

Nous poursuivons la publication d'articles d'Anne DUSART, concernant l'évaluation de la qualité. Dans le numéro précédent du bulletin d'informations de décembre 2003, nous avons présenté « Panorama des outils existants » et « Présentation du guide ANCREAI ».

Dans un prochain article, Anne DUSART présentera les options concernant le contenu et les critères de qualité du guide de l'ANCREAI.

L'évaluation interne de la qualité

Les principes de la méthode d'évaluation proposée par l'ANCREAI

par *Anne DUSART*, conseillère technique du CREAI de Bourgogne

Cet article passe en revue les principes de construction adoptés et les options retenues par l'ANCREAI pour élaborer sa méthode d'évaluation. Nous expliquerons les choix effectués en les confrontant à ceux des autres outils existants, et nous pointerons certains problèmes restant à résoudre.

Les idées initiales, qui ont servi de point de départ pour positionner la perspective d'évaluation, sont les suivantes :

- une démarche d'**évaluation interne**,
- le **principe participatif** d'une évaluation associant tous les personnels,
- un **outil diagnostic** avec une finalité d'aide au pilotage du changement,
- l'objet de l'évaluation : **la qualité de l'intervention**,
- le point de vue privilégié : **le bénéfice de l'utilisateur**,
- le principe d'exhaustivité : un **diagnostic pluri-dimensionnel**,
- l'**aspect générique** : un outil unique couvrant tout le champ de l'action sociale.

Les principaux ingrédients, qui ont servi de repères pour l'élaboration de l'outil et de la démarche d'évaluation correspondante, sont les suivants :

- les enseignements de l'expérience des CREAI,
- les remontées du terrain (expérimentations, consultations diverses),
- les intentions supposées du législateur,
- l'avis du comité expert mis en place par l'ANCREAI,
- l'acceptabilité d'une démarche évaluative dans le secteur et les points d'achoppement possibles,
- les leçons tirées des autres méthodes (leurs bonnes idées et leurs écueils).

C'est ce repérage qui nous servira de fil conducteur, en explicitant au passage les choix terminologiques opérés. Nous faisons état là d'éléments qui étaient présents dès le départ, et qui correspondent à un point de vue partagé par le groupe de travail de l'ANCREAI, mais aussi de réflexions ultérieures qui nous sont propres.

Au moment où l'ANCREAI s'est lancée dans la construction d'un guide de l'évaluation, la mise en place d'un système d'évaluation de la qualité paraissait inéluctable¹, même si nul ne savait pour quelle forme d'évaluation le législateur allait se prononcer (auto-évaluation et/ou évaluation externe, dispositif de type accréditation, référentiel inspiré du manuel d'accréditation ou d'Angélique ?)².

Nous considérons que puisque l'évaluation était à l'horizon, autant s'y préparer et proposer un dispositif adapté. Compte tenu de la manière dont était reçue l'accréditation dans le sanitaire (les professionnels dans leur grande majorité semblaient y aller à reculons), et des retours que nous avons des démarches qualité qui commençaient à s'appliquer dans le secteur, nous pensions important de préparer l'action sociale à la perspective de l'évaluation, de convier les professionnels à une réflexion sur les méthodes et critères d'évaluation pertinents pour scruter les pratiques, et d'élaborer un outil qui puisse, le jour venu, être proposé comme support d'évaluation.

Même si l'action sociale a longtemps été rétive à l'objectivation, au nom de la complexité du travail social et de la singularité de la relation d'aide, il existait dans les structures tout un réservoir de repères qui pouvaient être recueillis, réutilisés et valorisés pour avancer dans ce travail, pour peu qu'on se donne les moyens de capitaliser les acquis des travaux évaluatifs menés depuis des années. Ainsi, pour une part, il s'agissait de charpenter des repères d'évaluation qui existaient dans le secteur à l'état informel ou isolé. Pour le reste, il importait de se mettre d'accord sur ce qui constitue des actions de qualité, et d'identifier ce qui conditionne la mise en œuvre et la conduite de ces « bonnes pratiques ». En participant à cette démarche, les professionnels contrecarraient le risque de se voir imposer des critères inadaptés à leur secteur d'activité et de se sentir agis (voire persécutés) par des pressions extérieures qui s'imposeraient comme des exigences parachutées et construites selon des logiques trop étrangères au secteur.

Partant de là, des choix initiaux ont dessiné les contours de l'outil et de la démarche de mise en œuvre de l'évaluation.

Une démarche d'évaluation interne : ni audit externe, ni auto évaluation

Nous nous sommes résolument situés d'emblée dans la perspective d'élaborer une démarche d'évaluation interne. Si nous n'avons pas opté pour la perspective d'une évaluation externe, ce n'est pas par hostilité au principe de l'évaluation externe, mais c'est en considérant que, pour qu'elle ait des vertus pédagogiques et enclenche de véritables améliorations, elle doit être précédée par une étape d'évaluation interne. C'est d'ailleurs bien ce modèle qui a été retenu pour l'accréditation dans le sanitaire³.

Il y a à cela deux raisons : d'une part une question d'acceptabilité pour les acteurs et, d'autre part, c'est la question même de la richesse de l'évaluation qui est en jeu.

En matière d'évaluation de la qualité, une démarche d'évaluation expertale où un consultant vient passer l'institution au crible d'une batterie de critères pré-construits, fussent-ils bien choisis, ne saurait permettre l'appropriation de la démarche et des résultats par les professionnels concernés. Elle suscite au contraire des réactions de résistance au changement, fondées sur une réfutation de légitimité, de pertinence, de transparence et d'un savoir venu d'ailleurs, structurellement entaché d'une collusion savoir-pouvoir lorsque la commande émane d'une instance hiérarchique directe ou indirecte (direction, association ou autorité de contrôle).

¹ Et même souhaitable à nos yeux, compte tenu du potentiel d'amélioration de la qualité qu'une évaluation bien conduite recèle

² Il était question à ce moment là que le secteur médico-social soit rattaché au sanitaire et relève des Agences Régionales d'Hospitalisation, qui élargies également à la médecine de ville, se seraient appelées Agences Régionales Sanitaires et Sociales.

³ Dans l'attente des intentions du législateur, nous souhaitons promouvoir une démarche d'évaluation interne, en espérant que l'obligation législative n'envisagerait pas la seule évaluation externe, mais bien un couplage cohérent entre ces deux niveaux d'évaluation complémentaires.

Quant bien même cette évaluation serait acceptée et les acteurs « joueraient le jeu » d'une certaine transparence, un observateur extérieur ne peut, dans le temps généralement imparti à ce type d'activité, que pointer les aspects les plus saillants des fonctionnements et dysfonctionnements ; une grande part de ce qui fait en profondeur la qualité lui échappant⁴.

Mais à l'opposé, il nous a semblé qu'il convenait d'éviter les auto-évaluations (dans le sens d'évaluation auto-référencées), celles où les équipes se donnent leurs propres critères d'évaluation (qu'elles soient ou non accompagnées par un intervenant extérieur), car il importe aux évaluateurs de prendre de la distance par rapport à leurs pratiques et à l'organisation du travail à laquelle ils participent. Une démarche auto-centrée fait courir le risque de tomber dans l'auto-célébration ou l'auto-flagellation (selon l'humeur du moment), faute de repères précis sur ce qui est reconnu comme qualité par la communauté professionnelle et ce qui est attendu par la société civile et exprimé via les politiques d'action sociale. Une évaluation de la qualité ne peut se couper des attentes de la société à l'égard de la structure pour se focaliser sur les seules attentes des acteurs internes (que ce soit celles des personnels ou celles des usagers présents). On sait que l'auto-évaluation d'un équipement ne fournissant pas (ou plus) des services adéquats aux besoins repérés peut être excellente. On peut toujours proposer une prestation de grande qualité ; si elle ne répond pas aux problèmes rencontrés dans les situations des personnes, elle ne sert à rien. L'utilité est bien le premier élément de la qualité (nous y reviendrons à propos de la place centrale que notre démarche donne à l'examen du projet d'établissement).

Nous avons donc préféré parler d'*évaluation interne*, qui n'est ni celle réalisée par un expert extérieur, ni celle réalisée par les professionnels sur la base de leurs propres références, mais bien une évaluation menée par les acteurs, sur la base d'un référentiel pré-établi, qui pousse à explorer la qualité dans tous ses recoins (et pose non seulement la question de « est-ce qu'on fait bien ? » mais aussi « est-ce que ce qu'on fait correspond bien à ce qui est utile, ce qui est attendu de nous ? »)⁵.

Si le dispositif d'évaluation proposé ne se situe, ni du côté d'une observation expertale externe, ni tout à fait du côté du discours des acteurs, c'est en grande partie grâce à la médiation du référentiel. Nous reprenons la notion de *référence* (élément extérieur à quoi quelque chose peut être rapporté, et en matière d'évaluation : ce par rapport à quoi un jugement de valeur est porté, et l'opposition classique entre *réfèrent* et *référé*⁶).

