

*Articulation des fonctions
et des acteurs concourant
à l'amélioration de la
qualité au sein des
établissements sanitaires
et médico-sociaux*

Éliane Conseil
Santé Social

www.elianeconseil.com

Le contexte du rapport

En janvier et février 2013, deux inspecteurs de l'IGAS (Françoise Schaezel et Jean-Jacques Tregot) ont publié deux rapports complémentaires :

- *l'articulation de la fonction inspection contrôle des ARS avec les autres fonctions concourant à l'amélioration de la qualité au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux (certification, évaluation, contractualisation)*
- *les conditions favorisant une meilleure articulation des démarches d'inspection contrôle entre les réseaux territoriaux, ARS et DRJSCS/DDI (domaine social) et leurs partenaires nationaux et locaux.*

Ces deux documents font suite à un premier rapport publié par l'IGAS en avril 2012, sur « l'évaluation de la fonction inspection contrôle appliquée aux champs sanitaire, social et médico-social » qui pointait l'absence de synergie entre les différents organismes exerçant des fonctions d'inspection contrôle (IC) dans le champ sanitaire et médico-social d'une part, et entre l'IC et les autres démarches concourant à l'amélioration de la qualité des prises en charges dans ce champ, d'autre part.

Les inspecteurs se sont attachés à dresser un état des lieux des pratiques, et notamment des initiatives visant à la coordination entre les différentes fonctions et organismes impliqués, puis ont préconisé plusieurs pistes permettant de mieux articuler les fonctions et partenaires concernés.

En synthèse

- ◆ **Le champ sanitaire, social et médico-social se caractérise par « un empilement de démarches sans vision stratégique et sans lisibilité »**

Les inspecteurs ont listé l'ensemble des démarches mises en œuvre par les acteurs publics au plan national ou régional, et qui contribuent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge. **La liste est considérable** (certifications hospitalières par la HAS, ou volontaires telles l'ISO 9001, évaluations internes et externes des ESSMS, contrôles par des inspecteurs publics ou audits commandités à l'externe, CPOM, contrats de performance signés entre les établissements de santé et l'ANAP ou encore conventions tripartites pour les EHPAD...). En outre, **chaque démarche obéit à un processus de travail et emporte des conséquences juridiques différentes, sans qu'une coordination nationale ait été pensée entre tous les dispositifs pouvant s'appliquer à un même type d'établissement.**

Dans le secteur sanitaire : une complémentarité limitée entre certification, contrôle et contractualisation

L'ancienneté de la démarche de certification dans le milieu sanitaire et son itération fréquente (tous les 4 ans) ont permis une articulation progressive de cette démarche avec l'inspection et la contractualisation.

Certification et contrôle sont ainsi perçus comme complémentaires : programmée et ponctuelle, la certification ne peut garantir la mobilisation permanente des établissements autour de la qualité. Son référentiel, global, ne garantit pas non plus une évaluation fine de tous les services et processus à l'œuvre dans un établissement. Aussi, des contrôles ciblés sont pertinents en complément des certifications. Par ailleurs, **les contrôles peuvent s'articuler avec les CPOM** hospitaliers, soit pour décliner les résultats des contrôles en objectifs d'amélioration, soit pour cibler les contrôles à partir des indicateurs sentinelles définis dans les CPOM.

Cependant, les modalités concrètes de cette complémentarité ne font pas consensus : la HAS défend la vision du contrôle comme un préalable à la certification, permettant ainsi de garantir un « socle » de conformité réglementaire, tandis que nombre d'ARS souhaitent plutôt positionner le contrôle de manière ciblée, en utilisant les résultats des certifications comme élément de ciblage et réciproquement (la HAS pouvant, sur la base des résultats des contrôles, prioriser certains établissements pour la certification).

En outre, **lorsqu'elle est prévue, l'articulation entre ces différentes démarches se heurte à de nombreux freins** :

- délais de transmission des résultats de certification et surtout des mesures de suivi des établissements ayant obtenu des réserves, par la HAS aux ARS (d'où un risque de contrôles mal programmés ou mal ciblés)
- difficultés d'exploitation des rapports de certification par les agents d'ARS et freins à l'accès aux données informatisées (accessibles sur une plateforme, dont l'accès n'est ouvert que sur demande individuelle d'un agent de l'ARS auprès de la HAS)

- manque de mise à disposition des données issues des contrôles, auprès des agents chargés de la contractualisation au sein d'une même Agence
- risque de confusion des rôles entre les agents d'ARS qui accompagnent la contractualisation et ceux qui effectuent les contrôles auprès des établissements.

