

Note d'analyse

ÉVALUATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ : LES EHPAD PRIVÉS LOIN DEVANT

Pour la première fois dans l'histoire des établissements et services pour personnes âgées, un outil d'objectivation de la qualité est désormais déployé par la Haute Autorité de Santé et ses résultats à la disposition du grand public. Matières Grises est parvenu à extraire l'ensemble des cotations attribuées à ces structures pour en dessiner un panorama complet. Résultat : de très fortes disparités public-privé !

Aussi effarant que cela puisse paraître pour les non-initiés, soit pour les quelques millions de personnes âgées et de familles qui ont fréquenté maisons de retraite et EHPAD depuis 30 ans, aucune mesure objective de la qualité n'existait jusqu'ici.

On connaît le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents d'un EHPAD. On appelle ça le « GMP », le Gir Moyen Pondéré. On connaît le niveau des tarifs d'hébergement qui sont obligatoirement affichés dans les établissements : ils figurent désormais sur le site « pourlespersonnesagees.gouv.fr » géré par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Mais, on ne savait rien de la qualité de chacun des 7 500 établissements pour personnes âgées de France.

Aucun instrument de mesure n'a jamais été pensé pour objectiver le niveau de qualité des EHPAD. Certes, il y eut bien au début des années 2000 un questionnaire d'auto-évaluation baptisé ANGELIQUE qui reposait sur les préconisations d'un cahier des charges fixé par un arrêté ministériel d'avril 1999. Mais cette auto-évaluation ne

servait qu'à alimenter les conventions tripartites liant l'établissement aux autorités tarifaires et à fixer des objectifs aux établissements. Rien d'opposable, ni de données publiques.

Il aura donc fallu attendre 2025 pour que la Haute Autorité de Santé publie sur une plateforme dédiée appelée « Qualiscope » les premiers résultats d'évaluation de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux. C'est en effet un **décret du 4 décembre 2024** qui a fixé les modalités de publication des résultats d'évaluation, décret qui est entré en vigueur le 1^{er} avril 2025 et qui prévoyait une publication des résultats 90 jours après leur transmission par les gestionnaires d'établissements et services. Et avant la fin 2025, chaque structure devra afficher les résultats de cette évaluation dans ses locaux pour qu'ils soient accessibles aux usagers et bénéficiaires.

Afin de rendre lisible et compréhensible le niveau de qualité atteint par chaque structure, la HAS a retenu une échelle de qualité à quatre niveaux : A, B, C, D (par ordre décroissant).

Auteurs

Luc BROUSSY
Katy GIRAUD

1. EN QUOI CONSISTE CETTE NOTATION ?

Le référentiel d'évaluation est aujourd'hui le même pour l'ensemble des établissements et services médico-sociaux. Il permet de balayer l'ensemble du fonctionnement d'une structure au travers de 157 critères. Pour s'y retrouver, ces items ont été classés en 3 grands chapitres (« les personnes », « les professionnels » et « l'établissement ») puis en 9 thématiques et 42 objectifs.

157 CRITÈRES ET 42 OBJECTIFS

L'évaluateur a la charge de fixer une note de 1 à 4 pour chacun de ces 157 critères, 1 étant la note attribuée lorsque le niveau attendu n'est pas du tout atteint, 4 étant la note pour un niveau tout à fait satisfaisant. Il est même possible d'obtenir une étoile lorsque le niveau est au-delà des attentes.

Parmi ces 157 critères, 18 sont « impératifs » pour les EHPAD¹. Cette distinction signifie que si l'établissement n'atteint pas la note parfaite de 4/4 sur l'un de ces points spécifiques, il doit alors immédiatement mettre en place des actions correctives. Preuve que le sujet est sérieux, tout évaluateur qui attribue une note inférieure à 4 à l'un de ces critères impératifs doit alors renseigner un formulaire spécifique pour justifier sa cotation. L'évaluateur doit également investiguer auprès de la gouvernance de l'établissement pour vérifier que celle-ci avait bien été informée de la situation. Bref, on ne plaisante pas avec les critères impératifs.

Jusque-là, tout va bien, les choses sont simples, organisées et très transparentes. Chaque critère fait l'objet d'une fiche particulièrement détaillée dans le Manuel d'évaluation produit et régulièrement mis à jour par la HAS. Ce document est d'ailleurs devenu une véritable « bible » pour tout établissement ou service qui cherche à se préparer et évidemment pour chaque évaluateur. Pour chacun de ces 157 points, la HAS rappelle les dispositions du CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles) à respecter, les recommandations de bonnes pratiques à observer, les Chartes sur lesquelles s'appuyer, les exemples de preuves à fournir et même les comportements ou éléments de l'environnement à observer pour l'évaluateur.

UN « QUALISCORE » POUR RÉSUMER LE NIVEAU GLOBAL DE QUALITÉ

Mais surtout ce Manuel prévoit que chaque critère peut être coté selon différents « éléments d'évaluation » : entretiens multiples, observations, éléments de preuve. Et c'est là que cela se complique. Par exemple, une série d'entretiens avec des résidents pourrait amener l'évaluateur à attribuer la note de 3/4. Mais l'observation et les éléments de preuve le feraient pencher en revanche pour un 4/4. La note finale pour le critère sera alors la moyenne de ces deux éléments d'évaluation, soit 3,5/4.

La HAS a fixé aux EHPAD 18 critères dits impératifs. Ils portent sur les thèmes suivants :

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1. La liberté d'aller et venir de la personne accompagnée | 7. La garantie de la confidentialité et la protection des informations et données | 11. Le recueil et le traitement des plaintes et des réclamations | indésirables auprès des parties prenantes |
| 2. Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne | 8. Le respect de la sécurisation du circuit du médicament | 12. La communication sur le traitement des plaintes et des réclamations aux parties prenantes | 16. La déclaration et l'analyse en équipe des événements indésirables |
| 3. Le respect de la vie privée et de l'intimité de la personne | 9. La définition d'un plan de prévention et de gestion des risques de maltraitance et de violence | 13. L'analyse en équipe des plaintes et des réclamations | 17. La définition d'un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité |
| 4. Le respect de la liberté d'opinion, des croyances et de la vie spirituelle | 10. Le traitement des signalements de faits de maltraitance et de violence | 14. Le recueil et le traitement des événements indésirables | 18. La communication d'un plan de gestion de crise en interne et en externe |
| 5. Le respect du droit à l'image de la personne | | 15. La communication sur le traitement des événements | |
| 6. L'exercice des droits et libertés de la personne | | | |

1. 17 critères impératifs « seulement » pour les RA qui ne sont évidemment pas évaluées sur le circuit du médicament alors qu'elles ne sont pas médicalisées, 17 aussi pour les SSIAD non évalués sur la liberté d'aller et venir qui n'est pas un sujet pour les services à domicile et 16 critères impératifs pour les SAAD, non concernés par les deux critères précités.