Evaluer dans cette perspective, c'est mettre en relation un référé (ce qui est constaté, voire mesuré) avec un réfèrent (ce qui joue le rôle de norme, ce qui doit être, le modèle, l'objectif poursuivi). Le référé est ce à partir de quoi le jugement de valeur est porté. La démarche d'évaluation consiste alors en une réflexion (pour ne pas la réduire à une mesure) sur l'écart entre le réfèrent (qui fixe l'état final souhaité) et le référé, qui désigne la partie de la réalité choisie comme matériau pour cette réflexion ou cette mesure.

Construire un référentiel d'évaluation consiste alors à dégager un système d'attentes pertinent et à identifier des phénomènes témoins de la qualité grâce à des critères. L'expérience montre que toutes les activités peuvent trouver leurs indicateurs de qualité, même si les phénomènes étudiés paraissent a priori difficilement appréhendables ou non objectivables.

Le fait de s'appuyer sur un référentiel rapproche la méthode d'évaluation proposée par l'ANCREAI de la méthode PASS (quoi qu'elle ait été conçue pour une évaluation externe), de l'accréditation (l'évaluation interne, comme la visite d'accréditation, s'opèrent sur la base d'un manuel d'objectifs et de références), de la grille Angélique et de bien d'autres outils.

⁴ Nous en avons l'expérience, en réalisant par ailleurs des audits à la demande d'administrations de contrôle, d'associations ou des directeurs d'établissements eux-mêmes.

⁵ Pour éviter les confusions, nous ne parlerons donc pas d'auto-évaluation (alors que nombre de publications utilisent indifféremment auto-évaluation ou évaluation interne).

⁶ Que l'on trouve développée chez des auteurs tels :

- HADJI Charles « *L'évaluation, règles du jeu. Des intentions à l'action* », ESF, Paris, 1989
- LESNE M. « *Lire les pratiques de formation d'adultes. Essai de construction théorique à l'usage des formateurs* », EDILIG, Paris, 1984
- BARBIER J-M. « *L'évaluation en formation* », PUF, Paris, 1985
- FIGARI Gérard « *Evaluer : quel référentiel ?* », De Boeck, Bruxelles, 1994

En revanche, la méthode proposée est bien une méthode d'*évaluation*, requérant une investigation pour confronter les réalités observées au référentiel, et non une charte d'engagements incitant à se rapprocher d'un modèle, comme l'ont fait certaines associations ou fédération d'associations qui, partant de la charte de valeurs inscrite au fronton de leur projet, en déduisent un certain nombre de caractéristiques de la prestation, essentiellement vue sous l'angle déontologique. Cette approche n'incite pas à vérifier ce qu'il en est, à confronter le déclaratif à l'effectif, alors que le guide de l'ANCREAI est une méthode d'exploration de ce qui fonde les pratiques. L'outil est conçu pour être le support d'une collecte de données (examen de documents, observations de pratiques, de dispositifs, des locaux, recueil d'avis, etc) permettant de confronter l'impression première que les personnels ont d'être proches ou éloignés d'un prérequis, à la réalité en allant voir ce qu'il en est (le guide indique les objets à observer et les critères d'analyse de la qualité à leur appliquer)⁷. Des outils tels que PROMAP proposé par l'UNAPEI s'en tiennent en revanche à établir « une photographie de la qualité perçue » par les professionnels et usagers, à partir de recueils d'avis mais sans examen de documents et pratiques.

Dans cette volonté de conduire une démarche évaluative permettant de passer du déclaratif à l'effectif, nous rejoignons la définition proposée par J-M. DE KETELE et X. ROEGIERS pour lesquels 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* »⁸.

S'il est habituel, le recours à un référentiel ne fait cependant pas l'unanimité parmi les spécialistes de l'évaluation. Certains proposent en effet des évaluations sans référentiel pré-établi, soit parce qu'ils n'en disposent pas qui soient adaptés au champ social, soit parce qu'ils considèrent qu'il n'y aurait pas de critères externes, immanents, qui surplomberaient les structures. Selon les cas, ils partent d'un travail d'énonciation des objectifs, d'observation des pratiques, d'observation des résultats obtenus⁹, d'analyse des besoins des usagers, ou de description des processus et rédaction de procédures¹⁰. Ils peuvent secondairement construire avec les acteurs des batteries d'indicateurs spécifiques (signes qui concrétisent l'atteinte des objectifs, la bonne application des procédures...) mais ne confrontent pas l'ensemble du fonctionnement et de l'activité à un ensemble de critères de qualité préalablement élaborés.

Nous considérons également que le travail d'énonciation des objectifs est toujours à la base d'une démarche d'évaluation¹¹, mais que disposer d'un référentiel adapté permet de gagner du temps et donc d'aller plus loin dans l'évaluation proprement dite en fournissant une grille de lecture et une incitation à explorer toutes les facettes de la qualité. Il ne doit pas être utilisé dans une logique de conformité, car l'instrumentalisation du référentiel détournerait du sens de la démarche. C'est pourquoi le guide de l'ANCREAI se désigne volontiers comme un « répertoire de bonnes questions » plutôt que comme un « référentiel de bonnes pratiques ». Il s'agit d'un *guide* plutôt que d'un *manuel*, en ce sens qu'il propose des références d'évaluation (prérequis et critères de qualité) conçues pour guider le questionnement sur l'évaluation des pratiques et non pour le clore dans un rapide examen d'une norme atteinte ou non.

Nous assumons cette position consistant à se doter d'un référentiel, au risque de voir critiquer les repères de qualité retenus (jugés selon les cas trop normatifs ou pas assez exigeants ; nous reviendrons plus loin sur la question délicate de leur choix). Au-delà du guide réalisé, l'évaluation proposée est une posture, et il convient toujours de privilégier la méthode sur le référentiel (lui-même évolutif)¹².

⁷ Ainsi par exemple, l'examen des dossiers des personnes accueillies supposera d'étudier un échantillon judicieusement choisi à partir d'une batterie de critères portant à la fois sur leur caractéristiques formelles (classement et actualisation des dossiers, datation, signature et lisibilité des pièces...) et sur leur contenu (présence et nature des différents bilans, consignation des attentes des usagers, évaluation des projets individuels...)

⁸ "Méthodologie du recueil d'informations", De Boeck, Bruxelles, 1993

⁹ Modus 96, méthode d'évaluation proposée par Christian ROSSIGNOL.

¹⁰ C'est le cas des démarches qualité issues du secteur marchand où il peut être fait quasiment l'impasse sur l'évaluation au profit d'un travail de rédaction des procédures, dont on évaluera ensuite l'application.

¹¹ Les objectifs que se donne la structure, confrontés aux missions officiellement dévolues et aux besoins locaux font, d'emblée l'objet d'un examen (plan sur le projet d'établissement ou de service).

¹² Voir à ce sujet BARREYRE Jean-Yves « *L'évaluation dans le domaine éducatif et social : méthode ou référentiel ?* », La nouvelle revue de l' AIS, n° 20, 4^{ème} trimestre 2002.

Si le référentiel est un bon outil, encore faut-il qu'il soit adapté au secteur. Il nous apparaît que les modèles à prétention universelle, importés d'autres champs et construits très à distance des pratiques, sont plutôt inappropriés, dans la mesure où ils sont peu incitateurs à entrer dans la qualité des pratiques elles-mêmes¹³. Par ailleurs, les modèles endogènes, conçus à l'intérieur par les praticiens, sont souvent insatisfaisants parce que parcellaires, jargonnants, peu exigeants. Nous pensons que de ce point de vue, les CREAI sont à « bonne distance » pour élaborer un référentiel à la fois adéquat et exigeant.

La démarche est adaptée au secteur du fait de ses conditions d'élaboration. Outre les expérimentations sur le terrain et les consultations diverses, le guide a été construit à partir des enseignements tirés de l'expérience des CREAI qui, de par leur mission, interviennent auprès des équipes professionnelles, des organismes gestionnaires et des pouvoirs publics, dans des actions d'aide à la décision, d'aides méthodologiques à l'élaboration de projets, d'observation des besoins des populations. Aussi, en construisant le guide, les CREAI ont observé, organisé et modélisé cette connaissance et expérience des acteurs de terrain, tout en s'en écartant là où cela est apparu utile.

L'évaluation interne proposée par l'ANCREAI est doublement guidée : nécessairement guidée par le référentiel qui propose une sorte de parcours fléché, mais aussi guidée par l'accompagnement d'un intervenant formé à cet effet. On pourrait concevoir que les professionnels évaluent en se laissant simplement guider par le référentiel et ses fiches techniques, mais cela nous est apparu non souhaitable car à la fois lourd et périlleux, peu propice au déroulement dynamique de l'évaluation. En effet, une stratégie d'évaluation interne, qui se voudrait totalement auto-administrée par les professionnels de terrain, conduirait vraisemblablement à de décourageants et chronophages tâtonnements, à des bricolages méthodologiques rendant moins fiables les observations, ou à des arbitrages « arbitraires » rendant discutables les conclusions.

Cependant la culture de l'évaluation se diffusant, cette question sera peut-être à reconsidérer. En réponse à des critiques sur sa lourdeur et sa complexité, le guide a été à plusieurs reprises retravaillé, afin de le rendre plus simple et plus lisible (ce qui reste à parfaire), afin notamment que sa forme ne soit pas en elle-même génératrice d'un besoin d'accompagnement.