Dans le secteur médico-social : une absence de complémentarité des démarches en raison de divergences de doctrine, voire d'un manque total d'impulsion

Les ARS et l'ANESM ont des visions différentes des démarches d'évaluation applicables aux ESSMS :

- **évaluation interne** : les ARS sont divisées entre les tenants d'une « autoévaluation » qui reste du domaine strict de l'établissement qui l'opère, et qui suggèrent donc de supprimer l'obligation de transmission du rapport à l'ARS, et les tenants d'un premier dialogue ARS / ESMS sur la base du rapport d'évaluation interne, permettant de pointer les points faibles voire de déclencher un contrôle ;
- **évaluation externe** :
 - o les ARS considèrent à l'unanimité que les rapports d'évaluation externe constituent des sources d'information sur les ESMS, qui doivent utilement alimenter les contrôles, et elles réclament des évolutions réglementaires obligeant par exemple l'évaluateur à effectuer des signalements ou alertes auprès de l'ARS, à l'occasion des évaluations.
 - o L'ANESM en revanche estime que ces articulations ne sont ni possibles ni souhaitables, car les évaluations visent la démarche d'amélioration des établissements, ce qui peut conduire certains ESMS à rendre un premier rapport volontairement défavorable pour mieux valoriser leur progression par la suite. Dans le cas d'une articulation entre évaluation interne ou externe et contrôle, par exemple, cette interprétation de l'esprit de l'évaluation desservirait les établissements.

De son côté, l'IGAS pointe **l'impossibilité d'articuler évaluation externe et contrôle, tant que les évaluations n'obéissent pas à un référentiel précis et standardisé**. En effet :

- utiliser les rapports d'évaluation externe pour cibler des contrôles ultérieurs, revient à **présumer que l'évaluation externe est l'équivalent d'une inspection-contrôle**, en termes de conformité de l'ESMS évalué à la réglementation. **Or rien n'est moins sûr** : le cahier des charges du décret du 15 mai 2007 n'est pas suffisamment explicite pour engager les évaluateurs habilités à contrôler le respect de l'ensemble des critères réglementaires applicables aux ESMS évalués, et il n'est assorti d'aucun référentiel-socle valable au plan national ;
- la conséquence de cette insuffisance du cadre d'évaluation externe, est l'adoption par les évaluateurs habilités de **référentiels d'évaluation et de formats-types de rapports extrêmement hétérogènes**. Cela, combiné au mode de transmission des rapports finaux aux ARS (souvent sous un exemplaire papier unique) rend l'exploitation des données recueillies très délicate, surtout dans une perspective de comparaison et de priorisation des établissements à contrôler.

La conséquence de ce manque d'articulation est un déploiement parallèle des démarches d'évaluation et d'inspection, celles-ci pouvant intervenir dans une même période et donner lieu à des résultats contradictoires. La mission cite ainsi le cas d'un ESMS dont l'autorisation venait d'être renouvelée suite à un rapport d'évaluation externe favorable, et qui se l'est vue retirer dans le cadre de l'inspection intervenue peu après.

L'IGAS regrette enfin que la contractualisation entre les ESMS et les ARS n'ait pas fait l'objet d'une impulsion nationale permettant de clarifier l'articulation entre conventions tripartites et CPOM, par exemple, ou entre évaluations internes et externes, missions de contrôle et contractualisation.

Un risque de découragement des opérateurs du secteur comme des agents de l'Etat

Aussi, l'IGAS souligne **combien cet empiement de démarches peut s'avérer démobilisateur pour les opérateurs concernés** (gestionnaires d'établissements et professionnels de terrain). La multiplicité des procédures, leur caractère chronophage, leur coût – assumé par les établissements sans enveloppes nationales de financement dédiées à cet effet – et la difficulté à identifier le sens global de ces démarches, constituent autant de facteurs de risque pour leur mise en œuvre.

