière à assurer le respect de la protection des données à caractère nominatif.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Chapitre III

Des droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Article 24

I. - Le chapitre III du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles est intitulé : « Droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux ».

II. - Il est créé audit chapitre une section 1 intitulée : « Autorisations », comprenant les articles L. 313-1 à L. 313-9.

III. - Il est créé audit chapitre une section 2 intitulée : « Habilitation à recevoir des mineurs confiés par l'autorité judiciaire », comprenant l'article L. 313-10.

IV. - Il est créé audit chapitre une section 3 intitulée : « Contrats ou conventions pluriannuels », comprenant les articles L. 313-11 et L. 313-12.

V. - Il est créé audit chapitre une section 4 intitulée : « Contrôle », comprenant les articles L. 313-13 à L. 313-20.

VI. - Il est créé audit chapitre une section 5 intitulée : « Dispositions pénales », comprenant les articles L. 313-21 à L. 313-23.

VII. - Il est créé audit chapitre une section 6 intitulée : « Dispositions communes », comprenant les articles L. 313-24 et L. 313-25.

Section 1

Des autorisations

Article 25

L'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-1. - La création, la transformation ou l'extension des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 sont soumises à autorisation

« Le comité de l'organisation sanitaire et sociale compétent émet un avis sur tous les projets de création ainsi que sur les projets de transformation et d'extension portant sur une capacité supérieure à un seuil fixé par décret en Conseil d'Etat d'établissements ou de services de droit public ou privé. Cet avis peut être rendu selon une procédure simplifiée.

« En outre, le comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle et le conseil régional émettent un avis sur tous les projets de création, d'extension ou de transformation des établissements visés au b du 5° du I de l'article 312-1

« Sauf pour les établissements et services mentionnés au 4° du I de l'article L. 312-1, l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 312-8

« Toute autorisation est caduque si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai de trois ans à compter de sa date de notification.

« Lorsque l'autorisation est accordée à une personne physique ou morale de droit privé, elle ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente concernée.

« Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente. »

Article 26

L'article L. 313-2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-2. - Les demandes d'autorisation relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux sont présentées par la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé qui en assure ou est susceptible d'en assurer la gestion.

« Les demandes d'autorisation portant sur des établissements ou des services de même nature sont reçues au cours de périodes déterminées par décret en Conseil d'Etat, afin d'être examinées sans qu'il soit tenu compte de leur ordre de dépôt.

« Le calendrier d'examen de ces demandes par la section sociale du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale est fixé par le représentant de l'Etat dans la région, après avis des présidents des conseils généraux concernés. Ce calendrier doit être compatible avec celui des périodes mentionnées à l'alinéa précédent.

« Lorsque les dotations mentionnées au 4° de l'article L. 313-4 ne permettent pas de financer la totalité des dépenses susceptibles d'être engendrées par les projets faisant l'objet des demandes d'autorisation, l'autorité compétente procède au classement desdites demandes selon des critères fixés par décret en Conseil d'Etat.

« L'absence de notification d'une réponse dans le délai de six mois suivant la date d'expiration de l'une des périodes de réception mentionnées à l'alinéa précédent vaut rejet de la demande d'autorisation.

« Lorsque, dans un délai de deux mois, le demandeur le sollicite, les motifs justifiant ce rejet lui sont notifiés dans un délai d'un mois. Dans ce cas, le délai du recours contentieux contre la décision de rejet est prorogé jusqu'à l'expiration d'un délai de deux mois suivant le jour où les motifs lui auront été notifiés.

« A défaut de notification des motifs justifiant le rejet de la demande, l'autorisation est réputée acquise. »

Article 27

L'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-3. - L'autorisation est délivrée :

« a) Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés au 1° du I de l'article L. 312-1 ainsi que pour ceux mentionnés aux 6°, 7°, 8° et 12° du I et au III du même article lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale

« b) Par l'autorité compétente de l'Etat, pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 5°, 9° et 10° du I de l'article 312-1 ainsi que pour ceux mentionnés aux 4°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III du même article lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'Etat ou l'assurance maladie au titre de l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale ;

« Conjointement par l'autorité compétente de l'Etat et le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés aux 3°, 4°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge pour partie par l'Etat ou les organismes de sécurité sociale et pour partie par le département. »

Article 28

L'article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-4. - L'autorisation initiale est accordée si le projet :

« 1° Est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève et, pour les établissements visés au b du 5° du I de l'article L. 312-1, aux besoins et débouchés recensés en matière de formation professionnelle ;

« 2° Satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 précitée ou pour son application et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L. 312-8 et L. 312-9 ;

« 3° Présente un coût de fonctionnement qui n'est pas hors de proportion avec le service rendu ou les coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables

« 4° Présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 313-8, L. 314-3 et L. 314-4, au titre de l'exercice correspondant à la date de ladite autorisation.

« L'autorisation, ou son renouvellement, peuvent être assortis de conditions particulières imposées dans l'intérêt des personnes accueillies.

« Lorsque l'autorisation a été refusée en raison de son incompatibilité avec les dispositions de l'un des articles L. 313-8, L. 314-3 et L. 314-4 et lorsque le coût prévisionnel de fonctionnement du projet se révèle, dans un délai de trois ans, en tout ou partie compatible avec le montant des dotations mentionnées audit article, l'autorisation peut être accordée en tout ou partie au cours de ce même délai sans qu'il soit à nouveau procédé aux consultations mentionnées à l'article L. 313-1.

« Lorsque les dotations mentionnées aux articles L. 313-8, L. 314-3 et L. 314-4 ne permettent pas le financement de tous les projets présentés dans le cadre du premier alinéa de l'article L. 313-2 ou lorsqu'elles n'en permettent qu'une partie, ceux des projets qui, de ce seul fait, n'obtiennent pas l'autorisation font l'objet d'un classement prioritaire dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 29

L'article L. 313-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

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

« La demande de renouvellement est déposée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. L'absence de notification d'une réponse par l'autorité compétente dans les six mois qui suivent la réception de la demande vaut renouvellement de l'autorisation.

« Lorsqu'une autorisation a fait l'objet de modifications ultérieures, ou a été suivie d'une ou plusieurs autorisations complémentaires, la date d'échéance du renouvellement mentionnée au premier alinéa est fixée par référence à la date de délivrance de la première autorisation. »

Article 30

L'article L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-6. - L'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 ou son renouvellement sont valables sous réserve du résultat d'une visite de conformité aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement mentionnées au II de l'article L. 312-1 dont les modalités sont fixées par décret et, s'agissant des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, de la conclusion de la convention tripartite mentionnée à l'article L. 313-12.

« Ils valent, sauf mention contraire, habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et, lorsque l'autorisation est accordée par le représentant de l'Etat, seul ou conjointement avec le président du conseil général, autorisation de dispenser des prestations prises en charge par l'Etat ou les organismes de sécurité sociale. »

Article 31

L'article L. 313-7 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-7. - Sans préjudice de l'application des dispositions prévues aux articles L. 162-31 et L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, les établissements et services à caractère expérimental mentionnés au 12° du I de l'article L. 312-1 du présent code sont autorisés soit, après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale institué par l'article L. 6121-9 du code de la santé publique, par le ministre chargé de l'action sociale, soit par le représentant de l'Etat dans le département, soit par le président du conseil général ou conjointement par ces deux dernières autorités, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale.

« Ces autorisations sont accordées pour une durée déterminée, qui ne peut être supérieure à cinq ans. Elles sont renouvelables une fois au vu des résultats positifs d'une évaluation. Au terme de la période ouverte par le renouvellement et au vu d'une nouvelle évaluation positive, l'établissement ou le service relève alors de l'autorisation à durée déterminée mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 313-1. »

Article 32

L'article L. 313-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-8. - L'habilitation et l'autorisation mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 313-6 peuvent être refusées pour tout ou partie de la capacité prévue, lorsque les coûts de fonctionnement sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec ceux des établissements fournissant des services analogues.

« Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner, pour les budgets des collectivités territoriales, des charges injustifiées ou excessives, compte tenu d'un objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses délibéré par la collectivité concernée en fonction de ses obligations légales, de ses priorités en matière d'action sociale et des orientations des schémas départementaux mentionnés à l'article L. 312-5.

« Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner pour le budget de l'Etat des charges injustifiées ou excessives compte tenu des enveloppes de crédits définies à l'article L. 314-4.

« Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner, pour les budgets des organismes de sécurité sociale, des charges injustifiées ou excessives, compte tenu des objectifs et dotations définis à l'article L. 314-3. »

Article 33

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 313-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-8-1. - L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être assortie d'une convention.

« L'habilitation précise obligatoirement

« 1° Les catégories de bénéficiaires et la capacité d'accueil de l'établissement ou du service ;

« 2° Les objectifs poursuivis et les moyens mis en oeuvre ;

« 3° La nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables, ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués à la collectivité publique.

« Lorsqu'elles ne figurent pas dans l'habilitation, doivent figurer obligatoirement dans la convention les dispositions suivantes :

« 1° Les critères d'évaluation des actions conduites ;

« 2° La nature des liens de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social et sanitaire ;

« 3° Les conditions dans lesquelles des avances sont accordées par la collectivité publique à l'établissement ou au service

« 4° Les conditions, les délais et les formes dans lesquels la convention peut être renouvelée ou dénoncée ;

« 5° Les modalités de conciliation en cas de divergence sur l'interprétation des dispositions conventionnelles.

« La convention est publiée dans un délai de deux mois à compter de sa signature.