Le principe participatif d'une démarche associant tous les personnels

Cette évaluation interne est aussi une évaluation participative, c'est-à-dire qui implique l'ensemble du personnel, et non la seule direction ou l'équipe des techniciens¹⁴. Cette option n'est en rien spécifique à la démarche proposée par le CREAI puisqu'on la retrouve dans la plupart des démarches évaluatives portant sur la qualité, bien que les modalités d'organisation puissent donner à cette participation des consistances variables¹⁵.

Ce choix d'une participation large répond à deux nécessités : d'une part, il en va de la qualité même de l'évaluation, d'autre part, il en va de la dynamique de changement ultérieur. En effet, la qualité de l'évaluation suppose une appropriation par chacun des critères de qualité retenus, un examen collectif des réalités institutionnelles, un débat sur l'appréciation qu'on en fait au regard des critères proposés, et s'avère le seul moyen de produire un diagnostic partagé, socle d'une véritable amélioration de la qualité.

¹³ Outre le fait que le vocabulaire employé n'est pas toujours (loin de là) approprié. Nous avons vu des équipes remplir des questionnaires où elles devaient indiquer le traitement réservé au « rebus » dans leur institution !

¹⁴ Sous les modalités que nous avons indiquées précédemment si la totalité du personnel est informée des tenants et aboutissants de la démarche, consultée dans le cadre des investigations et associée à la restitution et validation finale des conclusions, c'est un groupe de travail composé d'une dizaine de personnes de chaque secteur et fonction de la structure qui réalise l'évaluation proprement dite (ce qui inclut la consultation de nombreux collègues).

¹⁵ Ce qui caractérise la démarche proposée par l'ANCREAI est peut-être l'importance donnée aux « croisements de regards » dans l'analyse de la qualité, c'est-à-dire le fait que chaque catégorie de personnel n'examine pas ce qui le concerne en propre (son service, son organisation, ses pratiques,...) mais contribue à évaluer tous les angles de la qualité de la prestation, et donc des dimensions de la structure qui peuvent lui être a priori relativement étrangères. Ceci étant, certains outils disponibles n'explicitent pas toujours les modalités d'application de l'évaluation qu'ils proposent, ce qui rend la comparaison partielle.

La participation de tous procure d'abord à la collecte d'informations une richesse inégalable : les écarts entre ce que sur une même réalité voient un psychologue et un économiste, un éducateur et un homme d'entretien, un directeur et un médecin, sont riches d'enseignements à l'égard de la question globale de la qualité dans une institution. Affiner les critères et indicateurs d'évaluation constitue déjà en soi pour une équipe une occasion privilégiée de revisiter, critiquer et réajuster ses représentations, et les rigidités progressivement sédimentées dans la routinisation des pratiques. Le jeu des regards croisés favorise l'affinement des critères spécifiquement pertinents pour la structure considérée et l'objectivation des données recueillies. Il aide à les contextualiser, à les rapprocher d'autres éléments signifiants, à les apprécier à la lueur de l'expérience de chacun, nécessairement différente selon la fonction occupée dans l'institution. Bref, ce « regard croisé » facilite le travail consistant à « faire parler » les données recueillies, tant il est vrai comme le disait Emile DURKHEIM que « *les faits ne parlent pas d'eux-mêmes* ».

La méthode participative a été retenue pour des raisons pédagogiques élémentaires, ayant trait à la légitimité de l'appréciation finale portée et à l'appropriation des conclusions. Une méthode d'évaluation intégrant la confrontation des points de vue permet de trancher valablement les inévitables divergences d'appréciation. En cela, les critères d'évaluation listés dans le guide favorisent le dépassement des points de vue individuels, en faveur de définitions de la qualité qui transcendent les « particularismes » de chacun, au profit d'un accord qui s'élabore sur ce qui fait qualité à l'échelle d'une institution.

Il s'agit d'établir un diagnostic partagé et validé par tous les personnels, de se mettre d'accord sur ce qui va et ne va pas, de convenir de ce qui constitue des points forts et des points faibles dans le travail commun et le service rendu à l'utilisateur. Faire réaliser l'évaluation par ceux qui vont en gérer les résultats prend évidemment beaucoup de temps mais s'avère efficace, tant l'appropriation des résultats fonctionne comme condition d'évolution des pratiques et d'amélioration de l'organisation, comme moteur d'un changement réel et pertinent.

Au passage, la méthode proposée produit des effets formatifs non négligeables et réutilisables bien au-delà de l'évaluation en cours : outre qu'il favorise l'adoption d'un langage commun, le guide permet de s'imprégner de repères de qualité tirant vers une plus grande exigence, et élargissant le point de vue sur ce qui fait qualité. Quant à la méthode, elle développe une culture de l'observation permettant, comme on l'a vu, de passer du déclaratif à l'effectif.

La guidance assurée par l'intervenant du CREAL vise précisément à concilier la rigueur objectivante nécessaire pour garantir la validité de l'évaluation et les aléas inévitables d'une démarche participative. Soutenir la dynamique participative des équipes, tout en préservant des écueils auxquels expose le parti pris de faire des acteurs les évaluateurs, n'est bien évidemment pas sans difficulté.

Le niveau de participation retenu est celui du personnel, dans son intégralité. C'est ainsi que nous avons choisi de ne pas y associer les usagers et les représentants de l'organisme gestionnaire. Pour ce qui concerne l'organisme gestionnaire, la raison en est simple : dès lors qu'il s'agit d'une évaluation interne, il ne saurait y avoir de regard extérieur, a fortiori celui de l'employeur¹⁶. En revanche, concernant les usagers, il y a matière à débat dans la mesure où une évaluation de la qualité des interventions, dont nous verrons plus loin qu'elle privilégie la qualité du point de vue l'utilisateur, aurait pu légitimement intégrer les usagers dans la procédure même d'évaluation.

Une participation intégrale à l'évaluation (par exemple sous la forme d'une association d'utilisateurs au groupe transversal) a d'emblée paru difficile compte tenu de la complexité de la démarche supposant, d'appréhender des objets d'évaluation souvent très « construits »¹⁷, d'étudier des critères parfois très techniques, et de conduire une investigation rigoureuse. Cette complexité (inéluçtable compte tenu de l'approche que nous avons de la qualité des interventions et dont nous reparlerons), rendait la démarche largement inaccessible à bien des utilisateurs, y compris sans doute leurs représentants (parents, tuteurs,...). Dans la mesure où nous n'avons pas opté pour une simple grille, listant des repères élémentaires, facile à

¹⁶ La situation est tout autre pour le directeur de la structure, qui bien qu'ayant reçu délégation d'employeur, contribue (éminemment compte tenu de sa position hiérarchique) à construire la qualité des prestations et de l'organisation qui les rend possible.

¹⁷ On peut par exemple penser au plan « Interventions de suppléance et/ou d'étayage »

comprendre et à remplir, la participation directe d'usagers à l'ensemble de l'évaluation semblait illusoire et aurait été purement démagogique.

Au-delà de ces motifs, nous souhaitons une évaluation de la qualité par les professionnels, leur donnant un espace de liberté et de confrontation entre eux pour exercer une critique constructive ; ce qui n'excluait pas une consultation des usagers, mais interdisait de les associer de bout en bout¹⁸.

Inclure le point de vue des usagers peut prendre deux formes, et correspond de fait à deux types de conduite de la démarche qui coexistent, sans que l'un ou l'autre des modèles ne soit pour l'heure adopté. La première option (que nous qualifierons de minimaliste) consiste simplement à s'assurer que, sur nombre de points, la structure se donne les moyens de recueillir le point de vue de l'utilisateur et d'en tenir compte (des items sont prévus à cet effet tout au long du guide, qu'il s'agisse de vérifier si les attentes de l'utilisateur et de sa famille sont consignées dans son dossier, si ces attentes sont prises en compte dans l'élaboration du projet individuel, mais aussi s'il existe des procédures de recueil et de traitement de l'avis des usagers sur les conditions de leur accueil et de leur séjour). C'est ce que préconise la plupart des outils existants, sous des modalités voisines.

La deuxième option (plus lourde) consiste, outre le fait de vérifier les points déjà cités, à recueillir l'avis des usagers au cours de l'évaluation elle-même¹⁹. D'une part, comme dans le premier cas,

on s'assure donc que la structure se donne les moyens « en routine » de prendre en considération le point de vue des usagers et, d'autre part, lors de l'évaluation, l'investigation s'appuie sur l'avis des usagers sur un certain nombre de points. Ainsi, en parallèle du rassemblement d'informations factuelles, le recueil d'avis ne se limite pas à l'avis des personnels, mais s'intéresse également à l'avis des usagers en l'appréhendant par le biais de questionnaires ou d'entretiens (individuels ou collectifs) selon les capacités d'expression des usagers²⁰. Sous des modalités adaptées, ils sont incités à se prononcer sur le respect de leurs droits, l'information dont ils disposent, la manière dont ils sont associés aux décisions les concernant, leurs regards sur les pratiques, leur avis sur la qualité des prestations hôtelières, leur perception de la qualité de vie qui leur est proposée, etc. Les résultats de ces consultations étant ensuite intégrés dans l'appréciation des différents plans concernés. Nous avons, pour notre part, pu vérifier la fécondité de ces consultations²¹. Cette approche rejoint, de manière nettement plus approfondie, les enquêtes de satisfaction fréquemment réalisées par les démarches qualité dans le cadre de ce qu'elles appellent « l'écoute-client ».