Les opérateurs du champ sanitaire, social et médico-social ne sont d'ailleurs pas les seuls face à ces difficultés : le rapport de l'IGAS met en évidence des cloisonnements multiples entre les différents acteurs chargés des démarches de certification / contrôle / évaluation / contractualisation, voire des freins explicites à toute collaboration entre ces derniers. Une même démarche (l'inspection contrôle) peut ainsi être assumée par de multiples acteurs, sans coordination.

◆ L'inspection contrôle, une mission partagée par de multiples acteurs peu coordonnés

L'impact des réformes administratives de la dernière décennie

Historiquement, les différents textes législatifs et réglementaires ont réparti la mission d'inspection contrôle entre différents services de l'Etat, en fonction des activités concernées par les contrôles. Des modalités de coopération avaient pu se mettre en place entre ces différents acteurs. Cependant, le rapport constate que :

- la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) et la Réforme de l'Administration Territoriale de l'Etat (RéATE) ont eu pour conséquences de diluer les mécanismes de coordination préexistants, en entraînant :
 - o la disparition des Missions Régionales d'Inspection contrôle
 - o d'importants transferts de personnel entre directions territoriales
 - o **une complexification de l'organisation des politiques de cohésion sociale**, avec la coexistence entre départements, de DDCS et de DDCSPP (ces dernières étant également chargées de la sécurité des consommateurs) et au niveau régional, des fonctions de « Jeunesse et Sports » avec le secteur social au sein des DRJSCS, les deux cultures de planification et de contrôle étant très différentes
- la création concomitante des Agences Régionales de Santé en 2009, a parachevé le délitement du système, en **répartissant entre ARS, DRJSCS et DDCS des compétences autrefois groupées**, et en donnant naissances à des agences aux organigrammes souvent très cloisonnés
- **le cloisonnement interne aux Agences Régionales de santé** (en particulier entre les services chargés de la contractualisation avec les établissements, ceux qui reçoivent les données d'activité et d'évaluation, et les cellules d'inspection contrôle) pointé par le rapport IGAS d'avril 2012, **a donné lieu depuis, dans chaque région à des initiatives différentes** pour introduire une meilleure transversalité de fonctionnement, chaque solution présentant un degré de succès et des risques propres.

Les multiples lacunes de la coordination

Ainsi, l'enquête réalisée par l'IGAS met en évidence **une double lacune de coordination dans le système de contrôle appliqué au champ sanitaire et médico-social** :

- **un cloisonnement au sein de chaque réseau chargé du contrôle** (ARS d'une part, DRJSCS d'autre part), **à la fois** :
 - o en interne à chaque structure régionale,
 - o entre le niveau régional et ses antennes départementales,
 - o entre structures régionales similaires (l'échange de pratiques s'organise au plan national à travers un Réseau Inspection Contrôle, mais les coopérations effectives restent rares entre ARS par exemple) ;
- **un manque de coopération entre ces 2 réseaux et leurs multiples partenaires potentiels** :
 - o de **nombreux services déconcentrés de l'Etat** contribuent à la mission de contrôle, tout en ayant des pratiques très hétérogènes en la matière, ce qui ne favorise pas la coordination avec les ARS et DRJSCS : directions régionales des finances publiques (DRFiP) pour **la partie financière des contrôles**, directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRRECTE) pour **l'application du droit du travail** dans les établissements contrôlés, directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) pour les activités d'insertion dans le logement ou **la qualité de l'habitat** dans certaines structures, directions régionales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF) pour les inspections relatives à **l'hygiène alimentaire** dans les établissements médicalisés, par exemple
 - o **les Conseils généraux partagent la compétence** d'autorisation, de financement et de contrôle de nombreux établissements avec l'ARS : EHPAD, FAM, SAMSAH, CAMSP, SPASAD. Pourtant, la mission IGAS constate qu'il n'existe pas de coordination structurée, dans les différentes régions, entre les ARS et les Conseils généraux autour des contrôles
 - o **les Conseils régionaux** n'ont pas formé de partenariat avec les ARS / DRJSCS alors qu'ils ont une compétence conjointe pour la formation des professionnels sociaux et paramédicaux
 - o **la coordination ARS / DRJSCS et Agences nationales est difficile** : si la HAS a mis en place des outils de coordination avec les ARS, ils restent peu mobilisés ou dans des délais incompatibles avec les impératifs de contrôle, tandis que **l'ANESM est défavorable à un échange d'information avec les ARS** dans le cadre des évaluations externes. Dans les deux cas, les Agences nationales et régionales manquent de référents internes identifiés pour mieux communiquer et se coordonner.