« L'établissement ou le service habilité est tenu, dans la limite de sa spécialité et de sa capacité autorisée, d'accueillir toute personne qui s'adresse à lui. »

Article 34

L'article L. 313-9 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-9. - L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être retirée pour des motifs fondés sur :

« 1° L'évolution des besoins ;

« 2° La méconnaissance d'une disposition substantielle de l'habilitation ou de la convention ;

« 3° La disproportion entre le coût de fonctionnement et les services rendus ;

« 4° La charge excessive, au sens des dispositions de l'article L. 313-8, qu'elle représente pour la collectivité publique ou les organismes assurant le financement.

« Dans le cas prévu au 1°, l'autorité qui a délivré l'habilitation doit, préalablement à toute décision, demander à l'établissement ou au service de modifier sa capacité en fonction de l'évolution des besoins. Dans les cas prévus aux 2°, 3° et 4°, l'autorité doit demander à l'établissement ou au service de prendre les mesures nécessaires pour respecter l'habilitation ou la convention ou réduire les coûts ou charges au niveau moyen. La demande, notifiée à l'intéressé, est motivée. Elle précise le délai dans lequel l'établissement ou le service est tenu de prendre les dispositions requises. Ce délai ne peut être inférieur à six mois.

« A l'expiration du délai, l'habilitation peut être retirée à l'établissement ou au service pour tout ou partie de la capacité dont l'aménagement était demandé. Cette décision prend effet au terme d'un délai de six mois.

« Il est tenu compte des conséquences financières de cette décision dans la fixation des moyens alloués à l'établissement ou au service. Les catégories de dépenses imputables à cette décision et leur niveau de prise en charge par l'autorité compétente sont fixées par voie réglementaire.

« L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être retirée pour les mêmes motifs que ceux énumérés aux 1^o, 3^o et 4^o. »

Section 2

De l'habilitation à recevoir les mineurs confiés par l'autorité judiciaire

Article 35

L'article L. 313-10 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-10. - L'habilitation à recevoir des mineurs confiés habituellement par l'autorité judiciaire, soit au titre de la législation relative à l'enfance délinquante, soit au titre de celle relative à l'assistance éducative, est délivrée par le représentant de l'Etat dans le département après avis du président du conseil général, pour tout ou partie du service ou de l'établissement. L'habilitation au titre de l'enfance délinquante et celle au titre de l'assistance éducative peuvent être délivrées simultanément par une même décision. »

Section 3

Des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Article 36

L'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-11. - Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en oeuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales.

« Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans. »

Article 37

L'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-12. - I. - Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnées au 6^o du I de l'article L. 312-1 du présent code et les établissements de santé dispensant des soins de longue durée visés au 2^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure à un seuil fixé par décret ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que s'ils ont passé avant le 31 décembre 2003 une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat, qui respecte le cahier des charges établi par arrêté ministériel, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux.

« II. - Les établissements mentionnés au I dont la capacité est inférieure à un seuil fixé par décret ont la possibilité de déroger aux règles mentionnées au 1° de l'article L. 314-2. Dans ces établissements, les modalités de tarification des prestations remboursables aux assurés sociaux sont fixées par décret.

« III. - Les établissements accueillant un nombre de personnes âgées dépendantes inférieur au seuil mentionné au I doivent répondre à des critères de fonctionnement, notamment de qualité, définis par un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.

« IV. - Les établissements mentionnés au I bénéficiant déjà, au 1er janvier 2001, d'une autorisation de dispenser des soins pour une partie de leur capacité sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux pour la totalité de leur capacité dès conclusion de la convention prévue au I.

« Pour les autres établissements mentionnés au I, régulièrement autorisés avant le 1er janvier 2001, un arrêté du ministre chargé des personnes âgées fixe les conditions dans lesquelles sera recueilli l'avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale nécessaire à la délivrance de l'autorisation de dispenser des soins.

« V. - Le personnel des établissements publics mentionnés au I peut comprendre des médecins, des biologistes, des odontologistes et des pharmaciens visés par l'article L. 6152-1 du code de la santé publique. Les établissements privés mentionnés au I peuvent faire appel à ces praticiens dans les conditions prévues par les statuts de ces derniers. »

Section 4

Du contrôle

Article 38

L'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-13. - Le contrôle de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux est exercé, notamment dans l'intérêt des usagers, par l'autorité qui a délivré l'autorisation.

« Lorsque le contrôle a pour objet d'apprécier l'état de santé, de sécurité, d'intégrité ou de bien-être physique ou moral des bénéficiaires, il est procédé, dans le respect de l'article L. 331-3, à des visites d'inspection conduites conjointement par un médecin inspecteur de santé publique et un inspecteur des affaires sanitaires et sociales. Le médecin inspecteur veille à entendre les usagers et leurs familles et à recueillir leurs témoignages. L'inspecteur ou le médecin inspecteur recueille également les témoignages des personnels de l'établissement ou du service.

« Les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales dûment assermentés à cet effet dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat constatent les infractions par des procès-verbaux qui font foi jusqu'à preuve du contraire.

« Au titre des contrôles mentionnés aux articles L. 313-16, L. 331-3, L. 331-5 et L. 331-7, les personnels mentionnés à l'alinéa précédent peuvent effectuer des saisies dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 39

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 313-14 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-14. - Dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat et sans préjudice des dispositions de l'article L. 331-7, dès que sont constatés dans l'établissement ou le service des infractions aux lois et règlements ou des dysfonctionnements dans la gestion ou l'organisation susceptibles d'affecter la prise en charge ou l'accompagnement des usagers ou le respect de leurs droits, l'autorité qui a délivré l'autorisation adresse au gestionnaire de l'établissement ou du service une injonction d'y remédier, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché. Elle en informe les représentants des usagers, des familles et du personnel et, le cas échéant, le représentant de l'Etat dans le département.

« Cette injonction peut inclure des mesures de réorganisation et, le cas échéant, des mesures individuelles conservatoires, dans les conditions prévues par le code du travail ou par les accords collectifs.

« S'il n'est pas satisfait à l'injonction, l'autorité compétente peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelable une fois. Celui-ci accomplit, au nom de l'autorité compétente et pour le compte de l'établissement ou du service, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés.

« Dans le cas des établissements et services soumis à autorisation conjointe, la procédure prévue aux deux alinéas précédents est engagée à l'initiative de l'une ou de l'autre des autorités compétentes. »

Article 40

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 313-15 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-15. - L'autorité compétente met fin à l'activité de tout service ou établissement créé, transformé ou ayant fait l'objet d'une extension sans l'autorisation prévue à cet effet.

« Lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe de l'autorité compétente de l'Etat et du président du conseil général, la décision de fermeture est prise conjointement par ces deux autorités et mise en oeuvre par le représentant de l'Etat dans le département avec le concours du président du conseil général. En cas de désaccord entre ces deux autorités, la décision de fermeture peut être prise et mise en oeuvre par le représentant de l'Etat dans le département.

« L'autorité compétente met en oeuvre la décision de fermeture dans les conditions prévues aux articles L. 331-5, L. 331-6 et L. 331-7. »

Article 41

Il est inséré dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 313-16 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-16. - Le représentant de l'Etat dans le département prononce la fermeture, totale ou partielle, provisoire ou définitive, d'un service ou établissement dans les conditions prévues aux articles L. 313-17 et L. 313-18 :

« 1° Lorsque les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement prévues au II de l'article L. 312-1 ne sont pas respectées ;

« 2° Lorsque la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes bénéficiaires se trouvent compromis par les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement ou du service ou par un fonctionnement des instances de l'organisme gestionnaire non conformes à ses propres statuts :

« 3° Lorsque sont constatées dans l'établissement ou le service et du fait de celui-ci des infractions aux lois et règlements susceptibles d'entraîner la mise en cause de la responsabilité civile de l'établissement ou du service ou de la responsabilité pénale de ses dirigeants ou de la personne morale gestionnaire. »

Article 42

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 313-17 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-17. - En cas de fermeture d'un établissement ou d'un service, le représentant de l'Etat dans le département prend les mesures nécessaires au placement des personnes qui y étaient accueillies.

« Il peut mettre en oeuvre la procédure prévue aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 313-14. »

Article 43

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 313-18 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-18. - La fermeture définitive du service ou de l'établissement vaut retrait de l'autorisation prévue à l'article L. 313-1.

« Cette autorisation peut être transférée par le représentant de l'Etat dans le département à une collectivité publique ou un établissement privé poursuivant un but similaire, lorsque la fermeture définitive a été prononcée sur l'un des motifs énumérés à l'article L. 313-16. Le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale compétent est informé de ce transfert. »

Article 44

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 313-19 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-19. - En cas de fermeture définitive d'un établissement ou d'un service géré par une association privée, celle-ci reverse à une collectivité publique ou à un établissement privé poursuivant un but similaire les sommes affectées à l'établissement ou service fermé, apportées par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics ou par les organismes de sécurité sociale, énumérées ci-après :

« 1° Les subventions d'investissement non amortissables, grevées de droits, ayant permis le financement de l'actif immobilisé de l'établissement ou du service. Ces subventions sont revalorisées selon des modalités fixées par décret ;

« 2° Les réserves de trésorerie de l'établissement ou du service constituées par majoration des produits de tarification et affectation des excédents d'exploitation réalisés avec les produits de la tarification ;

« 3° Des excédents d'exploitation provenant de la tarification affectés à l'investissement de l'établissement ou du service, revalorisés dans les conditions prévues au 1° ;

« 4° Les provisions pour risques et charges, les provisions réglementées et les provisions pour dépréciation de l'actif circulant constituées grâce aux produits de la tarification et non employées le jour de la fermeture.