S'en tenir à la première solution peut paraître paradoxal dans une perspective qui, à l'instar de la loi du 2 janvier 2002, veut mettre l'utilisateur au cœur du travail social. Cependant, la deuxième approche pose d'autres problèmes : notamment celui de disposer de suffisamment de temps pour que les conseils méthodologiques fournis permettent au personnel de réaliser un véritable recueil d'avis, et que l'analyse des éléments collectés soit correctement exécutée²². Auprès de publics handicapés ou en difficulté, les investigations ponctuelles (en particulier sous la forme de questionnaires de satisfaction) trouvent vite leurs limites, par rapport à un recueil en continu des attentes et doléances des usagers (recueil qui ne renvoie d'ailleurs pas qu'à la simple « réception » de ce qui advient spontanément, mais requiert une attitude de sollicitation active). Cependant, s'en tenir à vérifier que de telles procédures existent ne donne pas la même place à l'utilisateur que d'incorporer

¹⁸ Rappelons que nous *conseillons* une restitution des principaux résultats aux usagers, libre à l'institution de le faire ou non et, si elle choisit de le faire, d'en choisir les modalités et le moment. En revanche, la restitution du travail du groupe transversal à l'ensemble du personnel fait partie intégrante de la méthode retenue.

¹⁹ Pour notre part, c'est cette option que nous pratiquons mais il s'agit d'une posture marginale au sein de l'ANCREAI.

²⁰ Par exemple, dans un Institut Médico-Educatif accueillant des enfants et adolescents déficients intellectuels, des jeunes ayant des moyens d'expression suffisants seront questionnés dans un dispositif de type table ronde et, en parallèle, un questionnaire sera adressé à un échantillon de familles.

²¹ Même si les usagers et leurs familles ont parfois du mal à s'exprimer pour toute une série de raisons (dont vraisemblablement le fait de ne pas « oser » trouver à redire à ce qui leur est proposé), il se trouve toujours quelques usagers pour formuler des remarques (positives ou négatives) qui étonnent les professionnels et complètent, nuancent, voire contredisent, leurs propres appréciations. Ces consultations ont aussi une fécondité pédagogique en montrant aux équipes, habituellement peu familiarisées à cette pratique, qu'un tel questionnement est à la fois possible et fructueux.

²² Ce qui suppose d'introduire des éléments de pondération liés aux biais de représentation des échantillons répondants, et d'opérer une confrontation équilibrée des résultats obtenus aux autres données collectées (que ce soit des observations ou l'avis des personnels).

directement son avis (quelles qu'en soient les modalités de recueil) à l'évaluation de la qualité des interventions. La question n'est actuellement pas tranchée au sein de l'ANCREAI.

A cet égard, nous rejoignons l'analyse de Jean-René LOUBAT selon laquelle, dans le domaine des services, la qualité se définit volontiers « *comme la réduction de l'écart entre les attentes des bénéficiaires (le « service attendu»), l'engagement du prestataire (le « service déclaré») et le service effectivement rendu. La diminution de cet écart dépend de la capacité du prestataire à mettre en œuvre ce à quoi il s'est engagé, mais aussi de la capacité à formaliser les attentes, parfois implicites, du bénéficiaire et à négocier le contenu possible des prestations avec ce dernier. [...] Cela nécessite des outils de consultation de leur point de vue. Une démarche qualité décentrée de cette évidence risque de glisser vers la qualité processuelle. La qualité processuelle vise à diminuer les coûts par une amélioration du processus de production ou de prestation, de distribution et de vente, mais pas nécessairement à améliorer la qualité intrinsèque du produit ou du service livré à la consommation* »²³.

Un outil diagnostic avec une finalité d'aide au pilotage du changement

Bien évidemment, évaluer la qualité d'une structure ne vise pas la production de connaissances en soi, mais s'inscrit dans une visée opérationnelle. La finalité de l'évaluation est d'améliorer la qualité : il s'agit de produire un diagnostic de la situation présente, permettant d'identifier les points forts (éventuellement à consolider ou développer) et les points faibles auxquels il faudra remédier.

Il existe à cet égard deux types d'approches. Dans une première approche (qui est à la fois la nôtre et la plus fréquente), la mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité se fait à partir d'un diagnostic initial précis des défaillances. Le principe consiste à se positionner dans un premier temps sur une échelle de qualité en appréciant la situation existante au regard d'un référentiel. Une fois les écarts identifiés, un plan d'amélioration de la qualité est arrêté pour développer des actions permettant de réduire ces écarts.

En revanche, une seconde approche met en place un programme qualité à partir d'une dynamique d'amélioration. On vise d'emblée à changer l'organisation dans sa culture et son fonctionnement pour ensuite évaluer la qualité et l'améliorer. L'objectif est de changer les mentalités et les comportements des professionnels, de leur faire prendre conscience de la nécessité d'un changement et ensuite de leur donner les moyens de conduire le changement. Il s'agit de susciter l'intérêt pour l'amélioration (notamment par des apports sur le management qualité) plutôt que d'en révéler la nécessité.

Bien évidemment les démarches qualité qui procèdent ainsi mettent l'évaluation en position subalterne, alors qu'elle constitue pour nous le socle de toute politique d'amélioration de la qualité. Dans leur recherche d'un fonctionnement optimal, les démarches qualité issues du monde de l'entreprise posent le principe du cercle vertueux de la qualité, faisant s'enchaîner étape d'évaluation et étape d'amélioration, puis à nouveau évaluation et amélioration, dans un cycle sans cesse recommencé. Or, dans ses applications à l'action sociale, nous avons pu constater que l'étape initiale d'évaluation était parfois sommaire, les améliorations apportées étant davantage dictées par une certaine conception du management que par l'existence de défaillances dûment constatées²⁴.

Si le fait de faire précéder l'amélioration de la qualité d'une phase d'évaluation n'a rien d'original, une des spécificités du guide de l'ANCREAI est cependant d'aller loin dans l'évaluation de la qualité (c'est-à-dire d'aller jusqu'au bout d'une phase diagnostique, elle-même approfondie) avant d'opérer des transformations. Le guide lui-même constitue un outil d'évaluation de la qualité, et non en soi un outil pour bâtir une politique d'amélioration de la qualité (ce qui nécessite le recours à d'autres outils complémentaires²⁵) : outre les

²³ « *Le social doit-il avoir peur de l'évaluation ?* », Lien Social, n° 477, mars 1999

²⁴ A minima, les améliorations peuvent alors être faiblement articulées aux défaillances. Au pire, nous avons connu des exemples où les modifications apportées renforçaient en les rationalisant des défaillances, faute de les avoir identifiées comme telles.

²⁵ Parmi ces outils, citons le « plan d'amélioration de la qualité » lui-même permettant de hiérarchiser les priorités et de définir les améliorations retenues, le « programme d'amélioration » (prévoyant les moyens, responsabilités et délais que l'on se fixe) et

repères d'amélioration qu'il fournit, il forge un diagnostic qui sera point de départ du changement, mais restera à piloter ce changement.

L'évaluation constitue un système d'appréciation, progressivement resserré pour atteindre une dimension synthétique, avec un système d'alerte coloré²⁶ rendant plus « parlant » le diagnostic final, et guidant le processus ultérieur d'amélioration de la qualité. Les appréciations successives ne sont pas cumulables comme le serait une note. S'agissant de données qualitatives, par nature très différentes, elles ne peuvent pas être additionnées. Une « scorification » aurait présenté l'inconvénient de lisser les appréciations, sans mettre en évidence les points prioritaires ou particulièrement importants à reprendre pour améliorer la qualité²⁷. Nous avons donc volontairement opté pour une appréciation relative, exigeant un débat et la recherche d'un consensus entre les acteurs professionnels menant l'évaluation.

L'objet de l'évaluation : la qualité de l'intervention

Dans son intitulé même, le guide de l'ANCREAI se positionne au niveau de l'évaluation de la qualité *de l'intervention* ; le fait de retenir cette terminologie lui étant propre à notre connaissance puisque les autres outils se situent dans leur titre ou leurs propos introductifs davantage au niveau de la qualité *des structures*²⁸ ou de la qualité *des prestations*.

Le guide de l'ANCREAI n'est pas destiné à évaluer les structures elles-mêmes (établissements ou services) auxquelles il s'applique, mais davantage la qualité des interventions qu'elles produisent. Cela suppose bien sûr de s'intéresser de très près au système d'organisation qui les génère et notamment aux moyens mobilisés. Mais l'organisation institutionnelle est interrogée dans son rapport à l'activité produite. Aussi, on examinera moins la dotation en moyens humains et matériels dans ses dimensions statiques, que leur adéquation à la mission, leur mobilisation dynamique au service des objectifs, et l'effort fait pour en corriger les éventuelles inadéquations²⁹.

De même, on évalue moins la structure, prise de manière isolée, que le service rendu, pouvant associer d'autres partenaires professionnels et s'appuyant sur un environnement plus ou moins facilitant, et dont on tire plus ou moins bien parti. Il importe de situer la compétence et l'action d'acteurs complémentaires en vue d'une évaluation de la stratégie globale d'intervention, et d'inscrire le terrain évalué dans des territoires plus larges de ressources et de contraintes³⁰.