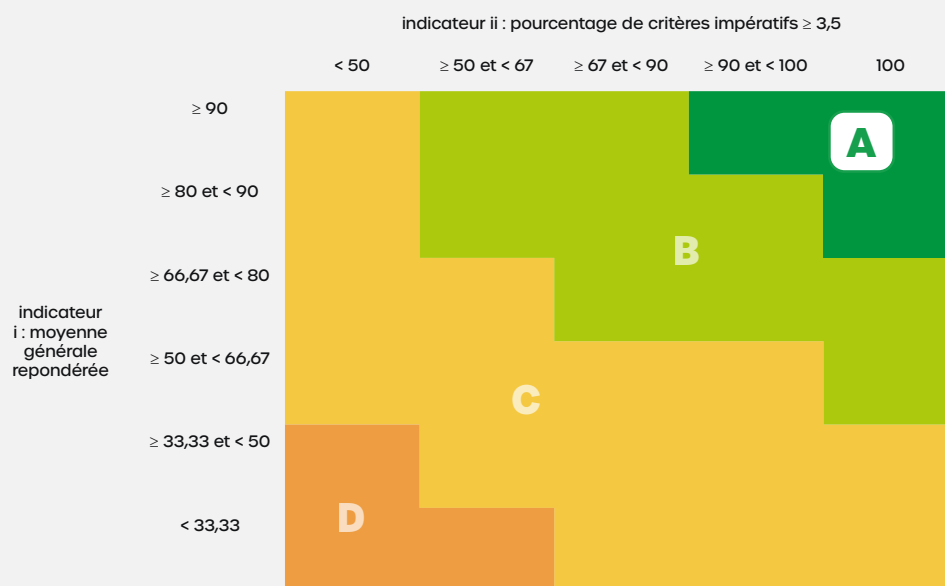
Et ce point de curiosité, presque anecdotique, qui amène à voir des critères notés par exemple 3,33 ou 3,5/4 alors même que l'on parlait d'une échelle assez simple de 4 notes possibles (1,2,3 ou 4), est en réalité devenu **un point de négociation** dès qu'il a fallu traduire cette notation en « Qualiscore ».

Longtemps souhaité par les acteurs du secteur, la HAS a profité de la publication des rapports d'évaluation pour mettre en place une échelle de cotation très visuelle. A l'image du Nutriscore bien connu des français, le niveau global de chaque établissement ou service est désormais positionné sur ce que nous appellerons un Qualiscore.

Pour passer de la notation des 157 critères du référentiel, notés de 1 à 4, à une seule lettre résumant la qualité globale, l'affaire n'a pas été simple. La HAS, aidée d'un groupe de travail conséquent, a alors monté **un tableau de correspondance permettant de combiner deux aspects de la notation.**



Échelle qualité de la HAS permettant de transcrire les notes obtenues dans le référentiel en cotation A/B/C/D



Source : Source : HAS, « Publication des résultats d'évaluation des ESSMS – Echelle qualité », note méthodologique mise à jour en novembre 2025.

Comment lire cette échelle ?

- Un Ehpad qui répond à 90 % des 18 critères impératifs mais qui n'obtient que 85/100 de moyenne générale à l'ensemble des critères sera côté B. La moyenne des critères aurait logiquement dû être notée sur 4 mais elle est rapportée sur 100 pour plus de lisibilité.
- Un Ehpad qui répond à 100% des 18 critères impératifs mais qui n'obtient que 45/100 de moyenne générale à l'ensemble des critères sera côté D. Il ne suffit donc pas de remplir tous les critères impératifs pour être bien côté, il faut aussi être bien noté sur l'ensemble des critères.

D'abord, **le pourcentage de critères impératifs ayant atteint une note supérieure à 3,5/4**. Ensuite, **la moyenne générale des 42 objectifs (et donc des 157 critères que comporte le référentiel)** mais... avec une surpondération pour un critère bien particulier : le critère « 3.10 » qui évalue **si l'établissement définit et déploie sa démarche d'amélioration continue de la qualité**. Ce critère n'a pas été jugé suffisamment important par la HAS pour être dans la liste des « impératifs » mais assez tout de même pour peser plus lourd dans la moyenne.

Et c'est bien l'association de ces deux indicateurs qui permet de positionner l'établissement. Une moyenne générale un peu plus faible mais un meilleur pourcentage de critères impératifs supérieurs à 3,5 maintient la structure dans la même catégorie que sa voisine qui serait dans la situation exactement inverse.

L'ENJEU D'UN QUALISCOPE VALABLE 5 ANS

L'attribution d'un Qualiscope est valable pour 5 ans, correspondant à un cycle d'évaluation (le premier cycle s'étendant de 2023 à 2027). **Autant dire l'importance que cette seule note peut revêtir pour chaque établissement ou service**, d'autant que cette note est disponible en ligne sur le site Qualiscope mais aussi obligatoirement affichée dans l'établissement. Un C obtenu pour 5 ans pourrait durablement ternir l'image d'une structure, affecter son taux d'occupation et ternir ses efforts

d'attractivité envers les professionnels. Les fédérations de gestionnaires tous secteurs confondus, ont donc insisté auprès de la HAS pour obtenir le tableau de correspondance le plus favorable.