Au total, l'enquête réalisée par l'IGAS révèle qu'**aucune des 26 ARS interrogées ne possède de connaissance exhaustive de ses différents partenaires potentiels, ni de vision des missions de contrôle sur lesquelles ils pourraient collaborer**. De même, le rapport pointe une forte méconnaissance des accords-cadres nationaux ou régionaux qui ont pu être conclus entre l'Etat et les agences nationales, ou entre services déconcentrés de l'Etat par exemple.

Plus généralement, **le rapport alerte les autorités sur la nécessité d'agir rapidement pour donner un cadre cohérent et des lignes directrices à la coordination des acteurs et des différentes démarches** dans le champ sanitaire et médico-social. En effet, face aux contraintes qui leur incombent (25 000 ESSMS dont le renouvellement d'autorisation doit intervenir d'ici 2017, réduction des moyens des administrations déconcentrées pour assumer leur charge de travail...) **les ARS ont lancé des initiatives diverses, qui risquent de complexifier encore, à terme, l'articulation des référentiels et des démarches**. Les préconisations des inspecteurs se concentrent donc sur le cadre général à donner aux acteurs locaux.

Un triple enjeu pour les années à venir

Le rapport identifie **3 objectifs stratégiques pour l'articulation des différentes démarches et acteurs** impliqués dans l'amélioration de la qualité des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux :

- **préserver les différentes démarches à l'œuvre**, car elles répondent à des logiques spécifiques et complémentaires : ainsi les inspecteurs ne préconisent-ils pas de supprimer ou fusionner certaines missions de contrôle ou de substituer une démarche à une autre ;
- **améliorer la lisibilité de ces démarches**, à la fois pour les agents des ARS / DRJSCS et pour les acteurs du champ sanitaire et médico-social ;
- **développer les articulations entre ces démarches** pour optimiser l'exploitation des données qui en découlent, cibler les contrôles et mieux les préparer.

Un cadrage national des missions d'évaluation / certification / contrôle

Il s'agirait de formaliser les articulations entre les différentes démarches et de faciliter la transmission des données, selon les principes suivants :

- fin de l'implication des ARS dans la préparation des certifications ou dans la lecture des résultats des évaluations internes des ESMS (sous réserve d'une expertise plus poussée concernant ce point) ;
- en revanche, **lien explicite entre rapport de certification, d'évaluation externe et mission d'inspection contrôle**, d'où la nécessité d'améliorer les signalements réciproques HAS / ARS, mais également de **mettre en place des liens systématiques entre les ARS et les évaluateurs externes** :
 - o transmission par l'ARS à l'évaluateur en amont de l'évaluation, des derniers résultats d'inspections pratiquées dans l'ESMS concerné les 4 années précédentes,
 - o signalement des dysfonctionnements potentiellement graves par l'évaluateur à l'ARS, en cours de démarche.
- recherche d'une **cohérence des référentiels et normes dans le secteur médico-social** afin de faciliter leur utilisation (clarifier le statut des recommandations de bonnes pratiques par exemple, actualiser les grilles de contrôle nationales pour la lutte contre la maltraitance, élaborer un cadre pour les synthèses informatisées des recommandations de l'ANESM),
- **adoption d'un cadre homogène pour les évaluations externes**, qui identifie les indicateurs à renseigner et qui facilite l'exploitation des données en vue des contrôles et autorisations,
- **amélioration des transmissions de données** à l'ARS par les experts HAS, mais également pour les évaluations externes d'ESMS : **accélération du remplissage de la synthèse et de l'abrégié et obligation de transmission électronique des rapports** par les établissements,
- **mise en place d'une « carte d'identité qualité »** synthétisant les informations issues des différentes démarches, **pour un établissement sanitaire ou un ESMS donné**.