éventuellement les « fiches-projets » facilitant la mise en œuvre et le suivi des actions lourdes et complexes envisagées. Les critères pour hiérarchiser les priorités doivent donner lieu à réflexion (prise en compte de la fréquence et de la gravité du problème altérant la qualité du service, de ses conséquences humaines ou sociales, des opportunités de contexte favorisant tel ou tel changement, etc). Les méthodes développées par J. W. WILLIAMSON, fondées sur la mise en évidence d'un bénéfice recherché accessible, d'une défaillance démontrable, et d'une amélioration suffisante en regard de l'effort déployé pour l'obtenir, peuvent par exemple aider à prioriser les axes d'amélioration (« *Formulating priorities for Quality Assurance Activity: description and method and its application* », JAMA, 1978)

²⁶ L'échelle de cotation retenue s'exprime en couleurs : le vert correspondant à ce qui est satisfaisant, le rouge à ce qui est insatisfaisant avec deux couleurs intermédiaires (jaune et orange) permettant de graduer plus finement le niveau de satisfaction atteint.

²⁷ Sauf à concevoir un système de pondération des plans ou sous-plans les uns par rapport aux autres (en considérant par exemple, qu'un résultat rouge est plus préoccupant s'il porte sur le respect des droits des usagers, que s'il porte sur la mobilisation des ressources de l'environnement) ; mais nous avons préféré laisser l'appréciation synthétique finale s'élaborer dans un débat entre acteurs, en considérant qu'il n'y a pas de hiérarchisation dans l'absolu, et qu'elle est toujours à mettre en relation avec les missions et objectifs de la structure considérée.

²⁸ C'est le cas par exemple de la grille Angélique qui propose d'évaluer la qualité *des établissements* pour personnes âgées dépendantes (quoi que dans le titre il soit question d'améliorer la qualité *en* établissement pour personnes âgées dépendantes, ce qui n'est pas équivalent).

²⁹ Que ce soit par le biais d'une politique de recrutement et de formation et d'ajustement de l'organisation du travail pour ce qui concerne les ressources humaines, ou, concernant les ressources matérielles, par le biais d'une stratégie de transformation d'inadéquations éventuelles des locaux à leur usage, voire de changement d'un lieu d'implantation inadapté au regard des besoins.

³⁰ D'où l'importance que notre guide (contrairement aux autres outils) accordera à l'évaluation du recours aux ressources de l'environnement, en examinant la connaissance que les équipes ont de ces ressources et contraintes, l'utilisation coordonnée qui est faite de son potentiel (mise en réseau, effort de mutualisation de moyens, ...) ainsi que les efforts de contribution à la rectification des inadéquations de l'environnement au regard des besoins des usagers (notamment celles ayant des effets ségrégatifs).

Spécifier dès le titre de l'outil qu'il s'agit d'évaluer la qualité *des interventions* renvoie à plusieurs options. Le terme de prestations, plus couramment retenu paraît plus limité. En effet, l'intervention contient l'idée d'un ensemble d'actions coordonnées et organisées dans une certaine temporalité, alors que la notion de prestation renvoie davantage à quelque chose de ponctuel et d'isolé ; une intervention combinant bien souvent une série de prestations. Aussi ce terme nous a davantage semblé convenir, pour souligner que l'outil interroge fondamentalement la cohérence globale du service rendu à l'utilisateur, plutôt qu'il n'examine la liste désarticulée des prestations qui lui sont dues.

Ceci nous paraît un travers auquel conduisent les normes AFNOR, y compris dans leurs tentatives d'adaptation au domaine des services, voire plus précisément encore de l'action sociale. Telle qu'elle est conçue, la centration sur la satisfaction du client à l'égard de prestations offertes génère des conséquences discutables. En effet, une fois identifiée la chaîne qui contribue à la satisfaction du client, chaque élément est décortiqué et traduit en exigence de qualité. Les attentes du client sont déclinées en spécifications de la prestation. Jean-Yves BARREYRE (directeur du CREA Ile de France) pointe qu'« *elle aboutit parfois à un effet pervers qui peut être terrifiant, à savoir qu'une organisation de travail social peut correspondre ligne par ligne au référentiel, sans jamais articuler les modes d'interventions, les valeurs qui les sous-tendent, les ressources à disposition, et les contextes dans lesquels s'effectue la prestation* »³¹.

Par ailleurs, une des caractéristiques fortes du guide de l'ANCREAI est très certainement son abondance technique des interventions, avec l'intention d'ouvrir la « boîte noire » des pratiques davantage que ne le font d'autres outils³². Cette option pose des problèmes complexes pour saisir ce qu'il en est des pratiques et leur appliquer des critères de qualité adéquats. En effet, les pratiques ne se limitent pas à leurs dimensions opératoires, et si elles sont difficiles à présenter, à rendre lisibles, c'est qu'elles ne se réduisent pas aux actes, au faire ou au dire, qu'elles sont « *des objets sociaux abstraits et complexes et ne sont pas des données brutes immédiatement perceptibles. Elles ne peuvent se comprendre et s'interpréter que par l'analyse* »³³.

En dépit de l'importance que la démarche de l'ANCREAI accorde aux pratiques, ce terme n'a pas été retenu dans l'intitulé de l'outil. Peut-être parce que les pratiques désignent littéralement *ce que l'on fait*, et renvoient en cela au point de vue des professionnels, alors que l'intervention (comme la prestation) désigne ce que l'on produit, ce que l'on fournit, s'apparente au service rendu, et renvoie donc au point de vue du bénéficiaire. Or, nous verrons que c'est la qualité au bénéfice de l'utilisateur qui anime les choix opérés pour construire le guide.

Ceci étant posé, ce que recouvre l'idée d'évaluation de la qualité des interventions reste une question complexe. On peut, pour éclairer cette complexité, faire un détour par le champ de la santé en rappelant la définition donnée en 1982 par l'OMS : « *L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.* »

Moyennant de légères retouches, cette définition peut tout à fait être transposée à l'action sociale, ce qui pourrait donner quelque chose comme : *l'évaluation de la qualité des interventions est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque usager l'assortiment d'aides, de soutiens et/ou de soins lui assurant le*

³¹ « *L'évaluation dans le domaine éducatif et social : méthode ou référentiel ?* », La nouvelle revue de l'AI, n° 20, 4^{ème} trimestre 2002

³² Y compris les outils destinés à évaluer des réalités plus homogènes (la qualité des soins pour le sanitaire) ou la qualité des seuls établissements pour personnes âgées handicapées dépendantes pour la grille Angélique, alors que le guide de l'ANCREAI couvre un champ particulièrement vaste et polymorphe. Le manuel d'accréditation, par exemple, interroge très peu les pratiques de soin pour s'en tenir pour l'essentiel à un examen des procédures. De même, Angélique ne détaille pas ce qui concerne la vie des résidents, les soins et aides à leur apporter (accueil, repas, animation,...). Il propose quelques questions synthétiques sur les principaux points (prévention et traitement des escarres, prise en compte de la détérioration intellectuelle,...) mais renvoie pour une approche plus fine aux recommandations de bonnes pratiques établies par les organismes compétents (ANAES, sociétés savantes,...).

³³ BEILLEROT J. in « *L'analyse de pratiques professionnelles : pourquoi cette expression ?* », BLANCHARD-LAVILLE C., FABLET D, L'Harmattan, Paris, 1998

meilleur résultat en terme de progression personnelle et d'insertion sociale, conformément à l'état actuel des connaissances, avec le moindre risque de renforcement de la dépendance, au meilleur coût pour le même résultat et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains au sein du dispositif d'aide.

Il s'agit de définitions ambitieuses qui mettent en lien plusieurs facettes de l'action : sa qualité technique (correspondant aux compétences des professionnels pour s'appuyer sur les connaissances disponibles), son résultat (sans négliger les effets non désirés de l'action), ses moyens (dont leur coût) et la satisfaction qu'en retire le bénéficiaire (satisfaction qui ne se résume pas à l'appréciation du résultat, mais englobe l'avis de l'intéressé sur la manière dont on s'est occupé de lui, sur le plan pratique et relationnel). Vaste programme, auquel nous souscrivons, mais à l'intérieur duquel il a fallu opérer des choix, un outil ne pouvant embrasser tous ces aspects d'un même mouvement.

Si l'on veut situer la nature de ce que notre guide veut évaluer, on peut dire qu'il s'agit d'évaluer la qualité des interventions que produisent les structures sociales ou médico-sociales, en examinant leurs objectifs, leurs procédures, leurs pratiques, et la mobilisation qu'elles font des moyens (les leurs propres et ceux de l'environnement) ainsi que l'articulation entre ces différents éléments. Ainsi, les interventions sont interrogées dans leurs modalités (incluant le rapport entre les finalités et les moyens) plus que dans leurs résultats.