Ainsi, **il y a quelques semaines encore, seules les notes parfaites de 4/4 étaient retenues dans le pourcentage de critères impératifs à prendre en compte pour l'échelle de qualité de A à D**. Aujourd'hui, **cet indicateur considère ce pourcentage de critères impératifs dès lors qu'ils dépassent 3,5, relevant de facto le positionnement de certains établissements**. Quand nous disions que l'on ne plaisante pas avec les critères impératifs et encore moins avec la technique de calcul des moyennes des éléments de preuve qui composent la note finale de chacun d'eux, on comprend maintenant mieux pourquoi.

Le poids du critère « 3.10 » dans la moyenne a également été un sujet de discussion. Celui-ci est actuellement surpondéré de 10 % par rapport aux autres notes et les fédérations auraient souhaité que cela soit revu à la baisse pour lui donner moins d'importance. Refus, à ce jour, de la HAS qui considère que cette révision n'impacterait pas le classement des établissements.

Enfin, **la possibilité d'organiser une nouvelle visite d'évaluation avant la fin du cycle des 5 ans** a été demandée, pour permettre aux établissements d'améliorer leur Qualiscope au plus vite. Cette éventualité n'a pas été écartée par les autorités et des textes en ce sens pourraient être publiés dans les prochains mois.

Pourquoi ces résultats sont-ils inédits ?

Les rapports d'évaluation des établissements et services sont librement accessibles sur le site Qualiscope. Mais ils le sont individuellement, établissement par établissement. Impossible donc d'avoir une vision globale sur un périmètre donné.

Impossible ? Pas pour Matières Grises qui s'est doté de la première base complète des résultats d'évaluation au 1er décembre 2025, grâce à des techniques informatiques spécifiques et l'aide de l'intelligence artificielle. C'est donc une analyse totalement exclusive qui vous est livrée, en attendant que la HAS publie en 2026 les jeux de données avec l'ensemble des résultats d'évaluation.

Le périmètre étudié ici, constitué de 5000 établissements et services pour personnes âgées ayant fait l'objet d'une évaluation HAS, est amené à s'agrandir jusqu'à atteindre l'ensemble du parc en décembre 2027, date de la fin de ce premier cycle d'évaluation. La plateforme est régulièrement alimentée avec les nouveaux rapports, en sachant qu'il faut compter trois mois avant la fin d'une évaluation et sa publication sur le site Qualiscope. Les derniers résultats seront donc publiés en mars 2028.

2. LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DES EHPAD

Au moment où nous bouclons cette note, soit mi-décembre 2025, ce sont 3 526 EHPAD qui ont fait l'objet d'une évaluation rendue publique sur un total de 7 421 EHPAD susceptibles à terme d'être évalués. Notre étude porte donc sur 48 % des EHPAD français ce qui constitue une masse suffisamment critique pour donner des résultats significatifs. D'autant que la proportion des répondants correspond peu ou prou au poids respectif de chacun des secteurs.

Le poids respectif des EHPAD entre secteurs public, associatif et commercial étant de 46 %, 29 % et 25 %, on retrouve ici parmi les évalués des proportions comparables.

Parmi les 18 critères impératifs, les statistiques de la HAS nous permettent de mesurer le nombre moyen de ceux qui sont effectivement observés en EHPAD. 13 objectifs sont remplis en moyenne tous EHPAD confondus. Avec toutefois une légère disparité au profit des EHPAD commerciaux qui observent en moyenne 15 critères contre 13,44 dans le secteur associatif et 12,28 dans le secteur public.

Mais le clou de notre enquête se trouve ici : dans la répartition des cotations A, B, C et D selon le statut juridique.

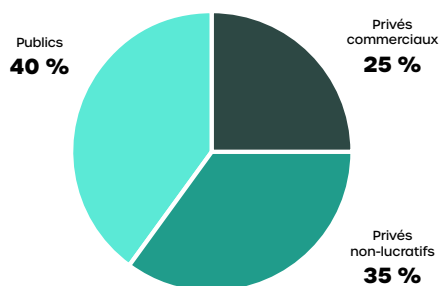
Commençons d'abord par la ventilation de tous les EHPAD concernés (soit, on le rappelle, 48 % du total des EHPAD français) en fonction de la cotation qu'ils ont reçue. Le résultat est le suivant :

- 34,7 % des EHPAD sont en catégorie A,
- 43 % en B,
- 20,6 % en C,
- 1,8 % en D.

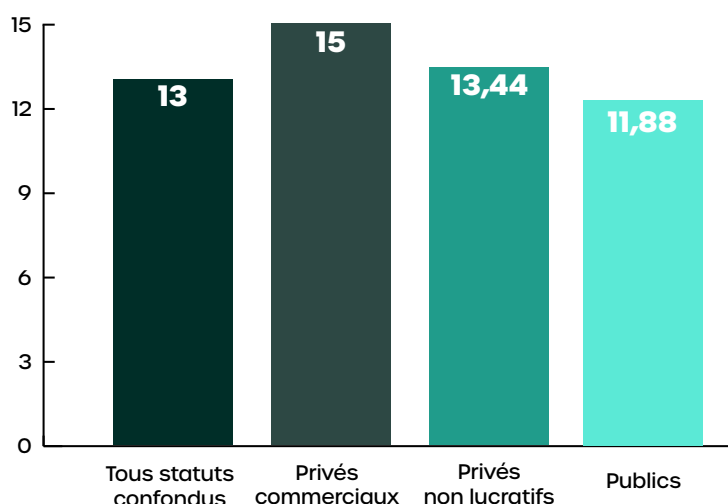
Un tiers seulement dans la catégorie la plus haute : on voit bien l'ampleur du défi qui se pose à l'immense majorité des établissements.

Les scores étaient encore moins flatteurs il y a quelques semaines avant que, sur pression des organisations professionnelles, la HAS ne décide de modifier le mode de calcul des cotations. Cet assouplissement a eu pour impact de passer les A de 23 % à 34 %, les B de 43 % à 48 % et les C de 28 à 20 %. En clair, avant la réforme automnale des cotations, la photographie des EHPAD était encore moins enviable.