« La collectivité publique ou l'établissement privé attributaire des sommes précitées peut être :

« a) Choisi par l'association gestionnaire de l'établissement ou du service fermé, avec l'accord du préfet du département du lieu d'implantation de cet établissement ou service ;

« b) Désigné par le préfet du département, en cas d'absence de choix de l'association ou du refus par le préfet du choix mentionné au a.

« L'organisme gestionnaire de l'établissement ou du service fermé peut, avec l'accord de l'autorité de tarification concernée, s'acquitter des obligations prévues aux 1° et 3° en procédant à la dévolution de l'actif net immobilisé de l'établissement ou du service. »

Article 45

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 313-20 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-20. - Le président du conseil général exerce un contrôle sur les établissements et services relevant de sa compétence au titre des dispositions mentionnées aux a et c de l'article L. 313-3 dans les conditions prévues par l'article L. 133-2.

« L'autorité judiciaire et les services relevant de l'autorité du garde des sceaux, ministre de la justice, exercent, sans préjudice des pouvoirs reconnus au président du conseil général, un contrôle sur les établissements et services mentionnés au 4° du I de l'article 312-1. »

Section 5

Dispositions pénales

Article 46

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 313-21 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-21. - Les infractions aux dispositions des articles L. 311-4 à L. 311-9 du présent code sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par les premier et troisième alinéas de l'article L. 450-1 et les articles L. 450-2, L. 450-3, L. 450-7, L. 450-8 et L. 470-5 du code de commerce. »

Article 47

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, deux articles L. 313-22 et L. 313-23 ainsi rédigés :

« Art. L. 313-22. - Est puni d'un emprisonnement de trois mois et d'une amende de 3 750 EUR :

« 1° La création, la transformation et l'extension des établissements et services énumérés à l'article L. 312-1, sans avoir obtenu l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 ;

« 2° La cession de l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 sans l'accord préalable de l'autorité administrative qui l'a délivrée

« 3° Le fait d'apporter un changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou service soumis à autorisation sans la porter à la connaissance de l'autorité.

« Les personnes physiques coupables des infractions au présent article encourent également la peine complémentaire d'interdiction, suivant les modalités de l'article L. 131-27 du code pénal, d'exploiter ou de diriger tout établissement ou service soumis aux dispositions du présent titre

« En cas de licenciement, le juge peut prononcer la réintégration du salarié concerné si celui-ci le demande.

« Art. L. 313-23. - Est puni d'un emprisonnement de trois mois et d'une amende de 3 750 EUR le fait d'accueillir, dans les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnés au 6° de l'article L. 312-1 et dans les établissements de santé mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, des personnes âgées remplissant les conditions de dépendance mentionnées au premier alinéa de l'article L. 232-1, sans avoir passé la convention prévue au I de l'article L. 313-12.

« Les personnes physiques reconnues coupables de l'infraction prévue au présent article encourent également la peine complémentaire d'interdiction, suivant les modalités prévues à l'article L. 131-27 du code pénal, d'exploiter ou de diriger tout établissement soumis aux dispositions de l'article L. 312-1 ainsi que d'accueillir des personnes âgées dans le cadre du titre III du livre IV du présent code.

« En cas de récidive, les peines prévues au premier alinéa peuvent être portées au double. »

Section 6

Dispositions communes

Article 48

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 313-24 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-24. - Dans les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, le fait qu'un salarié ou un agent a témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une personne accueillie ou relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement du contrat de travail, ou pour décider la résiliation du contrat de travail ou une sanction disciplinaire.

« En cas de licenciement, le juge peut prononcer la réintégration du salarié concerné si celui-ci le demande. »

Article 49

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 313-25 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-25. - Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

Chapitre IV

Des dispositions financières

Article 50

I. - Le chapitre IV du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles est intitulé : « Dispositions financières ».

II. - Il est créé audit chapitre une section 1 intitulée : « Règles de compétences en matière tarifaire », comprenant les articles L. 314-1 et L. 314-2, une section 2 intitulée : « Règles budgétaires et de financement », comprenant les articles L. 314-3 à L. 314-9 et une section 3 intitulée : « Dispositions diverses », comprenant les articles L. 314-10 à L. 314-13.

Section 1

Des règles de compétences en matière tarifaire

Article 51

L'article L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 314-1. - I. - La tarification des prestations fournies par les établissements et services financés par le budget de l'Etat ou par les organismes de sécurité sociale est arrêtée chaque année par le représentant de l'Etat dans le département.

« II. - La tarification des prestations fournies par les établissements et services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale du département est arrêtée chaque année par le président du conseil général.

« III. - La tarification des prestations fournies par les établissements et services mentionnés au 4° du I de l'article L. 312-1 est arrêtée :

« a) Conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le président du conseil général, lorsque le financement des prestations est assuré en tout ou partie par le département ;

« b) Par le représentant de l'Etat dans le département, lorsque le financement des prestations est assuré exclusivement par le budget de l'Etat.

« IV. - La tarification des centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique est arrêtée conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le président du conseil général après avis de la caisse régionale d'assurance maladie.

« V. - La tarification des foyers d'accueil médicalisés mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 est arrêtée :

« a) Pour les prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, par le représentant de l'Etat dans le département ;

« b) Pour les prestations relatives à l'hébergement et à l'accompagnement à la vie sociale, par le président du conseil général.

« VI. - Dans les cas mentionnés au a du III et au IV, en cas de désaccord entre le représentant de l'Etat et le président du conseil général, chaque autorité précitée fixe par arrêté le tarif relevant de sa compétence et le soumet au tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dont la décision s'impose à ces deux autorités.

« VII. - Le pouvoir de tarification peut être confié à un autre département que celui d'implantation d'un établissement, par convention signée entre plusieurs départements utilisateurs de cet établissement. »

Article 52

L'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 314-2. - La tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 est arrêtée :

« 1° Pour les prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, par l'autorité compétente de l'Etat, après avis du président du conseil général et de la caisse régionale d'assurance maladie ;

« 2° Pour les prestations relatives à la dépendance acquittées par l'usager ou, si celui-ci remplit les conditions mentionnées à l'article L. 232-2, prises en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie, par le président du conseil général, après avis de l'autorité compétente de l'Etat ;

« 3° Pour les prestations relatives à l'hébergement, dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, par le président du conseil général.

« Cette tarification est notifiée aux établissements au plus tard soixante jours à compter de la date de notification des dotations régionales limitatives mentionnées à l'article L. 314-3, pour l'exercice en cours, lorsque les documents nécessaires à la fixation de cette tarification ont été transmis aux autorités compétentes.

« Pour les établissements visés à l'article L. 342-1, les prix des prestations mentionnées au 3° ci-dessus sont fixés dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6. »

Section 2

Des règles budgétaires et de financement

Article 53

Les articles L. 314-3 à L. 314-5 du code de l'action sociale et des familles sont ainsi rédigés :

« Art. L. 314-3. - Le financement de celles des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses.

« Les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget fixent annuellement cet objectif, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, et corrélativement, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations correspondantes. Ce montant total annuel est fixé par application d'un taux d'évolution aux dépenses de l'année précédente au plus tard dans les quinze jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale.

« Ce montant total annuel est constitué, après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale, en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations est fixé par les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale, en fonction des besoins de la population, des orientations définies par les schémas prévus à l'article L. 312-5, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions.

« Chaque dotation régionale est répartie par le représentant de l'Etat dans la région, en liaison avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et les représentants de l'Etat dans les départements en dotations départementales limitatives. Ces dotations départementales peuvent, dans les mêmes conditions, être réparties par le représentant de l'Etat dans le département en dotations affectées par catégories de bénéficiaires ou à certaines prestations dans des conditions fixées par décret

« Art. L. 314-4. - Le montant total annuel des dépenses des établissements et services mentionnés aux a des 5° et 8° du I de l'article L. 312-1, imputables aux prestations prises en charge par l'aide sociale de l'Etat, et, corrélativement, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales de fonctionnement de ces établissements et services sont déterminés par le montant limitatif inscrit à ce titre dans la loi de finances initiale de l'exercice considéré.

« Ce montant total annuel est constitué en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations régionales est fixé par le ministre chargé de l'action sociale, en fonction des besoins de la population, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions.

« Chaque dotation régionale est répartie par le représentant de l'Etat dans la région, en liaison avec les représentants de l'Etat dans les départements, en dotations départementales limitatives, dont le montant tient compte des priorités locales, des orientations des schémas prévus à l'article L. 312-5, de l'activité et des coûts moyens des établissements et services, et d'un objectif de réduction des inégalités dans l'allocation des ressources entre départements et établissements et services.

« Art. L. 314-5. - Pour chaque établissement et service, le représentant de l'Etat dans le département peut modifier le montant global des recettes et dépenses prévisionnelles, mentionnées au 3° du I de l'article L. 314-7, imputables aux prestations prises en charge par l'aide sociale de l'Etat ou par les organismes de sécurité sociale, compte tenu du montant des dotations régionales ou départementales définies ci-dessus ; la même procédure s'applique en cas de révision, au titre du même exercice, des dotations régionales ou départementales initiales.