Rappelons qu'il existe un repérage des types d'évaluations qui distingue l'évaluation *de la pertinence* (rapport entre besoins et objectifs de l'action), l'évaluation *de la cohérence* (rapport entre objectifs et moyens de l'action), l'évaluation *de l'efficacité* (rapport entre moyens et résultats) et l'évaluation *de l'efficacé* (rapport entre objectifs et résultats). Selon cette typologie, la démarche de l'ANCREAI se situerait du côté de l'évaluation de la cohérence. C'est en effet le rapport entre les objectifs et les moyens de l'action qui est privilégié tout au long du guide. Pour le reste, on vérifie que la structure se donne des repères pour évaluer sa pertinence, son efficacité et son efficacité, mais sans faire porter l'évaluation proprement dite sur ces dimensions.

Classiquement, on considère également que l'évaluation de la qualité d'une organisation peut être conduite selon une triple approche : sous l'angle des *structures* existantes, des *procédures* mises en œuvre ou des *résultats* obtenus. Par exemple, la qualité des soins nécessite de disposer de bonnes structures (matérielles et organisationnelles), d'utiliser de bons processus de soins et doit conduire à de bons résultats.

Évaluer les structures consiste à s'intéresser à la quantité, la qualité et l'agencement des ressources humaines, physiques et financières. Nous avons vu que l'outil de l'ANCREAI n'est pas focalisé sur la structure, et par exemple n'étudie pas la dotation en moyens humains et matériels en tant que telle, mais plutôt la manière dont à partir d'une dotation donnée, on la mobilise et on la fait évoluer en fonction de ses objectifs.

L'évaluation des processus consiste à étudier les règles définissant le fonctionnement de l'organisation (l'accessibilité aux prestations et la manière de travailler : transmission de l'information entre acteurs, coordination,...), l'application des normes de qualité ou de sécurité, et les différentes procédures établies (accueil, suivi des usagers,...). Ces éléments constituent le cœur de l'évaluation réalisée par le guide de l'ANCREAI, comme de la plupart des outils actuellement disponibles.

Si l'on considère qu'évaluer les résultats consiste à apprécier les effets de la mise en œuvre d'un projet, d'une méthode, d'une action, par l'analyse des évolutions intervenues au regard de la situation initiale, ce n'est effectivement pas notre objet (ce qui n'exclut évidemment pas de considérer comme indice de qualité le fait qu'une structure se dote d'indicateurs pertinents pour surveiller périodiquement les effets de son activité, en particulier quant à l'évolution et au devenir des bénéficiaires).

De ce point de vue, l'évaluation proposée se rapproche des contenus examinés par le manuel d'accréditation, puisque celui-ci évalue plutôt les procédures (analyse du fonctionnement interne) et non les structures (le plateau technique ou le budget) ou les effets (le résultat des prises en charge). Pourtant l'évaluation proposée par l'ANCREAI est plus large que celle mise en œuvre dans le cadre de l'accréditation sanitaire, comme on l'a vu et le verra encore ultérieurement.

Evidemment ces choix font débat. Christian ROSSIGNOL³⁴ critique par exemple le fait d'aborder l'évaluation de la qualité sous l'angle de l'évaluation des interventions et des moyens mis en œuvre, en laissant dans l'ombre la question délicate des effets et résultats de ces interventions. Il considère qu'une telle évaluation fait le jeu d'intérêts corporatistes et d'intérêts de l'administration qui, dans la comparaison du fonctionnement des établissements à un « référentiel de bonnes pratiques », verrait un prolongement plus complet et sophistiqué de ce qu'elle connaît sous la forme du contrôle. Pour lui, « *la définition d'une « bonne » pratique devrait résulter d'une analyse précise de ses effets, reposant sur des données empiriques vérifiables, plutôt que sur un « consensus » guidé par la prise en compte d'intérêts catégoriels* »³⁵. Pour mettre l'examen des résultats au cœur de l'évaluation de la qualité, il propose de permettre aux structures de recueillir et d'analyser les principales données les concernant de manière fiable, c'est-à-dire que les informations normalement recueillies et traitées dans le fonctionnement quotidien d'une structure alimentent de façon automatique une base de données propre à chaque établissement, qui permettrait de suivre en temps réel un certain nombre d'indicateurs (durée des prises en charge, coûts, origine géographique et institutionnelle des personnes, principaux éléments du projet individuel, devenir ultérieur des intéressés,...)³⁶.

Si nous ne contestons pas l'utilité d'un tel dispositif qui fait en effet défaut dans l'action sociale, il ne nous paraît pas à même d'évaluer véritablement la qualité des interventions. Cette sorte de « PMSI du social » (en plus sophistiqué) permettrait certes une évaluation de l'efficacité et/ou de l'efficacités des structures (selon que l'on rapporte les résultats enregistrés aux objectifs déclarés ou aux moyens alloués) mais resterait muette sur des dimensions capitales de la qualité. En effet, une intervention de qualité s'appuie sur des principes politiques (accessibilité et équité à l'égard des aides) et éthiques (respect et promotion de la personne, droit à une citoyenneté pleine et entière) qui ne peuvent être évacuées de l'évaluation. L'activité d'une structure doit être appréciée au regard d'un système de valeur et non au seul regard de repères d'efficacité pratique. Nous partageons l'avis de Michel AUTES selon lequel « *Les critères de validité de l'action ne se formulent pas seulement sur un registre instrumental (est-ce que ça marche ?) mais aussi sur un registre de conformité à des normes (est-ce que c'est juste ?). C'est ce qui distingue radicalement logique de service et logique de la relation ou la reconnaissance de l'autre comme sujet* »³⁷.

Si nous renonçons à l'examen des résultats des interventions (non par désintérêt, mais faute de pouvoir évaluer toutes les dimensions de la qualité dans une seule démarche), en revanche nous accordons une place importante à l'articulation entre les interventions réalisées et les besoins auxquels elles sont censées répondre³⁸.

A notre avis, l'interdépendance entre les évaluations concernant les besoins et les évaluations concernant les services rendus doit être forte. S'il n'est pas question de faire précéder l'évaluation de la qualité des interventions d'une structure d'une évaluation des besoins de la population à laquelle elle s'adresse, plusieurs points du guide interrogeront précisément cette articulation entre besoins et réponses.

Comme dans la majorité des autres outils, l'analyse des situations et l'identification des besoins des usagers accueillis font l'objet d'un examen détaillé (à travers les procédures de bilans individuels, initiaux et périodiques, et les ajustements des réponses qui en résultent). Mais la qualité d'une structure ne réside pas seulement dans sa capacité à répondre adéquatement aux besoins de la population qu'elle reçoit. On s'intéresse également à la manière dont la structure analyse les besoins de la population susceptible d'avoir besoin de ses services (sa population théorique compte tenu des missions de la structure) dans la mesure où cela constitue la clé d'évolutions institutionnelles en phase avec l'évolution des besoins³⁹. Ainsi, des items

³⁴ « *L'évaluation dans le secteur social et médico-social. Evaluation de quoi ? comment ? et pour quoi faire ?* », in au fil du mois, CREA PACA, n° spécial, novembre 2000.

³⁵ Ce que nous contestons.

³⁶ Et propose à cet effet un outil nommé Modus 96.

³⁷ AUTES Michel « *Les mutations du travail social* ».

³⁸ Seule l'approche par les besoins permet de penser le social en termes de problèmes à résoudre et non de structures à remplir. Or, nous pensons que ce ne sont plus les structures qu'il faut financer mais des services précis répondant aux besoins d'une population.

³⁹ On peut par exemple penser au développement récent de l'offre d'accueil séquentiel (temporaires ou partiels) pour des personnes handicapées adultes, dont les parents s'occupaient jusqu'à présent, mais qui ont besoin d'être relayés du fait de leur vieillissement (l'accueil ponctuel soulageant la famille et/ou préparant une entrée en établissement qui s'avèrera inéluctable). Or, longtemps ce

poussent à vérifier si le projet d'établissement ou de service s'inscrit dans l'analyse des besoins et la planification des réponses que prévoient les schémas départementaux d'équipements, d'autres s'intéressent aux critères d'admission tels qu'on les énonce et tels qu'on les fait réellement fonctionner (par un examen de la gestion des priorités au sein d'une éventuelle liste d'attente et des motifs de non admission et réorientations).

Cette perspective globale incluant le rapport besoin/réponse échappe aux autres outils, en particulier ceux organisés autour du parcours de l'utilisateur. Ainsi par exemple QUALISNAP, l'outil du SNAPEI, s'en tient à passer en revue l'accueil, l'analyse de la demande, l'admission, l'élaboration et la mise en œuvre du projet individuel. De même, un des outils proposé dans le champ de la psychiatrie⁴⁰ ne traite, à propos du processus d'accueil, que de la recevabilité de la demande d'un usager (dans une rubrique sur la « *comparaison entre les services offerts et les besoins de l'utilisateur afin de déterminer si les besoins peuvent être satisfaits* ») et n'aborde pas la question de ce que devient l'utilisateur, qui ne relèverait pas du service tel qu'il est conçu, ou de l'éventuelle évolution des réponses offertes par le service pour prendre en compte une demande « décalée ». L'offre est première, on examine ses caractéristiques, mais sans l'interroger en tant que telle, dans sa définition au regard des besoins des populations⁴¹.

Le point de vue privilégié : le bénéfice de l'utilisateur

La question de la qualité appelle nécessairement celle de *la qualité pour qui ?* En effet, la définition de la qualité pose de multiples problèmes liés à la diversité des attentes des différents protagonistes (usagers, professionnels, pouvoirs publics, population dans son ensemble) et au caractère potentiellement contradictoire de ces attentes. La qualité des prestations varie selon l'observateur ; leur perception dépend de l'acteur concerné.