Répartition des EHPAD ayant fait l'objet d'une évaluation HAS selon leur statut



Moyenne du nombre de critères impératifs observés en EHPAD (note maxi : 18)

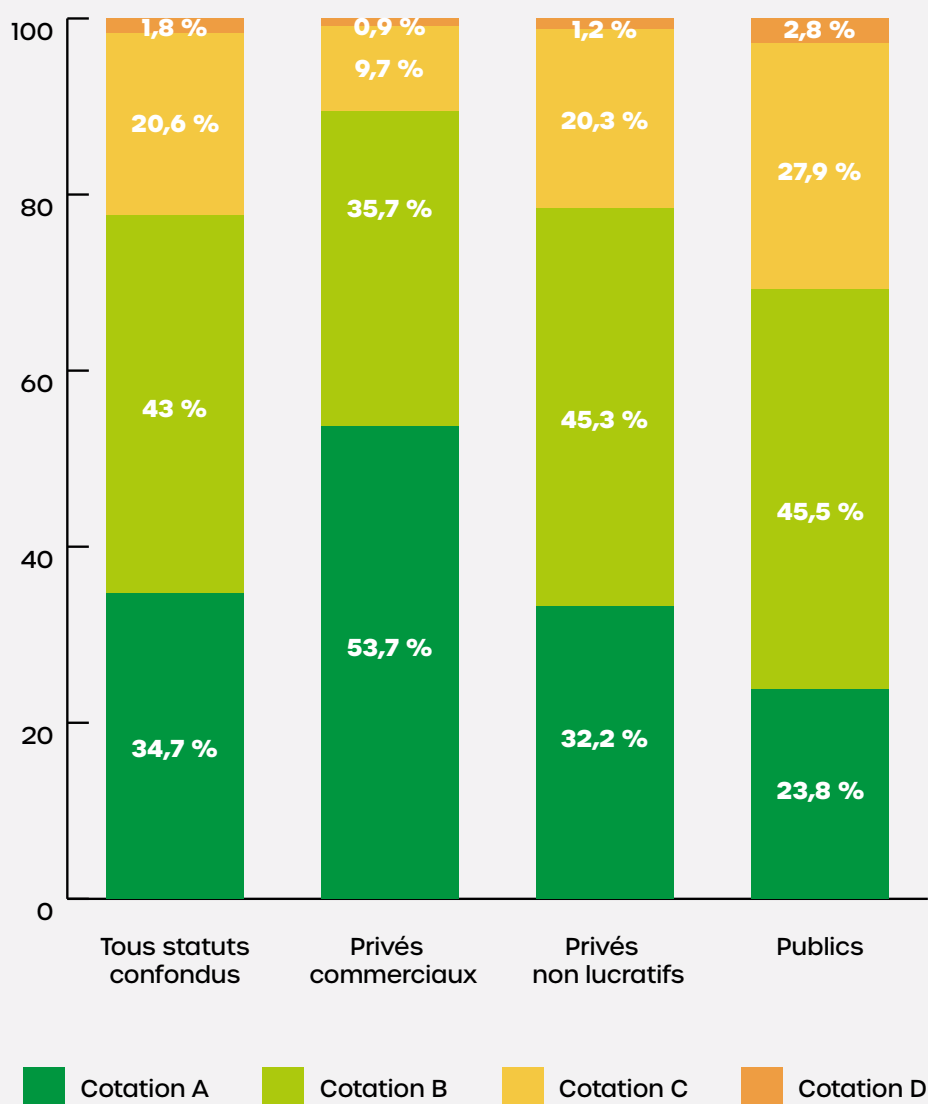


Mais le plus étonnant réside dans la grande disparité qui existe entre statuts juridiques.

En effet, alors que les côtés A sont 34,7 % tous statuts confondus, ils sont 53 % dans le secteur commercial, 33 % dans le secteur associatif et 23 % seulement dans le secteur public. 30 points entre les EHPAD commerciaux et les EHPAD publics : le différentiel est énorme.

L'homogénéité est plus affirmée pour les B qui sont 45 % dans l'associatif et dans le public mais 35 % dans le commercial. C'est en conséquence parmi les classes C que la distinction refait surface : 9 % dans le commercial, 20 % dans l'associatif et 29 % dans le secteur public. Vingt points de différence entre privé et public : là aussi le constat est édifiant.

Répartition des cotations selon le statut juridique de l'EHPAD



“ Les A sont 53 % dans le secteur commercial, 33 % dans le secteur associatif et 23 % seulement dans le secteur public. ”

3. LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DES AUTRES SERVICES

Les résidences autonomie ont été un peu moins nombreuses à voir à ce stade leurs résultats publiés puisque sur 2 285 structures, **832, soit 36 % du parc ont aujourd'hui une cotation publique**. La répartition des évaluations disponibles reflète assez correctement la proportion des statuts juridiques du parc soit : 63 % de résidences publiques, 33 % de résidences privées à but non lucratif et 4 % seulement de Résidences commerciales (à ne pas confondre avec les Résidences services seniors qui, elles, ne sont pas dans le champ d'action de la HAS).