« Le représentant de l'Etat dans le département peut également supprimer ou diminuer les prévisions de dépenses qu'il estime injustifiées ou excessives compte tenu, d'une part, des conditions de satisfaction des besoins de la population, telles qu'elles résultent notamment des orientations des schémas prévus à l'article L. 312-5, d'autre part, de l'évolution

de l'activité et des coûts des établissements et services appréciés par rapport au fonctionnement des autres équipements comparables dans le département ou la région.

« Des conventions conclues entre le représentant de l'Etat dans la région, les représentants de l'Etat dans les départements, les gestionnaires d'établissement et de service et, le cas échéant, formules de coopération mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 312-7 précisent, dans une perspective pluriannuelle, les objectifs prévisionnels et les critères d'évaluation de l'activité et des coûts des prestations imputables à l'aide sociale de l'Etat dans les établissements et service concernés. »

Article 54

L'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 314-6. - Les conventions collectives de travail, conventions d'entreprise ou d'établissement et accords de retraite applicables aux salariés des établissements de santé et des établissements et services sociaux et médico-sociaux à but non lucratif dont les dépenses de fonctionnement sont, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, supportées, en tout ou partie, directement ou indirectement, soit par des personnes morales de droit public, soit par des organismes de sécurité sociale, ne prennent effet qu'après agrément donné par le ministre compétent après avis d'une commission où sont représentés des élus locaux et dans des conditions fixées par voie réglementaire. Ces conventions ou accords s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification.

« Les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale établissent annuellement, avant le 1er mars de l'année en cours, un rapport relatif aux agréments des conventions et accords mentionnés à l'alinéa précédent, pour l'année écoulée, et aux orientations en matière d'agrément des accords et d'évolution de la masse salariale pour l'année en cours.

« Ce rapport est transmis au Parlement, au comité des finances locales et aux partenaires sociaux concernés selon des modalités fixées par décret. »

Article 55

L'article L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 314-7. - I. - Dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1, sont soumis à l'accord de l'autorité compétente en matière de tarification :

« 1° Les emprunts dont la durée est supérieure à un an ;

« 2° Les programmes d'investissement et leurs plans de financement ;

« 3° Les prévisions de charges et de produits d'exploitation permettant de déterminer les tarifs des prestations prises en charge par l'Etat, les départements ou les organismes de sécurité sociale, ainsi que les affectations de résultats qui en découlent.

« Les dispositions mentionnées aux 1° et 2° ne sont pas applicables aux établissements visés à l'article L. 342-1.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles ces charges, produits et résultats sont retracés dans des comptes distincts, en fonction de la nature des prestations, de leur tarification et de leur financement.

« II. - Le montant global des dépenses autorisées ainsi que les tarifs des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 sont notifiés par l'autorité compétente en matière de tarification, au terme d'une procédure contradictoire, au plus tard soixante jours à compter de la date de notification des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 313-8, L. 314-3 et L. 314-4, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Les décisions mentionnées aux 1° et 2° du I sont opposables à l'autorité compétente en matière de tarification si celle-ci n'a pas fait connaître son opposition dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat. Il en va de même des décisions modificatives concernant les prévisions de charges ou de produits mentionnées au 3° du I qui interviennent après la fixation des tarifs.

« III. - L'autorité compétente en matière de tarification ne peut modifier que

« 1° Les prévisions de charges ou de produits insuffisantes ou qui ne sont pas compatibles avec les dotations de financement fixées dans les conditions prévues, selon le cas, aux articles L. 313-8, L. 314-3 et L. 314-4 ;

« 2° Les prévisions de charges qui sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement.

« La décision de modification doit être motivée.

« IV. - Les dépenses de l'établissement ou du service imputables à des décisions n'ayant pas fait l'objet des procédures mentionnées au présent article ne sont pas opposables aux collectivités publiques et organismes de sécurité sociale.

« V. - Les charges et produits des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1, dont les prestations ne sont pas prises en charge ou ne le sont que partiellement par les collectivités et organismes susmentionnés, sont retracés dans un ou plusieurs comptes distincts qui sont transmis à l'autorité compétente en matière de tarification.

« La personne physique ou morale gestionnaire de l'établissement ou du service tient à la disposition de l'autorité compétente en matière de tarification tout élément d'information comptable ou financier relatif à l'activité de l'établissement ou du service, ainsi que tous états et comptes annuels consolidés relatifs à l'activité de la personne morale gestionnaire.

« Les dispositions du présent V ne sont pas applicables aux prestations relatives à l'hébergement dans les établissements visés à l'article L. 342-1.

« VI. - Les budgets des établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent prendre en compte, éventuellement suivant une répartition établie en fonction du niveau respectif de ces budgets, les dépenses relatives aux frais du siège social de l'organisme gestionnaire pour la part de ces dépenses utiles à la réalisation de leur mission dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 56

L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 314-8. - Les modalités de fixation de la tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat qui prévoit notamment :

« 1° Les conditions et modalités de la tarification de certains établissements ou services, sous forme de prix de journée, tarifs de prestations ou forfaits journaliers et les modalités de globalisation des financements sous forme de forfaits annuels ou de dotations globales ;

« 2° Les conditions dans lesquelles les personnes accueillies temporairement peuvent être dispensées d'acquitter tout ou partie des frais afférents à leur prise en charge.

« L'accueil temporaire est défini par voie réglementaire. »

Article 57

L'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 314-9. - Les montants des éléments de tarification afférents aux soins et à la dépendance mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 314-2 sont modulés selon l'état de la personne accueillie au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2.

« La convention pluriannuelle mentionnée au I de l'article L. 313-12 précise la périodicité de la révision du niveau de perte d'autonomie des résidents selon la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2.

« L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un praticien-conseil de la caisse d'assurance maladie. En cas de désaccord entre les deux médecins précités sur cette validation, une commission départementale de coordination médicale dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par un arrêté des ministres chargés de l'action sociale et des collectivités territoriales, détermine le classement définitif.

« Lorsqu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie arrêtée dans les conditions mentionnées ci-dessus, il peut introduire un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1. »

Section 3

Dispositions diverses

Article 58

I. - Les articles L. 314-10 à L. 314-13 du code de l'action sociale et des familles sont ainsi rédigés :

« Art. L. 314-10. - Les personnes qui s'absentent temporairement, de façon occasionnelle ou périodique, de l'établissement où elles sont accueillies peuvent être dispensées d'acquitter tout ou partie de leurs frais d'hébergement.

« Les conditions d'application du présent article, qui peuvent être variables selon la nature de l'établissement et le mode de prise en charge desdits frais, sont soit fixées par voie réglementaire lorsqu'il s'agit d'établissements dont le financement est assuré grâce à une participation directe ou indirecte de l'Etat ou d'organismes de sécurité sociale, soit déterminées par le règlement départemental d'aide sociale lorsqu'il s'agit d'établissements dont le département assure seul le financement.

« Art. L. 314-11. - Les dépenses de soins paramédicaux dispensés par des professionnels de statut libéral ou salarié dans le cadre d'une action de maintien à domicile par les établissements et services mentionnés aux 8°, 9° et 11° du I de l'article L. 312-1 peuvent être prises en charge par les organismes d'assurance maladie suivant une formule forfaitaire et, dans ce cas, réglées directement par ces organismes aux institutions dans les conditions fixées par voie réglementaire.

« La participation de l'assuré social aux dépenses de soins paramédicaux dispensés par les établissements et services précités peut être réduite ou supprimée dans des conditions fixées par voie réglementaire.

« Art. L. 314-12. - Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en oeuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

« Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement.

« Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement.

« Art. L. 314-13. - Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

II. - L'article L. 314-14 du même code est abrogé.

Article 59

I. - A. - Dans les articles L. 351-1 et L. 351-3 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « la commission interrégionale » sont remplacés par les mots : « le tribunal interrégional ».

B. - Dans le premier alinéa de l'article L. 351-2 du même code, les mots : « La commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale est présidée » sont remplacés par les mots : « Le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale est présidé » et, dans le deuxième alinéa du même article, les mots : « La commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale est composée » sont remplacés par les mots : « Le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale est composé ».

C. - Dans l'article L. 351-4 du même code, les mots « commissions interrégionales » sont remplacés par les mots : « tribunaux interrégionaux ».

D. - Dans les articles L. 351-4 à L. 351-6 du même code, le mot : « Commission » est remplacé par le mot : « Cour ».

E. - Dans le premier alinéa de l'article L. 351-5 du même code, les mots : « du contentieux » sont supprimés.

F. - Dans l'article L. 351-6 du même code, les mots : « de la commission interrégionale » sont remplacés par les mots : « du tribunal interrégional ».

II. - L'article L. 351-7 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 351-7. - Les articles L. 113-1 et L. 911-1 à L. 911-8 du code de justice administrative sont applicables par la Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale et par les tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale. »

III. - Après l'article L. 351-7 du même code, il est inséré un article L. 351-8 ainsi rédigé :

« Art. L. 351-8. - Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, notamment les règles de procédure applicables devant les juridictions de la tarification sanitaire et sociale et les modalités de désignation des membres des tribunaux interrégionaux. »

Chapitre V

Des dispositions propres aux établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de personnes morales de droit public

Article 60

I. - Le chapitre V du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles est intitulé : « Dispositions propres aux établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de personnes morales de droit public ».

II. - La section 1 dudit chapitre est intitulée : « Dispositions générales » et comprend les articles L. 315-1 à L. 315-8.

III. - La section 2 du même chapitre est intitulée : « Statut des établissements publics sociaux et médico-sociaux dotés de la personnalité juridique » et comprend les articles L. 315-9 à L. 315-18.