Ainsi, dans le domaine de la santé, les patients ont une vision de la qualité plus orientée sur le vécu des soins, la communication avec les soignants, l'amabilité de l'accueil, les délais d'obtention d'un rendez-vous et les prestations hôtelières d'un séjour hospitalier. Ces éléments correspondent à leurs attentes propres et leur sont faciles à évaluer, alors que la performance technique leur est plus difficile, voire impossible, à apprécier⁴².

Aux yeux des professionnels de santé, c'est la performance technique des soins et la compétence à déceler l'opportunité de les exécuter qui va fonctionner comme critère essentiel de qualité. La qualité de la relation au patient n'est pas négligée pour autant, puisque la confiance est habituellement identifiée comme un puissant moteur du processus thérapeutique.

La qualité des soins selon les organismes payeurs sera tout autre : pour les pouvoirs publics et l'assurance maladie, l'approche « population » de la qualité des soins est privilégiée avec une recherche de l'utilisation optimale des ressources. Il s'agit d'apporter les soins essentiels au plus grand nombre plutôt que l'excellence technique à une minorité. L'offre de soin et son accessibilité sont donc prioritaires. L'efficacité du système étant recherchée, l'évaluation de la qualité inclut la question du coût des soins.

besoin est resté « invisible » et non traité par les institutions continuant à proposer un accueil complet sans imaginer de formules plus souples.

⁴⁰ « Normes à l'intention des organismes de santé mentale, une approche centrée sur le client ».

⁴¹ Autre exemple : le référentiel « *Chemin de la qualité* » de l'IDQS comporte un item sur « *l'étude clinique et statistique de la clientèle de l'établissement* », mais ne s'intéresse qu'à la clientèle présente sans qu'à aucun moment l'hypothèse d'un décalage possible entre la clientèle admise et la clientèle relevant de la structure ne soit explorée.

⁴² Cependant, l'asymétrie d'information qui caractérise la relation soignant/soigné a tendance à s'atténuer, ce qui rend l'utilisateur plus à même d'émettre un avis pertinent sur les soins qui lui sont prodigués. L'information croissante du public via de nombreux médias (dont les nouvelles technologies permettant d'accéder aisément à de l'information actualisée en provenance du monde entier) peut considérablement étoffer et affiner les attentes des patients. Par ailleurs, la diminution de la confiance du public dans la médecine contribue à rendre les patients plus attentifs à la qualité technique des soins qui leur sont proposés et également plus exigeants.

Bien évidemment, ces trois systèmes d'attente à l'égard de la qualité convergent sur certains points, mais peuvent s'avérer parfaitement contradictoires dans les critères de qualité ou la hiérarchie des priorités qu'ils tendent à promouvoir. Ainsi, pour l'organisme d'accréditation américain⁴³, les composantes de la qualité des soins sont : la sécurité, l'efficacité, le caractère approprié, la délivrance au bon moment, la continuité, l'acceptabilité, l'accessibilité et l'efficience. A l'évidence, ces composantes sont définies du point de vue du producteur de soins. Pour compléter, les travaux d'Avedis DONABEDIAN conduisent à ajouter deux composantes qui nous paraissent indispensables pour parler de qualité : la satisfaction et l'information du patient et sa participation aux décisions concernant les soins⁴⁴.

Avedis DONABEDIAN appréhende en effet la qualité des soins par quatre niveaux concentriques, depuis la relation soignant-soigné jusqu'à la qualité du système à l'égard des besoins de la population (ce modèle d'analyse étant là encore tout à fait transposable à l'action sociale) :

1. La qualité des soins (des interventions) dépend d'une part des caractéristiques techniques de l'intervention, et d'autre part des caractéristiques relationnelles des soignants (ou travailleurs sociaux). La technicité est liée aux connaissances (médicales, psychologiques, sociales, éducatives,...) des intervenants, et à leurs capacités de jugement pour obtenir une adéquation de l'intervention aux besoins de la personne concernée (dimension diagnostique). Mais les compétences scientifiques et techniques ne suffisent pas pour assurer la qualité des interventions⁴⁵. Les capacités relationnelles de l'intervenant (comme celles du soignant) sont capitales et intègrent différents éléments comme l'écoute, le tact, l'empathie, la sensibilité, la confiance, la confidentialité, de même que la capacité à faire participer l'intéressé à l'élaboration du projet d'intervention le concernant (en matière de médecine, il s'agit de la capacité à informer de manière adéquate le patient sur sa maladie et les soins possibles, de manière à permettre au patient la réalisation de choix éclairés). L'auteur considère que le lien relationnel entre le patient et le médecin est un facteur primordial de la qualité des soins : élément clé de la confiance établie entre les deux protagonistes, il conditionne l'adhésion du patient à la stratégie thérapeutique proposée, et sa qualité participe à l'efficacité des soins techniques. Bien qu'évoqué dans la définition de la qualité des soins que donne l'OMS, ce point clé, tout aussi valable pour ce qui concerne l'action sociale, est souvent négligé dans les évaluations, sans doute parce plus difficile à appréhender (on ne dispose pas de méthode valide pour évaluer les capacités relationnelles des soignants).
2. Les installations et équipements constituent la deuxième dimension de la qualité des soins. Ils doivent assurer aux patients un certain confort, être agréables et propres, respecter l'intimité et la confidentialité. C'est d'autant plus vrai pour le secteur social et surtout médico-social que les hébergements peuvent être durables, voire constituer le « domicile » de l'usager, et que la qualité de vie offerte doit être précisément interrogée.
3. Les soins mis en œuvre par le patient : la manière dont le patient et son entourage contribuent aux soins constitue le troisième niveau de la qualité des soins. On sait désormais que la *compliance* du patient au processus de soins est fondamentale pour la réussite du traitement⁴⁶. De même, dans l'action sociale, la coopération de l'intéressé et de son entourage peut s'avérer décisive pour son évolution, mais aussi pour éviter l'installation de sur-handicap, de dépendances supplémentaires ou de logiques d'assistance contre-productives, voire aliénantes. Il en résulte que favoriser la participation de l'intéressé est à la fois un devoir et une nécessité : c'est une question d'éthique, puisqu'il s'agit de respecter un droit fondamental, mais c'est aussi une question technique où se joue un souci d'efficacité.
4. Les soins reçus par la communauté : la dernière dimension de la qualité des soins concerne l'accessibilité des soins (accessibilité sociale, géographique, culturelle, économique,...). La satisfaction des besoins d'une population est donc la préoccupation de cette dimension plus politique où interviennent des visées d'équité et d'allocation optimale des ressources disponibles.

⁴³ La JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations).

⁴⁴ "An introduction to quality assurance in health care", American journal of medical quality, vol 8, n° 2, 1993.

⁴⁵ Dans le champ médical, la dérive technologique et la déshumanisation de la médecine, maintes fois dénoncées ces dernières années, notamment lors du débat sur la réforme des études médicales, en sont les témoins.

⁴⁶ Pour preuve, le développement récent des consultations d'observance dans les établissements hospitaliers pour les patients atteints de pathologies chroniques.

Le guide de l'ANCREAI tente de relier ces différents aspects dans l'examen qu'il propose de la qualité des interventions, en privilégiant le point de vue de l'utilisateur envisagé comme son intérêt global. En effet, l'utilisateur n'est pas pris pour un *client* et son intérêt ne se résume pas à sa satisfaction immédiate.

Bien qu'il soit à la mode et corresponde même à une tradition dans certains secteurs de l'action sociale⁴⁷, l'emploi du terme de *client* pour désigner le « bénéficiaire » de l'action sociale a été récusé par le groupe de travail de l'ANCREAI. Le vocable de client paraît en effet inadéquat pour désigner la personne qui a recours à un service spécialisé, dans la mesure où il est attaché à l'idée de payeur (or, les prestations qui nous intéressent ici sont financées par la collectivité et non par l'intéressé). Le client est, sinon celui qui paye, au moins celui qui a le choix sur un marché ouvert, qui peut comparer et décider. Or nombre d'utilisateurs de l'action sociale n'ont aucun choix réel compte tenu de la structuration de l'offre, voire sont là sur décision d'un tiers, ce qui rend bien inopportun l'emploi du mot client.

En matière d'action sociale, les ambiguïtés de l'emploi du terme de client par les démarches qualité sont telles, que les différents protagonistes tendent à être mis sur un pied d'égalité, alors qu'ils sont dans des positions de fait très dissemblables. Qui sont les clients d'une maison d'enfants à caractère social ? L'organisme financeur, l'autorité de contrôle, le juge des enfants, les parents, l'enfant lui-même ? Anne-Marie FAVARD souligne combien « *La norme est complexe quand il s'agit de considérer que l'utilisateur participe d'un « système client » associant, au-delà de l'utilisateur bénéficiaire (souvent captif car contraint d'utiliser le service considéré sans disposer d'alternative), le tiers demandeur possiblement client, le prescripteur également commanditaire et parfois mandant, le financeur qui peut l'être à son corps défendant. La difficulté à désigner et à nommer « le client », les réfutations du terme d'utilisateur, la neutralisation statutaire par le recours au terme de personne, sont autant de signes de l'aspect contradictoire, paradoxal et parfois inconciliable des demandes, attentes et besoins du système client* »⁴⁸.