RÉSIDENCES AUTONOMIE : TROP DE C

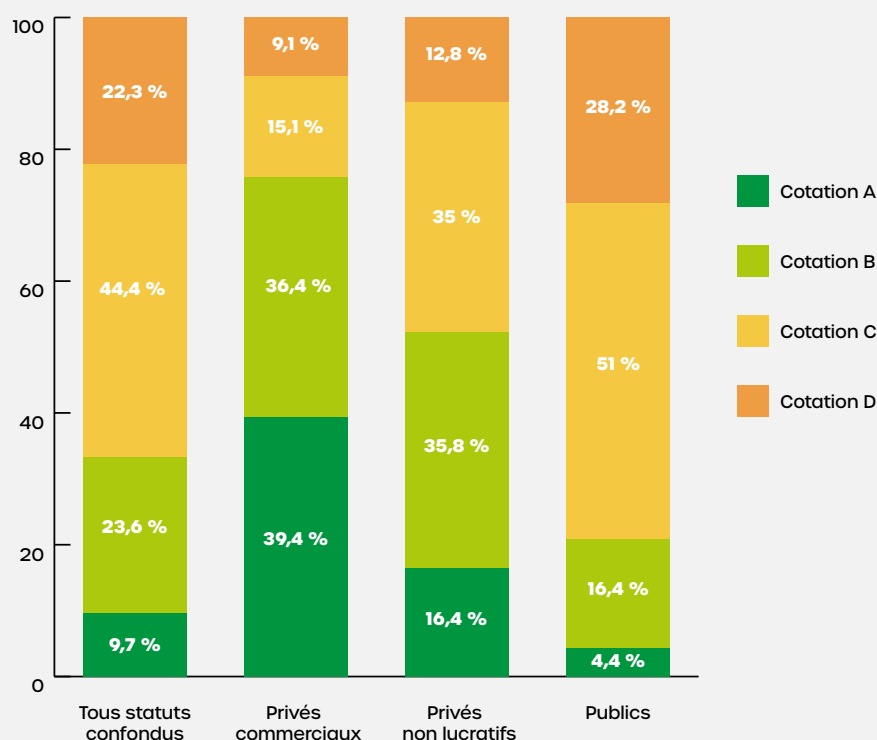
En revanche contrairement à ce qu'il se passe dans les EHPAD, la moyenne des critères impératifs – qui sont ici 17 au lieu de 18 pour les EHPAD – pour les

résidences autonomie est nettement plus basse que dans les EHPAD, soit 8 contre 13. Mais avec seulement 7 critères observés dans les résidences publiques contre 11 dans le secteur associatif.

Bien moins de critères sont observés en R.A. qu'en EHPAD mais de surcroît la différence entre public et privé est encore plus importante.

Mais le constat le plus inquiétant, c'est le score particulièrement élevé des établissements positionnés en C : 44 % pour le total des résidences autonomie mais... 51 % pour les résidences-autonomie publiques. Un score médiocre à rapprocher des 21 % seulement de ces mêmes résidences publiques en catégorie A et B.

Répartition des cotations selon le statut juridique de la résidence autonomie



Les services d'aide et de soins à domicile sont aussi l'objet d'évaluations de la Haute Autorité de Santé. Mais on est très loin aujourd'hui des remontées des établissements. Ainsi, seuls **497** SSIAD évalués sur 10 100, soit **5 %** du total et **143** SSIAD évalués sur 1 901, soit **8 %** du parc, ont été référencés sur le site de la HAS.

SAAD : CE N'EST QU'UN DÉBUT

Il est vrai que la situation des SAAD vis-à-vis de la démarche d'évaluation est singulière. En premier lieu, ils sont moins nombreux que les établissements à s'être livrés à l'exercice, entre l'arrivée relativement récente de certains d'entre eux dans le champ médico-social, l'obligation de se conformer au cahier des charges et le temps pris par les opérations de regroupement dans le cadre de la réforme des Services Autonomie. Cela explique le très faible taux de services faisant l'objet d'une cotation sur Qualiscope. Cette tendance a été accentuée par la réforme des services à domicile ayant entraîné un gel des évaluations jusqu'en juillet 2025 des structures de ce secteur afin de tenir compte de la mise en conformité avec le nouveau cahier des charges.

Mais elle l'est aussi car le référentiel d'évaluation apparaît peu adapté pour des structures qui souvent n'interviennent que de manière restreinte auprès des personnes âgées. Ainsi, quand le référentiel maintient pour tous les établissements et services le critère « *évaluation de la douleur* », comment un SAAD peut-il répondre à cette attente alors même qu'il s'agit là plutôt de la mission d'un SSIAD ?

De l'aveu même d'une directrice qualité d'un groupe : « *les SAAD ont plus de difficultés à répondre aux critères attendus car ces critères ne sont tout simplement pas appropriés. Nous sommes dotés d'une équipe qualité dédiée et d'outils diffusés à l'ensemble des établissements et services. Cette rigueur et ces moyens nous ont permis d'obtenir 98 % de cotations A et B dans nos EHPAD par exemple. Et bien pour nos SAAD, nous sommes à environ 70 % de B et 30 % de C* ». Cette directrice rappelle aussi une vérité implacable : « *il est déjà difficile de faire tenir sur le long terme une démarche qualité dans un établissement qui dispose d'un comité de direction et d'une équipe pluridisciplinaire, mais cela relève quasiment de l'impossible dans un service avec des intervenants sur le terrain et une équipe de direction parfois réduite à un seul responsable* ».

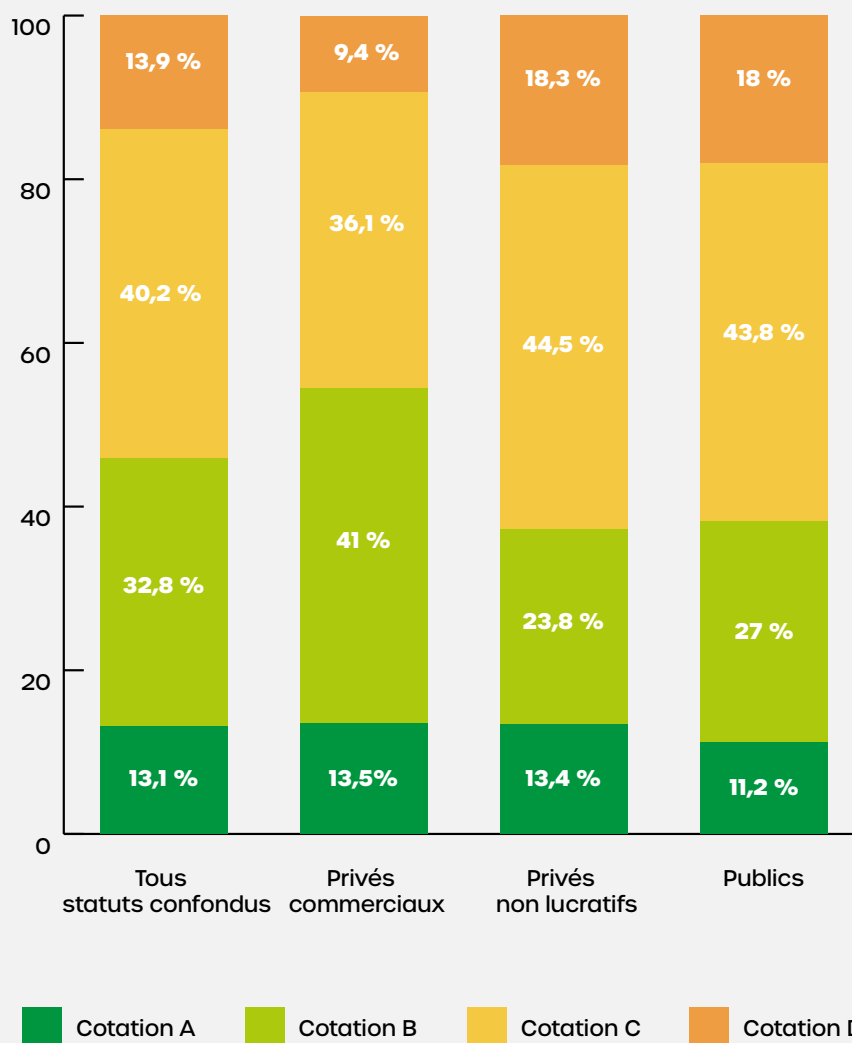
Des bémols importants à intégrer avant d'analyser avec des pincettes les chiffres qui suivent.