IV. - La section 3 du même chapitre et son intitulé sont supprimés.

Section 1

Des dispositions générales

Article 61

L'article L. 315-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 315-1. - Les interventions à but social et médico-social des personnes morales de droit public sont assurées soit par des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux, soit par des services non personnalisés. »

Article 62

L'article L. 315-2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 315-2. - Les établissements et les services sociaux et médico-sociaux publics sont créés par arrêté du ou des ministres compétents, par délibération de la ou des collectivités territoriales compétentes ou d'un groupement ou par délibération du conseil d'administration d'un établissement public.

« Lorsque les prestations qu'ils fournissent sont éligibles à une prise en charge par l'aide sociale de l'Etat ou par les organismes de sécurité sociale, l'avis du représentant de l'Etat est recueilli préalablement à la délibération mentionnée au premier alinéa.

« Lorsque les prestations qu'ils fournissent sont éligibles à une prise en charge par l'aide sociale départementale, l'avis du président du conseil général est recueilli préalablement à la délibération mentionnée au premier alinéa. »

Article 63

L'article L. 315-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 315-3. - Lorsque les établissements ou services ne sont pas dotés de la personnalité juridique, le projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L. 311-8 détermine les modalités de leur individualisation fonctionnelle et budgétaire. »

Article 64

I. - L'article L. 315-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 315-4. - La visite de conformité mentionnée à l'article 313-6 est opérée, après achèvement des travaux, par l'organe exécutif de la collectivité territoriale qui l'a créé ou, lorsque l'établissement a été créé par délibération de plusieurs collectivités territoriales, par l'organe exécutif de la collectivité territoriale sur le territoire de laquelle il est implanté. »

II. - Il est rétabli, dans le même code, un article L. 315-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 315-5. - Les établissements publics locaux et les services non personnalisés peuvent être habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ou autorisés à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

« Pour les établissements mentionnés aux 1° et 7° du I de l'article L. 312-1, l'habilitation est délivrée par le président du conseil général. Pour les établissements et services mentionnés aux 2° et 6° du I de l'article L. 312-1, l'habilitation est délivrée par le président du conseil général ou par le représentant de l'Etat dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Pour les autres établissements, elle est délivrée, s'il y a lieu, par le représentant de l'Etat. Celui-ci est, dans tous les cas, compétent pour autoriser les établissements ou services à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux en application de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale.

« L'habilitation ou l'autorisation peut être refusée ou retirée pour les motifs et selon les modalités énoncés aux articles L. 313-8 et L. 313-9 du présent code. »

III. - Les articles L. 315-6 à L. 315-8 du même code sont ainsi rédigés :

« Art. L. 315-6. - Les établissements publics locaux et les services non personnalisés peuvent être fermés totalement ou partiellement, à titre provisoire ou définitif, pour les motifs énoncés à l'article L. 313-16, par le représentant de l'Etat dans le département.

« Art. L. 315-7. - Sans préjudice de l'application des dispositions de l'article L. 6111-3 du code de la santé publique, les établissements mentionnés aux 2°, a du 5°, 6°, 7° et 8° du I de l'article L. 312-1 du présent code, ainsi que les maisons d'enfants à caractère social, qui relèvent des personnes morales de droit public à l'exception des établissements relevant de l'Office national des anciens combattants, de l'institution de gestion sociale des armées et des maisons de retraite rattachées au centre d'action sociale de la ville de Paris, constituent des établissements publics.

« Ceux de ces établissements qui, à la date du 30 juin 1975, fonctionnaient comme des services non personnalisés des personnes morales de droit public sont érigés en établissements publics ou rattachés à un établissement public de même nature.

« Les dispositions des alinéas précédents ne s'appliquent pas aux établissements qui sont créés ou gérés par des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, ni aux établissements qui sont gérés par des établissements publics de santé. Dans certains cas et à leur demande, les établissements à caractère social érigés en établissements publics peuvent passer des conventions de gestion avec des établissements publics.

« Art. L. 315-8. - Les établissements relevant des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance et les maisons d'enfants à caractère social mentionnés au 4° de l'article 2 du chapitre Ier du titre IV du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales sont dotés, lorsqu'ils n'ont pas la personnalité morale, d'une commission de surveillance nommée par le président du conseil général et d'un directeur nommé, après avis du président du conseil général, par l'autorité compétente de l'Etat.

« Lorsqu'ils constituent des établissements publics, ils sont administrés par un conseil d'administration assisté d'un directeur nommé, après avis du président du conseil d'administration, par l'autorité compétente de l'Etat. »

Section 2

Du statut des établissements publics sociaux et médico-sociaux dotés de la personnalité juridique

Article 65

L'article L. 315-9 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 315-9. - Les établissements publics sociaux et médico-sociaux sont communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. Ils sont administrés par un conseil d'administration et dirigés par un directeur nommé par l'autorité compétente de l'Etat après avis du président du conseil d'administration. »

Article 66

L'article L. 315-10 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 315-10. - I. - Le conseil d'administration des établissements publics sociaux ou médico-sociaux locaux comprend :

« 1° Des représentants de la ou des collectivités territoriales de rattachement ou de leurs groupements ;

« 2° Un représentant de la collectivité territoriale d'implantation si elle n'est pas représentée au titre du 1° ;

« 3° Un ou des représentants des départements qui supportent, en tout ou partie, les frais de prise en charge des personnes accueillies ;

« 4° Des représentants des usagers ;

« 5° Des représentants du personnel

« 6° Des personnalités qualifiées.

« La composition et les modalités de désignation des membres du conseil d'administration sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Le conseil d'administration des établissements communaux est présidé par le maire. Le conseil d'administration des établissements départementaux est présidé par le président du conseil général. Le conseil d'administration des établissements intercommunaux est présidé par le président de l'organe délibérant de l'établissement public de coopération intercommunale.

« Toutefois, sur proposition du président du conseil général, du maire ou du président de l'organe délibérant de l'établissement public de coopération intercommunale, selon le cas, la présidence du conseil d'administration est assurée par un représentant élu en son sein, respectivement, par le conseil général, le conseil municipal ou l'organe délibérant précité

« II. - L'acte constitutif de chaque établissement public social ou médico-social national fixe la composition de son conseil d'administration. Le conseil d'administration d'un établissement public social ou médico-social national doit comprendre des représentants des usagers et du personnel. »

Article 67

L'article L. 315-11 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 315-11. - Nul ne peut être membre d'un conseil d'administration :

« 1° A plus d'un des titres mentionnées à l'article L. 315-10

« 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;

« 3° S'il est personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, de ses ascendants ou descendants en ligne directe, directement ou indirectement intéressé à la gestion de l'établissement social ou médico-social concerné ;

« 4° S'il est fournisseur de biens ou de services, lié à l'établissement par contrat ;

« 5° S'il est lié à l'établissement par contrat, sauf s'il s'agit des représentants du personnel ;

« 6° S'il a été lui-même directeur dudit établissement.

« En cas d'incompatibilité applicable au président du conseil général ou au maire, la présidence est dévolue à un représentant élu, désigné en son sein, respectivement par le conseil général ou le conseil municipal. »

Article 68

L'article L. 315-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 315-12. - Le conseil d'administration des établissements publics sociaux ou médico-sociaux définit la politique générale de l'établissement et délibère sur :

« 1° Le projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L. 311-7, ainsi que les contrats pluriannuels mentionnés à l'article L. 313-11 ;

« 2° Les programmes d'investissement ;

- « 3° Le rapport d'activité ;
- « 4° Le budget et les décisions modificatives, les crédits supplémentaires et la tarification des prestations ;
- « 5° Les comptes financiers, les décisions d'affectation des résultats ou les propositions d'affectation desdits résultats, lorsque leurs financements sont majoritairement apportés par une collectivité publique ou les organismes de sécurité sociale ;
- « 6° Les décisions affectant l'organisation ou l'activité de l'établissement ;
- « 7° Le tableau des emplois du personnel
- « 8° La participation à des actions de coopération et de coordination ;
- « 9° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation et les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;
- « 10° Les emprunts ;
- « 11° Le règlement de fonctionnement
- « 12° L'acceptation et le refus de dons et legs
- « 13° Les actions en justice et les transactions ;
- « 14° Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnel, pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires. »

Article 69

I. - L'article L. 315-13 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 315-13. - Dans chaque établissement public social ou médico-social est institué un comité technique d'établissement présidé par le directeur ou son représentant membre des corps des personnels de direction, et composé de représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales, élus par collègues définis en fonction des catégories mentionnées à l'article 4 de ce titre sur des listes présentées par les organisations syndicales représentatives au sein de chaque établissement pour chaque catégorie de personnel.

« La représentativité des organisations syndicales s'apprécie d'après les critères définis à l'article 9 bis du titre Ier du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales

« Lorsqu'aucune organisation syndicale ne présente de liste ou lorsque la participation est inférieure à un taux fixé par décret, les listes peuvent être librement établies.

« Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :

- « 1° Le projet d'établissement et les programmes d'investissement relatifs aux travaux et aux équipements matériels ;
- « 2° Le budget, les crédits supplémentaires et les comptes, la tarification des prestations servies et le tableau des emplois du personnel et ses modifications ;
- « 3° Les créations, suppressions et transformations de services ;
- « 4° Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- « 5° Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels, pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;
- « 6° Les critères de répartition de certaines primes et indemnités ;

« 7° La politique générale de formation du personnel et notamment le plan de formation ;

« 8° Le bilan social, le cas échéant ;

« 9° La participation aux actions de coopération et de coordination mentionnées à la section 4 du chapitre II du titre Ier du livre III du présent titre.