Une meilleure articulation des différents acteurs

La mission préconise, au travers de ses deux rapports, **différentes pistes pour améliorer la coordination des acteurs concernés, à tous les niveaux** :

- **pour les ARS** :
 - o création d'un dispositif transversal au sein de chaque ARS, favorisant la coordination entre Inspection / contrôle, agents référents des certifications ou évaluations, et services chargés des autorisations ;

- sensibilisation des directeurs généraux et des agents des ARS aux différentes missions et à leurs articulations ;
- **pour les DRJSCS :**
 - renforcement du rôle de pilote de la direction régionale en matière de contrôle
 - meilleure transversalité de la fonction contrôle à travers un Programme annuel commun à tous les pôles et services de chaque direction départementale
- **entre ARS et DRJSCS :** passage de protocoles / conventions permettant de coordonner les contrôles et définissant des thèmes prioritaires d'inspection commune ;
- **entre ARS/DRJSCS et autres services de l'Etat :** formaliser des partenariats bilatéraux autour d'un socle commun, et organiser la concertation, notamment en amont de la planification des contrôles
- **avec les collectivités territoriales :** passer des conventions dans les régions volontaires, autour du contrôle commun des établissements de formation sociale ou paramédicale, et organiser la coopération ARS / Conseils généraux (présentation de leurs programmes de contrôle respectifs puis organisation de contrôles en commun dans le cadre de conventions, et généralisation des commissions mixtes de traitement des plaintes et réclamations)
- **avec les agences nationales :** mise en ligne sur le réseau national des agents de contrôle des ARS (RESIC) les conventions et accords-cadres déjà en vigueur et accélérer la signature des accords en cours, identification dans chaque ARS de référents HAS et ANESM, et réciproquement ;
- **échanges de bonnes pratiques entre agents de contrôle des différentes ARS** dans le cadre du RESIC, et signature de conventions pour des contrôles communs.

Les enjeux et problématiques

◆ L'indispensable harmonisation des supports d'évaluation externe : un risque de nivellement par le bas ?

Si les inspecteurs de l'IGAS soulignent combien l'harmonisation des référentiels et de la trame de rapport d'évaluation externe représente un travail de grande ampleur, au risque d'invalider la possibilité même d'une telle harmonisation, ils insistent cependant sur le **caractère indispensable de cette normalisation** de l'évaluation, et sur l'enjeu d'y procéder au plus vite afin d'éviter la multiplication de référentiels distincts, plusieurs ARS ayant déjà travaillé séparément sur le sujet.

De fait, la normalisation des référentiels et des supports de restitution des évaluations externes présente des intérêts multiples :

- pour les évaluateurs externes habilités, qui seraient moins confrontés à l'insécurité juridique que représente une sanction de l'ANESM en cas de rapport non conforme ;
- pour les opérateurs du champ social et médico-social, qui seraient ainsi moins exposés au risque d'évaluations non conformes et à l'obligation de réitérer la démarche avec un autre évaluateur, toujours à leurs frais et dans les délais réglementaires requis ;
- pour les associations gestionnaires de plusieurs établissements, qui pourraient consolider plus facilement les résultats des évaluations et identifier les pistes d'action prioritaires au plan associatif ;
- pour les financeurs des ESMS, qui pourraient exploiter plus aisément les résultats des évaluations, à la fois dans la perspective des renouvellements d'autorisation et des CPOM, mais également pour leur propre politique de contrôle et d'inspection des différentes structures.

Cependant, une telle normalisation, telle que décrite par l'IGAS, comporte un risque d'**assimilation de l'évaluation externe aux procédures de certification hospitalière. Une telle évolution n'apparaît pas souhaitable en raison des spécificités du secteur auquel s'applique l'évaluation :**

- la diversité des ESMS concernés, de leurs missions, de leur public et de leur histoire ne permet pas d'envisager un référentiel unique pour toutes les structures, mais tout au plus un socle commun ;
- ce socle commun ne devra pas intégrer un contrôle exhaustif de la conformité des ESMS à l'ensemble des normes qui leur sont applicables : une telle tâche, chronophage, est incompatible avec les budgets que les établissements peuvent consacrer à l'évaluation, et annihilerait toute possibilité de consacrer du temps à l'évaluation de la qualité des prestations (au-delà de la sécurité), ce qui est pourtant l'objectif principal de la démarche ;
- une normalisation excessive du référentiel, et l'évolution vers un rapport pré-formaté intégrant essentiellement des indicateurs de conformité, risque d'empêcher la valorisation des bonnes

pratiques des établissements ainsi que la description fine des actions mises en œuvre et des effets obtenus ;

- en parallèle, l'IGAS elle-même reconnaît que la procédure de certification, pourtant très normée, ne permet pas un contrôle exhaustif ni une articulation fluide avec les procédures de contrôle et de contractualisation. Le gain potentiel d'une convergence entre évaluation externe et certification hospitalière serait donc limité pour les financeurs, tandis que la préservation des spécificités de l'évaluation paraît plus stratégique pour son acceptabilité par les différents acteurs concernés.