Ainsi donc sur les SAAD évalués, 49 % sont commerciaux, 33 % associatifs et seulement 18 % publics. Et sur les 16 critères impératifs, 9 sont en moyenne respectés : un score bien inférieur à ceux constatés en EHPAD. En revanche, comme en EHPAD, les services à statut commercial observent un peu plus de critères (10) que les services à but non lucratif (8) et que les services publics (8).

À ce stade, les SAAD auront aussi plus d'efforts à fournir que les EHPAD si on en juge à la répartition des cotations.

En moyenne, les SAAD se répartissent entre 13 % en A, 33 % en B, 40 % en C et 14 % en D. Et si le secteur commercial s'en tire un peu mieux avec 41 % de B contre 27 % pour le public et 23 % pour l'associatif, les trois secteurs ne comptent chacun que 13 % de leur effectif en cotation A.

Répartition des cotations selon le statut juridique du SAAD



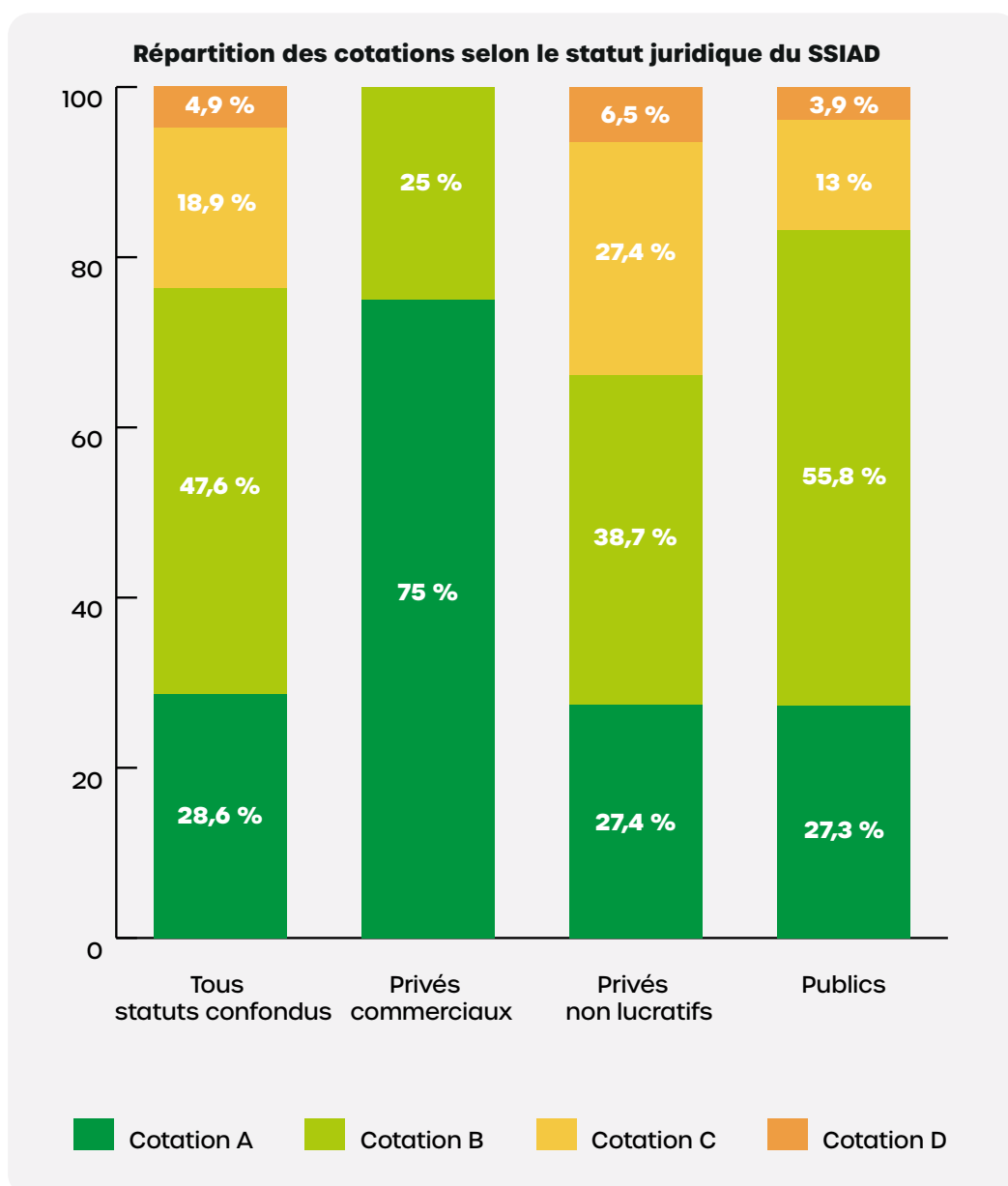
DES SSIAD MIEUX NOTÉS

Constat similaire en SSIAD, où la structure même du secteur limite toutefois la portée des comparaisons par statut. Parmi les SSIAD évalués, le secteur public est majoritaire (54 %), devant les acteurs privés non lucratifs (43 %), tandis que le secteur privé commercial ne représente qu'une part résiduelle du parc évalué (3 %). Cette très faible présence du secteur commercial invite à interpréter avec prudence les écarts observés.