« Les modalités d'application du présent article et notamment le nombre de membres titulaires et suppléants du comité technique d'établissement ainsi que les règles de fonctionnement de ce comité sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

« Un décret définit les moyens dont dispose le comité technique d'établissement pour exercer ses missions. »

II. - L'article L. 315-14-1 du même code est abrogé.

Article 70

L'article L. 315-14 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 315-14. - Sans préjudice de l'application des dispositions prévues à l'article L. 314-7, les délibérations mentionnées à l'article L. 315-12 sont exécutoires de plein droit dès qu'il a été procédé à leur transmission au représentant de l'Etat dans le département.

« Le représentant de l'Etat dans le département saisit la chambre régionale des comptes des délibérations dont il estime qu'elles entraînent des dépenses de nature à menacer l'équilibre budgétaire de l'établissement, dans les quinze jours suivant leur transmission. Il informe sans délai l'établissement de cette saisine, qu'il peut assortir d'un sursis à exécution. Sur avis conforme de la chambre régionale des comptes, rendu dans un délai de trente jours suivant la saisine, le représentant de l'Etat dans le département peut annuler la délibération.

« Le représentant de l'Etat dans le département défère au tribunal administratif les délibérations qu'il estime contraires à la légalité dans les deux mois suivant leur transmission. Il en informe sans délai l'établissement et lui communique toute précision sur les illégalités invoquées. Il peut assortir son recours d'une demande de suspension ; il est fait droit à cette demande si l'un des moyens invoqués paraît, en l'état de l'instruction, propre à créer un doute sérieux quant à la légalité de la délibération attaquée.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 71

L'article L. 315-15 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 315-15. - I. - Le budget et les décisions modificatives mentionnés au 4° de l'article L. 315-12 sont préparés et présentés par le directeur. Le budget de l'année est voté par le conseil d'administration et transmis au plus tard le 31 octobre précédant l'exercice auquel il se rapporte. Le cas échéant, il est établi en cohérence avec le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 313-11.

« Les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes qui figurent au budget sont présentées et votées par groupes fonctionnels, dont la composition est conforme à une nomenclature fixée par arrêté. Les décisions modificatives sont présentées et votées dans les mêmes formes.

« Les délibérations relatives au budget et aux décisions modificatives sont transmises sans délai aux autorités compétentes en matière de tarification en vue de leur approbation, dans les conditions fixées par l'article L. 314-7.

« II. - Les comptes financiers mentionnés au 5° de l'article L. 315-12 sont adoptés par le conseil d'administration et transmis aux autorités compétentes en matière de tarification au plus tard le 30 avril de l'année suivant l'exercice auquel ils se rapportent. »

Article 72

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 315-16 ainsi rédigé :

« Art. L. 315-16. - Les comptables des établissements publics sociaux et médico-sociaux sont des comptables directs du Trésor ayant qualité de comptables principaux.

« Lorsque le comptable de l'établissement notifie à l'ordonnateur sa décision de suspendre une dépense, celui-ci peut lui adresser un ordre de réquisition. Le comptable est tenu de s'y conformer, sauf en cas :

« 1° D'insuffisance de fonds disponibles ;

« 2° De dépenses ordonnancées sur des crédits irrégulièrement ouverts ou insuffisants ou sur des crédits autres que ceux sur lesquels elle devrait être imputée ;

« 3° D'absence de justification de service fait ou de défaut de caractère libératoire du règlement.

« L'ordre de réquisition est porté à la connaissance du conseil d'administration de l'établissement et notifié au trésorier-payeur général du département, qui le transmet à la chambre régionale des comptes.

« En cas de réquisition, le comptable est déchargé de sa responsabilité.

« Le comptable assiste, avec voix consultative, au conseil d'administration de l'établissement lorsque celui-ci délibère sur des affaires de sa compétence.

« Les conditions de placement et de rémunération des fonds des établissements publics sociaux et médico-sociaux sont déterminées par décret.

« A la demande de l'ordonnateur, le comptable informe ce dernier de la situation de paiement des mandats et du recouvrement des titres de recettes, de la situation de trésorerie et de tout élément utile à la bonne gestion de l'établissement. Il paie les mandats dans l'ordre de priorité indiqué par l'ordonnateur. »

Article 73

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 315-17 ainsi rédigé :

« Art. L. 315-17. - Le directeur représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile.

« Il prépare les travaux du conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement mentionné à l'article L. 311-8.

« Il est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration et met en oeuvre les actions approuvées par celui-ci. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées à l'article L. 315-12. Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement et en tient le conseil d'administration informé.

« Il veille à la réalisation du projet d'établissement ou de service et à son évaluation.

« Il nomme le personnel, à l'exception des personnels titulaires des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national des jeunes aveugles, et exerce son autorité sur l'ensemble de celui-ci.

« Le directeur peut déléguer sa signature dans des conditions et sur des matières définies par décret. Pour l'exercice de certaines des attributions du conseil d'administration définies par décret, le directeur peut recevoir délégation du président du conseil d'administration. »

Article 74

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 315-18 ainsi rédigé :

« Art. L. 315-18. - Le régime administratif, budgétaire, financier et comptable des établissements publics sociaux et médico-sociaux nationaux ainsi que les modalités du contrôle de l'Etat sur ces établissements sont déterminés par décret en Conseil d'Etat compte tenu de la nature particulière de leur mission. »

Chapitre VI

Dispositions diverses et transitoires

Article 75

I. - Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Dans le dernier alinéa de l'article L. 121-2, les références : « L. 313-5 à L. 313-7 » sont remplacées par les références : « L. 313-8, L. 313-8-1 et L. 313-9 » ;

2° Dans l'avant-dernier alinéa de l'article L. 221-1, les références : « L. 313-5, L. 313-6 et L. 313-7 » sont remplacées par les références : « L. 313-8, L. 313-8-1 et L. 313-9 » ;

3° Dans les articles L. 232-5 et L. 232-8, la référence : « L. 312-8 » est remplacée par la référence : « L. 313-12 » ;

4° Dans les articles L. 232-8, L. 232-9 et L. 232-10, la référence : « L. 315-1 » est remplacée par la référence : « L. 314-2 »

5° Dans l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 232-8, la référence : « L. 315-6 » est remplacée par la référence : « L. 314-9 » ;

6° Dans la première phrase de l'article L. 232-15, la référence : « 5° » est remplacée par la référence : « 6° du I »

7° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 345-1 et dans l'avant-dernier alinéa de l'article L. 345-2, la référence : « 8° » est remplacée par la référence : « 8° du I ».

II. - 1° Les articles 48 et 49 de la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé sont abrogés.

2° Les articles 23 et 24 de la loi n° 86-33 du 6 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière sont abrogés.

III. - Dans le deuxième alinéa de l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale, la référence : « L.315-9 » est remplacée par la référence : « L. 314-3 ».

IV. - Dans le premier alinéa de l'article L. 6111-3 du code de la santé publique, les mots : « à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles ».

Dans le dernier alinéa du même article, les mots : « les lois susmentionnées » sont remplacés par les mots : « le code susmentionné ».

Article 76

I. - L'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-24-1. - La tarification des prestations supportées par l'assurance maladie et délivrées par les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, à l'exception des 1°, 4°, a du 5°, 8° et 10° du I, est fixée par l'autorité compétente de l'Etat, après avis de la caisse régionale d'assurance maladie et, le cas échéant, du président du conseil général.

« Les tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale sont compétents en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours contre les décisions de l'autorité susmentionnée. »

II. - Le dernier alinéa du I de l'article L. 162-31-1 du même code est ainsi rédigé :

« Les établissements et services mentionnés aux 2°, 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie peuvent participer à ces actions expérimentales. »

Article 77

I. - L'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 342-1. - Sont soumis aux dispositions du présent chapitre :

« 1° Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1, lorsqu'ils ne sont ni habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ni conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement ;

« 2° Les mêmes établissements, lorsqu'ils n'accueillent pas à titre principal des bénéficiaires de l'aide sociale pour la fraction de leur capacité au titre de laquelle ils ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ;

« 3° Les établissements conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement et non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour les prestations non prises en compte dans le calcul de la redevance définie aux articles R. 353-156 à R. 353-159 du code de la construction et de l'habitation.

« Ces établissements ne peuvent héberger une personne âgée sans qu'au préalable un contrat écrit ait été passé avec cette personne ou son représentant légal. Pour la signature de ce contrat, la personne ou son représentant légal peut se faire accompagner d'une personne de son choix. »

II. - Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 342-3 du même code, après les mots : « Le prix de chaque prestation », sont insérés les mots : « , à l'exception de celles prévues aux 1° et 2° de l'article L. 314-2, ».

Article 78

I. - Après le deuxième alinéa de l'article L. 123-5 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le centre communal d'action sociale peut créer et gérer en services non personnalisés les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1. »

II. - Le quatrième alinéa de l'article L. 123-8 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les règles qui régissent la comptabilité des établissements sociaux et médico-sociaux publics autonomes sont applicables aux établissements et aux services mentionnés à l'article L. 312-1 qui sont gérés par des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale. »

Article 79

A compter de la publication des décrets pris pour l'application des articles 8, 10 et 11 de la présente loi, et au plus tard le premier jour du sixième mois suivant la publication de celle-ci, les établissements et services sociaux et médico-sociaux et les lieux de vie disposent d'un délai de six mois pour mettre en oeuvre les dispositions de ces articles.