Il s'agira donc, pour les acteurs impliqués dans l'élaboration de ces supports-types, de **trouver un juste équilibre** entre la normalisation / sécurisation de ce processus, et la préservation de ses spécificités.

◆ **Le décloisonnement des politiques sanitaires et médico-sociales : illusion ou objectif de long terme ?**

Trois ans après la création effective des Agences Régionales de Santé, dont l'objectif était de décloisonner le pilotage des politiques sanitaires et médico-sociales en région, **force est de constater la multiplicité des cloisonnements qui persistent** au sein des Agences et plus largement, parmi les acteurs publics chargés de ces politiques.

Ainsi, parmi les freins évoqués dans le rapport pour articuler les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge sanitaires et médico-sociales, la plupart ont trait aux cloisonnements entre les différents acteurs du système, y compris en interne aux deux réseaux principalement concernés par ces missions. **La mise en place d'Agences « transversales » n'aura pas permis, dans un premier temps, de mettre fin aux cloisonnements des politiques sanitaires et médico-sociales mais aura simplement conduit les acteurs concernés à inventer de nouveaux modes de concertation** (d'ailleurs distincts d'une région ou même d'un département à l'autre) entre ces deux mondes.

Plus préoccupant encore, dans un contexte de contractualisation fondée sur des objectifs d'amélioration de la qualité et sur des indicateurs de résultat, le rapport constate qu'**aux cloisonnements entre santé et champ médico-social, s'ajoute un manque de dialogue au sein de chaque institution entre services chargés des autorisations, agents destinataires des données d'activité des établissements, et services chargés du contrôle.**

Aussi, « l'empilement des démarches » qui caractérise le champ médico-social n'est-il pas le seul élément démobilisateur pour les responsables d'ESMS : la multiplicité de leurs interlocuteurs et le manque de coordination de ces derniers sont également un facteur potentiel de déshérence du dialogue entre financeurs et acteurs du secteur. Le rapport IGAS ne prend en compte qu'une partie de ces difficultés, lorsqu'il préconise une meilleure concertation entre les agents chargés du contrôle au sein des différentes institutions.

Sans méconnaître les efforts déployés par les différentes ARS pour lutter contre les cloisonnements évoqués, il reste encore beaucoup à faire, à l'aube du quatrième anniversaire de la loi du 21 juillet 2009, pour **mettre fin à la politique en « tuyaux d'orgue » qui caractérise le secteur, et pour répondre de manière transversale et cohérente aux besoins des usagers.**

◆ **Quelle place pour l'ANAP ?**

De manière surprenante, malgré la multiplicité des acteurs cités par chacun des deux rapports publiés par Françoise Schaezel et Jean-Jacques Tregogat, **la place accordée à l'Agence Nationale d'Appui à la Performance est très réduite, aussi bien dans les constats que dans les recommandations des deux rapports.** Les quelques citations sont limitées à l'évocation des contrats de performance conclus entre l'ANAP et certains établissements de santé, et passent totalement sous silence les autres interventions de l'Agence, au risque de nier les missions accordées à l'ANAP par la loi du 21 juillet 2009 : « l'ANAP a pour objet d'**aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre [...]**».

Le manque de prise en compte de cet acteur incontournable de la qualité dans le secteur sanitaire et médico-social, **prive les deux rapports d'une réflexion nécessaire sur l'articulation de l'ANAP avec d'autres Agences et Autorités (HAS, ANESM, ARS)**, à la fois dans la contractualisation avec les établissements, dans la publication de référentiels et dans l'évaluation de leur mise en œuvre. Cela est d'autant plus regrettable que l'enquête auprès des ARS relève la rareté des coopérations entre ARS et ANAP, et que **les acteurs du champ médico-social sont aujourd'hui exposés à un enchevêtrement des rôles respectifs, ainsi qu'à des incohérences de doctrine et d'approche, entre l'ANAP et l'ANESM.**