Sur le fond, les critères impératifs apparaissent néanmoins nettement mieux respectés dans les SSIAD que

dans les SAAD, avec une moyenne de 12 critères respectés sur les 17 prévus par le référentiel, tous statuts confondus. Des différences existent selon le statut juridique : les SSIAD privés commerciaux respectent en moyenne 16 critères impératifs, contre 12 pour les SSIAD privés non lucratifs et 13 pour les SSIAD publics.

Mais l'évaluation globale est nettement meilleure dans les SSIAD que dans les SAAD. Alors que ces derniers étaient 46 % à être cotés A ou B, les SSIAD sont plus de 76 % à être en A et B. Avec un secteur public (82 % en A et B) mieux noté que le privé à but non lucratif (66 % en A et B).



4. QUELLES LEÇONS TIRER DE CES CONSTATS ?

D'ABORD QUE LE SECTEUR PRIVÉ COMMERCIAL SORT TRÈS LARGEMENT SON ÉPINGLE DU JEU

Il faut le dire avec insistance tant les groupes privés ont été depuis l'affaire Orpéa la cible quasi-exclusive de la presse et de certains responsables politiques. A l'écoute de nombre d'entre eux, le caractère lucratif de ces opérateurs était par essence incompatible avec la recherche de la qualité. Le principe même de recherche du profit supposait que ces marges ne pouvaient prospérer que sur une réduction des prestations et donc de la qualité. Des propositions de loi ont même été suggérées pour interdire désormais que des acteurs marchands puissent investir dans le secteur de l'aide aux personnes âgées ou de la petite enfance. Des économistes de l'IRDES se sont même mobilisés dans un article pour estimer que les EHPAD commerciaux n'étaient pas les plus qualitatifs.¹

Oui mais voilà : les conclusions de la Haute Autorité de Santé disent carrément l'inverse. Et elles le disent dans des proportions qui ne laissent aucune place au doute. Avec 53 % des EHPAD commerciaux classés en A contre 23 % pour les EHPAD publics, soit 30 points de différence, on n'est plus ici sur l'épaisseur du trait mais bien face à un problème structurel.

Car cette fois, nous ne sommes pas là dans le sondage au doigt mouillé. Ici, point de conclusions idéologiques, ni de sophisme à la *Complément d'Enquête* ou de *Que Choisir*. Pour la première fois, nous sommes face à une mesure objective de la qualité opérée par une Agence nationale d'État, la Haute

Autorité de Santé, dont personne ne pense qu'elle est vendue au grand capital.

Ainsi donc, non seulement la qualité de « privé commercial » n'est pas antinomique avec un haut niveau de qualité de service mais il est même à l'inverse

L'AUTRE ENSEIGNEMENT, C'EST L'ABSENCE DE LIEN ENTRE QUALITÉ ET RATIOS DE PERSONNEL

Tout notre secteur entretient la certitude depuis des lustres que le niveau de qualité est directement lié au ratio de personnels. Or, notre enquête, mais surtout les évaluations de la HAS elle-même, n'indique aucun lien logique entre ratio de personnel important et cotation élevée.

En effet, les dernières données de l'enquête EHPA de la DREES rappellent les différences de moyens humains dont disposent les EHPAD selon leur statut juridique. Malgré un ratio d'encadrement plus élevé dans les établissements publics, ceux-ci obtiennent des cotations en moyenne plus faibles que leurs collègues du secteur privé. En même temps, ces mêmes statistiques indiquent que le ratio de personnels soignants est nettement supérieur dans les EHPAD publics où en revanche sont moins nombreux les personnels de direction et d'encadrement. Curieux paradoxe où le ratio de soignants ne se traduit pas dans le niveau de qualité tel que mesuré par les évaluateurs de la HAS. C'est même presque... le contraire puisque les EHPAD publics les mieux dotés en personnel – avec 0,71 ETP – ont

1. IRDES – Questions d'Economie de la Santé – n°295 – Décembre 2024 – Les EHPAD les plus chers ne sont pas les meilleurs – Anne Penneau et Zeynep Or.

des cotations moyennes très nettement inférieures aux EHPAD commerciaux qui eux, selon la Drees, ont un ratio moyen de personnels de 0,61.

Il n'est pas question pour autant de nier qu'un EHPAD fonctionnera mieux avec 20 aides-soignantes qu'avec 15. Mais il est tout autant vain de conclure qu'un ratio de personnel est à lui seul une garantie de qualité.

Mais il est vrai que ne sont pas intégrées dans ces ratios les fonctions dites « support » dont bénéficient les groupes privés (commerciaux ou non lucratifs) au travers des équipes dédiées à la qualité au sein de leur siège. Les témoignages recueillis dans le cadre de cette note nous ont montré que nombre de groupes ont mobilisé des équipes dédiées pour réussir au mieux ces évaluations. Et en effet, le résultat est là.

Le constat est encore plus criant pour les résidences autonomie, évidemment moins dotées en personnel et donc moins armées pour répondre aux exigences toutes aussi lourdes du référentiel unique.

ENFIN, LE DERNIER ENSEIGNEMENT PORTE SUR LA VALIDITÉ DE L'ÉVALUATION HAS

Quand la température ne plaît pas, on peut toujours mettre en cause la qualité du thermomètre. Il ne s'agit certes pas ici de délégitimer une procédure qui a été approuvée par l'ensemble des fédérations et que l'ensemble des professionnels – et des usagers –

attendaient depuis des années. Mais on peut s'interroger, c'est vrai, sur le fait que la Haute Autorité de Santé évalue plus un niveau de formalisation des procédures qu'un ensemble de faits objectifs.

Au fond, comme le dit Didier SAPY, directeur de la Fnaqpa, « *au lieu d'évaluer la qualité, on évalue des process de qualité* ».