Ce délai est fixé à un an pour les dispositions de l'article 12.

Article 80

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux et les lieux de vie autorisés à la date de la publication de la présente loi le demeurent dans la limite fixée au quatrième alinéa de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles.

Article 81

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 133-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-6-1. - Est incapable d'exploiter, de diriger tout établissement, service ou structure régie par le présent code, d'y exercer une fonction, à quelque titre que ce soit, ou d'être agréée, toute personne condamnée définitivement pour crime, ou condamnée pour les délits prévus aux chapitres Ier, II, III, à l'exception de la section 4, IV, à l'exception de la section 2, V et VII du titre II du livre II du code pénal.

« Ces dispositions s'appliquent également :

« 1° Aux assistants maternels visés par les articles L. 421-1 et suivants du présent code ;

« 2° Aux établissements et services visés par l'article L. 214-1 du présent code et par l'article L. 2324-1 du code de la santé publique. »

Article 82

Le troisième alinéa (2°) de l'article L. 221-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par les mots : « , notamment celles visées au 2° de l'article L. 121-2 ».

Article 83

Après l'article L. 214-4 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 214-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 214-5. - Il est créé une commission départementale de l'accueil des jeunes enfants, instance de réflexion, de conseil, de proposition et de suivi concernant toutes questions relatives à l'organisation, au fonctionnement et au développement des modes d'accueil des jeunes enfants et à la politique générale conduite en faveur des jeunes enfants dans le département.

« Présidée par le président du conseil général, cette commission comprend notamment des représentants des collectivités territoriales, des services de l'Etat, des caisses d'allocations familiales, d'associations, de gestionnaires et de professionnels concernés par les modes d'accueil des jeunes enfants, ainsi que des représentants d'usagers de ces modes d'accueil. Sa composition, ses compétences et ses modalités de fonctionnement sont déterminées par voie réglementaire. »

Article 84

Après l'article L. 111-3 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 111-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 111-3-1. - La demande d'admission à l'aide sociale dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale est réputée acceptée lorsque le représentant de l'Etat dans le département n'a pas fait connaître sa réponse dans un délai d'un mois qui suit la date de sa réception.

« Lorsque la durée d'accueil prévisible n'excède pas cinq jours, l'admission à l'aide sociale de l'Etat est réputée acquise.

« Dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale spécialisés dans l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés, l'admission à l'aide sociale de l'Etat est prononcée dans les conditions prévues au premier alinéa, sur proposition d'une commission nationale présidée par le ministre chargé de l'intégration ou son représentant.

« Un arrêté du ministre chargé de l'intégration fixe la composition et les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette commission. »

Article 85

Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 134-2 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« La commission centrale d'aide sociale est composée de sections et de sous-sections dont le nombre est fixé par décret en Conseil d'Etat.

« Le président de la commission centrale d'aide sociale est nommé par le ministre chargé de l'action sociale, sur proposition du vice-président du Conseil d'Etat, parmi les conseillers d'Etat en activité ou honoraires.

« Chaque section ou sous-section comprend en nombre égal, d'une part, des membres du Conseil d'Etat, des magistrats de la Cour des comptes ou des magistrats de l'ordre judiciaire en activité ou honoraires désignés respectivement par le vice-président du Conseil d'Etat, le premier président de la Cour des comptes ou le garde des sceaux, ministre de la justice, d'autre part, des fonctionnaires ou personnes particulièrement qualifiées en matière d'aide ou d'action sociale désignées par le ministre chargé de l'action sociale. » ;

2° Dans le sixième alinéa de l'article L. 131-5, les mots : « du deuxième alinéa de l'article L. 122-4 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 111-3 » ;

3° Dans le premier alinéa de l'article L. 134-3, les mots : « des articles L. 122-2 à L. 122-4 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 111-3, du deuxième alinéa de l'article L. 122-1 et des articles L. 122-2 à L. 122-4 » ;

4° L'article L. 114-4 est ainsi modifié :

- a) Il est complété par les mots : « ainsi que leur stationnement » ;
- b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Les aménagements des espaces publics en milieu urbain doivent être tels que ces espaces soient accessibles aux personnes handicapées. » ;

5° Dans le troisième alinéa de l'article L. 561-2, les mots : « de l'assemblée territoriale » sont remplacés par les mots : « du gouvernement ».

Article 86

Après le II de l'article L. 129-1 du code du travail, il est inséré un II bis ainsi rédigé :

« II bis. - Les établissements publics assurant l'hébergement des personnes âgées, lorsque leurs activités concernent également l'assistance à domicile aux personnes âgées ou handicapées, doivent faire l'objet d'un agrément dans les conditions fixées par le III. »

Article 87

Est ratifiée l'ordonnance n° 2000-1249 du 21 décembre 2000 relative à la partie Législative du code de l'action sociale et des familles, prise en application de la loi n° 99-1071 du 16 décembre 1999 portant habilitation du Gouvernement à procéder, par ordonnances, à l'adoption de la partie Législative de certains codes.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 2 janvier 2002.

Jacques Chirac

Par le Président de la République : Le Premier ministre, Lionel Jospin La ministre de l'emploi et de la solidarité, Élisabeth Guigou La garde des sceaux, ministre de la justice, Marylise Lebranchu Le ministre de l'intérieur, Daniel Vaillant La ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, Ségolène Royal Le ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner La secrétaire d'Etat aux personnes âgées, Paulette Guinchard-Kunstler

(1) Travaux préparatoires : loi n° 2002-2.

Assemblée nationale Projet de loi n° 2559 ; Rapport de M. Francis Hammel, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 2881 ; Discussion les 31 janvier et 1er février et adoption, après déclaration d'urgence, le 1er février 2001.

Sénat : Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, n° 214 (2000-2001) ; Rapport de M. Paul Blanc, au nom de la commission des affaires sociales, n° 37 (2001-2002) ; Discussion et adoption le 31 octobre 2001.

Assemblée nationale : Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 3366 ; Rapport de M. Francis Hammel, au nom de la commission mixte paritaire, n° 3439 ; Discussion et adoption le 18 décembre 2001.

Sénat :

Rapport de M. Paul Blanc, au nom de la commission mixte paritaire, n° 110 (2001-2002) ; Discussion et adoption le 19 décembre 2001.

ANNEXE 4

**Décret n° 98-1048 du 18 novembre 1998.
Décret relatif à l'évaluation des politiques publiques.**

Décret n° 98-1048 du 18 novembre 1998 Décret relatif à l'évaluation des politiques publiques

Le Président de la République, Sur le rapport du Premier ministre et du ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation, Après avis du Conseil d'Etat (section de l'intérieur) ; Le conseil des ministres entendu,

Article 1

L'évaluation d'une politique publique, au sens du présent décret, a pour objet d'apprécier, dans un cadre interministériel, l'efficacité de cette politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en oeuvre.

Article 2

Le Conseil national de l'évaluation et le commissariat général du Plan concourent, dans les conditions fixées ci-après, à l'évaluation des politiques publiques conduites par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics respectifs.

Article 3

Le Conseil national de l'évaluation est composé de quatorze membres nommés pour trois ans par décret dans les conditions suivantes :

- six personnalités qualifiées choisies en raison de leurs compétences en matière d'évaluation et dans le domaine des sciences économiques, sociales ou administratives ;
- un membre du Conseil d'Etat désigné par celui-ci ;
- un membre de la Cour des comptes désigné par celle-ci ;
- trois membres du Conseil économique et social désignés par celui-ci ;
- un maire, un conseiller général et un conseiller régional désignés au vu des propositions faites par une association représentative, respectivement, des maires, des présidents de conseil général et des présidents de conseil régional.

Le mandat des membres est renouvelable une fois.

Le président du Conseil national est nommé par décret, parmi ses membres, sur proposition du conseil. Il est assisté d'un rapporteur général, nommé par arrêté du Premier ministre, sur proposition du commissaire au Plan.

Le Conseil national recourt, en tant que de besoin, à des experts extérieurs.

Article 4

Le Conseil national de l'évaluation propose, chaque année, le programme d'évaluation de l'année suivante au Premier ministre.

A cet effet, des projets d'évaluation peuvent être transmis au Conseil national par le Premier ministre, les ministres, le Conseil d'Etat, la Cour des comptes, le Conseil économique et social, le Médiateur de la République, ainsi que les collectivités territoriales, pour les politiques qu'elles mènent, et les associations d'élus mentionnées à l'article 3.

Le programme énumère les projets d'évaluation retenus et expose leur contenu ainsi que les raisons justifiant ce choix. Il précise, pour chaque projet d'évaluation, le mode de composition de l'instance d'évaluation chargée de le conduire, les modalités de sa mise en oeuvre, les critères en vertu desquels seront choisis les opérateurs publics ou privés chargés de procéder à l'évaluation, le délai de sa réalisation, son coût et les modalités de son financement.

Les conditions de réalisation des évaluations ne peuvent pas, par elles-mêmes, créer d'obligations nouvelles à la charge des collectivités territoriales sans leur consentement.

Le programme est arrêté par le Premier ministre et publié au Journal officiel de la République française.

Le Conseil transmet au Premier ministre un état des projets qu'il n'a pas retenus.

Article 5

Les instances d'évaluation transmettent leurs rapports au Conseil national. Celui-ci dispose de deux mois pour formuler un avis portant sur la qualité des travaux effectués. Il adresse ensuite les rapports d'évaluation, assortis de cet avis, aux administrations, collectivités ou établissements publics intéressés, qui lui font connaître, dans un délai de trois mois, les suites qu'ils envisagent de donner à ces rapports.

Au terme de ce délai, les rapports d'évaluation sont rendus publics. Ils comportent en annexe les éléments du programme d'évaluation prévus au troisième alinéa de l'article précédent, l'avis du conseil national et les réponses des administrations, collectivités ou établissements publics intéressés.

Le conseil national adresse au Premier ministre un rapport annuel d'activité qui fait l'objet d'une publication.

Article 6

Le conseil national peut être consulté par les administrations de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics respectifs sur toute question méthodologique relative à la conduite d'une évaluation.

Article 7

Pour l'accomplissement de sa mission, le Conseil national de l'évaluation dispose de moyens inscrits à ce titre au budget des services du Premier ministre, Commissariat général du Plan.

Article 8

Le Commissariat général du Plan assure le secrétariat du Conseil national de l'évaluation. Il est chargé par celui-ci de mettre en place les instances d'évaluation, de suivre les travaux d'évaluation et d'en assurer la publication. Il propose au Premier ministre les suites à donner aux évaluations en ce qui concerne l'Etat.

Il favorise le développement de l'évaluation dans l'administration, notamment en rassemblant et en diffusant l'information relative aux méthodes et techniques d'évaluation pratiquées en France et à l'étranger. Il contribue à la formation en ce domaine. Il rend compte annuellement de son action au Premier ministre et au Conseil national de l'évaluation.

Article 9

Il est créé auprès du Premier ministre un Fonds national de développement de l'évaluation.

Les crédits de ce fonds sont inscrits au budget des services du Premier ministre, Commissariat général du Plan. Ils peuvent être abondés par la procédure des fonds de concours.

Article 10

Le présent décret est applicable aux collectivités territoriales de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Article 11

Le décret n° 90-82 du 22 janvier 1990 relatif à l'évaluation des politiques publiques est abrogé.

Article. 12.

Le Premier ministre, le ministre de l'intérieur et le ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Jacques Chirac

Par le Président de la République : Le Premier ministre, Lionel Jospin. Le ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation, Émile Zuccarelli. Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer, ministre de l'intérieur par intérim, Jean-Jack Queyranne

Annexe 5

Historique de la démarche qualité

LES NORMES ISO

Quelques repères historiques

1882	France	Création du Laboratoire Central d'Electricité
1901	France	Création du Laboratoire National d'Essais . "Il a pour vocation de répondre aux besoins de mesures et d'essais de l'industrie, principalement dans les domaines des matériaux, des machines, de la physique et de la botanique".
1906	Monde	Commencement de la normalisation internationale, avec la création de la Commission électrotechnique internationale (CEI) .
1908	Irlande	<i>Student</i> met au point des méthodes statistiques pour l'industrie. Elles permettent le traitement des petits échantillons (T de Student).
1918	France	Création de la Commission Permanente de Standardisation , pour "étudier toutes les mesures susceptibles d'assurer l'unification des types dans la construction mécanique et métallique". Elle disparaîtra lors de la création de l'AFNOR en 1926.
1920	G.B	<i>Fisher</i> invente l'analyse de variance et réalise un plan d'expérience statistique applicable à l'étude de la culture des pommes de terre et des céréales.
1922	USA	Radford publie <i>The control of quality in manufacturing</i> où la qualité est présentée comme indépendante du management.
1924	USA	Création du Département Qualité Bell Telephone Laboratories avec Shewhart , Dodge , Roming puis Deming , Juran et Edwards qui deviendra le "père" de l'Assurance qualité.

1926	France	Création de l' Association Française de Normalisation (AFNOR) .
	Monde	Création de la fédération internationale des associations nationales de normalisation (ISA) qui cessera ses activités en 1942 (en raison de la Seconde Guerre mondiale).
1928	USA	Juran présente un cours de formation professionnelle nommé <i>Quality control</i> .
1931	USA	Shewhart publie <i>Contrôle Economique des Produits Manufacturés</i> qui permet une approche scientifique de la qualité.
1933	France	Premier Salon de la Qualité Française à Paris.
1934	USA	Développement du diagramme de Pareto pour la classification des défauts selon leur gravité par Talacko et Veslo .
1938	France	Décret-loi du 14 juin, s'intéressant à l'amélioration de la qualité des produits français.
1940	USA	Publication des Military Standards par le département de la défense : le DOD .
1941	France	Le décret du 24 mai 1941 définit le statut de la normalisation et crée la marque NF .
1942	USA	Programme de formation à la Maîtrise de la Qualité par Deming et Juran dans les usines d'armement US.
1945	USA	Feigenbaum publie son article " <i>quality as a management</i> ".
1946	USA	Création de l' American Society for Quality control (ASQC)
	Japon	Création de la JUSE sous la direction d' Ishikawa .
1947	Monde	Création de l' ISO , fédération mondiale d'organismes nationaux de normalisation ayant "pour mission de favoriser le développement de la normalisation et des activités connexes dans le monde, en vue de faciliter les échanges de biens et de services entre les nations et de développer la coopération dans les domaines intellectuel, scientifique, technique et économique". L'ISO entre officiellement en fonction le 23 février 1947.

1948	Japon	Le ministère de la défense américain charge Deming d'une étude économique sur le Japon.
1951	USA	Lancement du concept Total Quality Control (TQC) par Feigenbaum . Parution du <i>Quality Control Handbook</i> de Juran . Mise au point de l'AMDEC (Analyse des Modes de Défaillance et de leur Criticité).
	Japon	Création du Prix Deming .
	Monde	Publication de la première norme ISO sous le titre "Température normale de référence des mesures industrielles de longueur".
1955	Japon	Diffusion par Ishikawa de la carte de contrôle (créée par Shewart en 1924).
1957	France	Création de l' Association Française pour le Contrôle Industriel et la Qualité (AFCIQ) .
1959	USA	Publication de la première norme d'assurance de la qualité par l'armée américaine : la norme MIL-Q-9858 .
1961	USA	Méthode "O défaut" par Crosby dans le cadre des programmes spatiaux APOLLO.
	France	Création de l' Association Française des Qualiticiens (AFQ) .
1970	USA	Loi US impose l'obligation de respecter des critères d'AQ pour la construction des centrales nucléaires.
	France	L' AFNOR lance l'étude des normes relatives à la gestion de l'Assurance Qualité.
1971	Japon	Publication du " Manuel des Cercles de Qualité " par la JUSE . Ce manuel rappelant que les cercles de qualité étaient à la fois des groupes de réflexion et des groupes d'auto-formation.

1974	France	EDF impose la mise en place d'une organisation de la qualité pour la construction des centrales nucléaires (160 fournisseurs principaux).
	USA	Création des premiers cercles de qualité américains , à partir des ouvrages d' Ishikawa .
1975	France	Création du Service de la Qualité des Produits Industriels et de la Normalisation (SQUALPI) , actuellement devenu la sous-direction de la Qualité pour l'Industrie et de la Normalisation au sein du ministère chargé de l'Industrie.
1977	USA France	Le français Michel Vigier reçoit le prix de la Division Automobile de l' ASQC (seul non américain à avoir reçu ce prix).
1978	France	Création de l' Association Française pour l'Analyse de Valeur (AFAV) . Elle a pour mission de promouvoir l'utilisation d'analyse de la valeur. Premiers cercles de qualité aux usines Citroën de Rennes.
1979	Monde	Lancement de l'étude de normes internationales d'assurance de la qualité par l' ISO (une trentaine de pays y participe). Création au sein de l'ISO du Technical Comity 176 (TC176) . Il a en charge la normalisation dans le domaine de la qualité.
	France	Création du Réseau National d'Essais (RNE) .
1980	France	Publication par l' AFNOR de la norme NF X 50-110 (norme sur la gestion de la qualité) elle est annulée en 1987 au profit de la norme NF EN 29.004 (ISO 9004)
	USA	Présentation de l'action de Deming sur la chaîne de télévision NBC.
1981	France	Création de l' Association Française pour les Cercles de Qualité (AFCERQ)
	USA	Intervention télévisée de Juran sur CBS "Alors, si le Japon le peut, pourquoi pas nous?"
1982	GB	Publication de la norme BS

		5750, d'assurance de la qualité.
1983	France	Publication par l' AFNOR du recueil des normes françaises : " Gérer et assurer la qualité "
1987	Monde	Naissance de la série des normes ISO 9000 .
	USA	Création du prix national américain de la qualité sous l'impulsion de Deming " Malcolm BALDRIGE National Quality Award "
1988	France	Création de l' Association Française d'Assurance de la Qualité (AFAQ)
	Europe	Création de l' European Foundation for Quality Management (EFQM) .
1991	France	Création du Mouvement Français pour la Qualité (MFQ) . Il naît de la fusion de l' AFCIQ , de l' AFQ et de l' AFCERQ .
	Europe	L' EFQM (en collaboration avec l' European Organization for Quality , et la Commission Européenne) crée l' European Quality Award , pour inciter les entreprises européennes à jouer un rôle actif en terme de qualité face aux très puissants Américains et Japonais.
1992	France	Le Ministère de l'industrie et le MFQ créent le Prix Français de la Qualité .
1994	France	Création du Comité Français d'Accréditation (COFRAC) . Le COFRAC regroupant Le RNE et le Bureau National de Métrologie .
	Monde	Evolution des normes ISO 9000
1995	France	Loi 95-96 du 01/02/95 concernant le Marquage CE. Lancement du Mois de la Qualité par le MFQ .
1996	Monde	Publication des premières normes de la famille ISO 14000 pour la certification de système de management environnemental.