Or, à ce petit jeu des process, les groupes privés, commerciaux comme associatifs, sont bien mieux armés. On l'a dit plus haut : les groupes privés ont souvent mobilisé une équipe entière au siège pour accompagner et soutenir les directions d'établissements en leur fournissant notamment les livrables nécessaires facilitant ainsi la production des documents généralement demandés par les évaluateurs.

A titre d'exemple, un grand groupe privé à but non lucratif nous indiquait récemment que sur son parc constitué de plus d'une centaine d'établissements, 54 % étaient cotés A et 42 % cotés B, soit un résultat bien supérieur à la moyenne, y compris du secteur commercial. Ainsi, plus que le statut public ou privé, **la notion de mutualisation des procédures au sein d'un même groupe semble être un facteur d'explication essentielle.**

À l'inverse, les mauvais scores du secteur public ont aussi une explication rationnelle. À l'évidence, l'atomisation des EHPAD publics ne permet pas cette mutualisation des efforts en

	EHPAD privés	EHPAD privés non lucratifs	EHPAD publics	Résidence autonomie
Effectif total pour 100 places	61,27	61,42	71,01	11,87
Dont personnel de direction, gestion et encadrement	5,40	5,34	4,34	2,55
Dont personnes des services généraux	7,58	6,94	7,69	4,97
Dont personnel animation et service social	5,89	5,48	3,88	1,37
Dont personnel médical	0,61	0,47	0,48	0,01
Dont personnel paramédical et soignant	26,64	28,61	36,45	0,73
Dont personnel de service	15,14	14,58	18,17	2,24

Source : DREES, enquête EHPA 2023.

matière de qualité, chaque EHPAD pris individuellement n'ayant évidemment pas les ressources internes permettant de préparer ces évaluations dans les mêmes conditions.

Dès lors, chacun pourra citer maints exemples depuis ces dernières semaines où un EHPAD classé A bénéficie localement d'une réputation médiocre par rapport à son voisin moins bien noté mais plus apprécié. Les A, B, C, D ne mesurent pas toujours la qualité de vie au quotidien ou le bien-être tel qu'il est effectivement ressenti par les résidents ou les familles.

On pourra donc ici ou là côtoyer des établissements mal notés malgré leur qualité de prise en charge reconnue de tous comme des EHPAD classés A malgré l'existence de problèmes récurrents.

Mais enfin, il faut bien définir une règle et ce n'est pas au moment où celle-ci se met en place, enfin, partout en France qu'il convient de la contester.

AUTRE ÉLÉMENT : LE COÛT DE L'ÉVALUATION ELLE-MÊME

Selon le bilan dressé par la HAS pour l'année 2024, le coût moyen d'une mission d'évaluation s'élève à 7 240 euros TTC (hors frais de déplacement). Et la moitié des missions d'évaluation ont un coût compris entre 6 000 et 8 000 euros TTC.

Si ce coût est stable depuis quelques années, il est amené à augmenter dès 2025 compte tenu de l'obligation faite aux évaluateurs (par la HAS elle-même) d'ajouter à leur prestation du temps de présence sur site. Or, pour rappel, aucune ligne n'est prévue dans les forfaits Dépendance ou Soins financés par les pouvoirs publics pour couvrir cette dépense... qui reste donc à la charge du tarif Hébergement et donc des personnes accompagnées. Et cela est sans compter les coûts de préparation de la démarche, pour ceux

qui peuvent s'en donner les moyens : temps de travail dédié d'un responsable qualité, formation et mobilisation des équipes, organisation d'évaluations « à blanc » avec des auditeurs internes. En clair, tout le monde n'est pas égal face à l'évaluation. Et ces distorsions doivent évidemment être prises en compte lorsqu'on étudie les résultats finaux.

Ces différents éléments pourraient permettre d'engager une réflexion spécifique à l'évaluation des EHPAD autonomes voire isolés, bien plus nombreux dans le secteur public que privé. Les GCSMS – et demain les GTSMS – doivent-ils jouer un rôle pour mutualiser ces évaluations entre plusieurs EHPAD publics ?

Mais au sein des groupes eux-mêmes, nombre de responsables se servent aussi de ces évaluations pour repérer les structures qu'il convient d'accompagner plus particulièrement en leur sein pour mettre l'accent sur les éléments les bien moins notés.

Enfin, **il va à l'avenir falloir gérer la communication extérieure.** Comme *Le Point* qui publie chaque année son traditionnel classement des hôpitaux et cliniques, les EHPAD seraient désormais susceptibles d'être l'objet de telles enquêtes publiques même si le seul critère A/B/C/D/ est un peu sommaire. Et quid des familles ? Il est probable qu'elles s'emparent elles aussi de cet outil et demandent lors des visites préalables en EHPAD la cotation de l'établissement qu'elles visitent. A l'évidence, les EHPAD côtés C – on ne parle même pas des D – vont devoir expliquer les raisons de leur note passable. À l'inverse, les A vont probablement en faire un argument commercial qu'ils soient publics ou privés.

Bref : passé un peu inaperçue, la publicité de ces évaluations et cotations depuis septembre 2025 pourrait potentiellement constituer une vraie révolution dans la relation entre usagers et offreurs de solutions.

À PROPOS DU THINK TANK MATIÈRES GRISES

Créé au printemps 2018, le Think Tank Matières Grises réunit les principaux acteurs de la filière d'accueil et de prise en charge de la personne âgée afin de réfléchir ensemble et être force de proposition sur les grands sujets liés au vieillissement.

Animé par Luc Broussy, ce Think Tank est composé, à la date de parution de la présente note, de 24 groupes opérateurs du secteur du Grand Âge qui ont fait le choix d'y adhérer (ACPPA, AESIO Santé, Adef Résidences, Arpavie, Axentia, Bridge, Clariane, Colisée, Domidep, Domitys, DomusVi, Edenis, Emeis, Emera, Fondation Partage & Vie, Groupe Vyv, Les Jardins d'Arcadie, Mutuelle Bien Vieillir, Nexity, Sedna, SOS Seniors, Steva, Univi).

Les écrits produits par le Think Tank ne les engagent pas individuellement.

www.matieres-grises.fr



@MGrises



@matieres-grises-think-tank