En revanche, le terme d'*utilisateur* éloigne des connotations marchandes, voire consuméristes, pour renvoyer à la notion d'utilisateur d'un service public (éventuellement de droit privé, mais soumis à des exigences pour répondre à une mission définie par l'autorité publique)⁴⁹.

Se focaliser sur l'attente du client (pour l'essentiel l'utilisateur bénéficiaire), sur les impératifs pragmatiques requis pour le satisfaire, comme le font généralement les démarches qualité, conduit inévitablement à occulter les exigences liées à la mission d'intérêt général. S'en tenir à l'avis exprimé du client (ou de son représentant), y compris quand on élargit l'approche à ses demandes « implicites », est extrêmement réducteur et peut s'avérer contraire à son intérêt.

Dans l'idée d'une approche de la qualité des interventions au bénéfice de l'utilisateur, nous préconisons une approche plus large que sa seule satisfaction (qui n'est bien évidemment pas pour autant à négliger), une lecture plus complexe de son intérêt, qui inclut comme nous l'avons vu précédemment l'idée de l'utilisateur concret de la structure considérée, mais aussi de l'utilisateur potentiel (celui qui devrait pouvoir bénéficier de ses services).

Il n'y a pas que la « mauvaise pratique » qui porte atteinte aux intérêts de l'utilisateur, il y a aussi, tout simplement, l'absence de pratique ou la pratique indue. L'analyse des principales défaillances possibles d'un système de soin peut tout à fait s'appliquer à l'action sociale. On peut en effet distinguer trois types de défaillances⁵⁰ :

⁴⁷ La profession d'assistante sociale, imprégnée d'un modèle libéral d'intervention, a longtemps considéré qu'elle avait affaire à des « clients ».

⁴⁸ FAVARD Anne-Marie « *L'évaluation clinique qualitative en action sociale. Questions d'opportunité* », Au fil du mois, CREA PACA, n° spécial, novembre 2000.

⁴⁹ Le terme de bénéficiaire a également été écarté, compte tenu de l'usage habituel du mot pour désigner celui qui s'en tient à recevoir une prestation (éventuellement purement financière) alors que le terme d'utilisateur n'induit aucune connotation de passivité, laissant la porte ouverte à l'idée d'une construction de la prestation avec celui qui l'utilise. Notons que, pour sa part, le SNAPEI a retenu dans son référentiel le terme de *participant* pour désigner la personne handicapée mentale destinataire des services proposés par la structure.

⁵⁰ Cité par HURLIMAN Claire « *Approche conceptuelle de la qualité des soins* », Actualité et dossier en santé publique, n° 35, juin 2001

- Le manque de soins (« underuse ») : défaut de soins préventifs ou curatifs, particulièrement fréquent concernant des pathologies chroniques, par défaut d'organisation de la prise en charge ou par insuffisance de la couverture sociale ;
- L'excès de soins (« overuse ») : soins délivrés alors qu'ils ne sont pas utiles, ce qui représente un risque potentiel pour le patient et un coût pour la collectivité sans bénéfice en termes de santé ;
- Les erreurs à l'origine de complications (« misues ») : erreurs réalisées dans le processus de soins : les soins délivrés sont nécessaires, mais la défaillance de l'un des maillons de la chaîne de soins conduit à des complications délétères pour le patient (infections nosocomiales, hémorragies suite à une intervention chirurgicale, incompatibilités médicamenteuses non respectées,...). Ces erreurs sont souvent liées à une mauvaise articulation des soins.

Or, habituellement, les outils d'analyse de la qualité se focalisent sur la détection des "erreurs" en négligeant l'absence d'intervention ou son inverse, l'intervention injustifiée, qui peuvent être au moins aussi préjudiciable à l'usager.

Aussi, l'interrogation de l'utilité sociale des structures doit être centrale : à quels besoins répond-t-on ? Remplit-on sa mission, toute sa mission, rien que sa mission⁵¹ ? Max WEBER a montré combien toute organisation a tendance à la chronicisation, à privilégier la logique institutionnelle (l'institué au détriment de l'instituant) et donc à se détourner de ses fins. Ceci est d'autant plus important dans l'action sociale, secteur majoritairement structuré autour de l'initiative privée d'associations gestionnaires de structures, et largement à l'abri des sanctions d'un « marché ». De ce fait, les responsables peuvent avoir tendance à s'enfermer dans leurs propres logiques d'établissement, et avoir du mal à envisager de contribuer à une politique d'ensemble, une gestion intégrée de l'adéquation entre besoins et équipements. Il existe une tentation du tout pouvoir auto-prescriptif des professionnels, avec une prise de distance à l'égard des missions, au détriment des populations les plus en difficultés dont personne ne veut⁵².

D'où la centration originale du guide de l'ANCREAI sur le projet d'établissement, lieu où doit s'articuler le point de vue d'une équipe (parfois très absorbée par ses logiques internes) au point de vue de la société, à travers les missions définies en direction des usagers.

Le principe d'exhaustivité : un diagnostic pluri-dimensionnel

Les ambitions précédemment décrites de la démarche d'évaluation de la qualité que propose l'ANCREAI conduisent à évaluer de multiples dimensions du fonctionnement des structures. Si l'exhaustivité n'est jamais totale, elle est en tout cas très large et bien souvent supérieure à celle que l'on rencontre dans les autres outils.

⁵¹ A cet égard, l'accréditation, focalisée sur la qualité hospitalière, pourrait avoir des effets pervers en confortant certains systèmes de réponses aux besoins potentiellement obsolètes.

⁵² Le "zéro défaut" ou les bons résultats ne s'obtiennent pas nécessairement par une augmentation significative de la qualité, mais parfois par une sélection accrue à l'entrée (comme le font certains « bons établissements » scolaires ou certains Centres d'Aide par le Travail à la politique d'admission élitiste). Alors que la vocation des CAT est double : théoriquement centre d'aide par le travail comme son nom l'indique (le travail étant support d'une aide à la personne handicapée en terme de développement personnel et d'intégration sociale, et visant l'intégration professionnelle en milieu ordinaire), les CAT peuvent tendre à n'être que des entreprises protégées de sous-traitance employant une main d'œuvre de personnes handicapées.

Le sommaire du guide donne un aperçu de l'étendue de ce qui est au menu de l'évaluation (cf schémas n° 1 et 2). Comme on l'a vu, le guide veut tout à la fois apprécier la correspondance entre les objectifs qu'une structure poursuit (ceux qu'elle se donne explicitement, mais aussi ceux dont témoignent ses choix organisationnels) et ceux qui lui sont prescrits, apprécier la mobilisation des moyens matériels et humains et leur réelle mise au service des objectifs de la structure, apprécier les qualités techniques des interventions (notamment dans les registres éducatifs et sociaux, pédagogiques, formatifs, et thérapeutiques) et apprécier non seulement l'aspect performatif des pratiques mais aussi leur valeur éthique.

Contrairement à d'autres outils, l'organisation n'adopte pas la linéarité des étapes successives de la trajectoire de l'utilisateur (accueil, prise en charge, sortie,...) mais découpe des blocs thématiques qui se veulent cohérents, eux-mêmes regroupés en axes complémentaires (les plans du service rendu à l'utilisateur, les plans des ressources et l'axe central constitué par les dimensions stratégiques, éthiques et juridiques qui soutiennent l'intervention).

Allié à l'incitation à conduire systématiquement une investigation permettant de confronter le déclaratif et l'effectif, ce programme d'évaluation est nécessairement lourd et ambitieux. C'est à la fois une force et une faiblesse, car sa mise en œuvre exige des moyens importants en temps (mobilisant comme on l'a vu les membres du groupe transversal une quinzaine de jours). Cependant, la logique de l'évaluation que nous cherchons à promouvoir conduit à ne pas recommander un usage parcellaire de l'outil (l'exploration de plans pris isolément) dans la mesure où il paraît plus pertinent de développer une approche dynamique de l'articulation des plans les uns par rapport aux autres. A cet égard, il nous semble que le rythme d'évaluation de tous les 5 ans finalement posé par le législateur est adapté et permet un travail approfondi⁵³.

L'aspect générique : un outil unique couvrant tout le champ de l'action sociale

La dernière des options retenues quasiment dès le début pour structurer le guide d'évaluation a été son caractère générique, c'est-à-dire le principe de bâtir un outil unique susceptible de couvrir tout le champ de l'action sociale, moyennant des ajustements réalisés au moment de son application.

Cela peut sembler une gageure de prétendre élaborer un outil valable aussi bien pour évaluer la qualité des interventions d'un foyer d'hébergement pour personnes handicapées mentales, d'un centre d'accueil d'urgence pour femmes en difficulté sociale, d'une maison d'enfants à caractère social, d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile, d'un centre de délinquants relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, etc.

Nous avons vu qu'en dehors des outils dérivés des normes AFNOR, à prétention généraliste (mais si généralistes que nous les trouvons inadaptés), la plupart des outils disponibles ont été bâtis pour un secteur d'activité plus circonscrit, voire pour des populations homogènes.

Même si le manuel d'accréditation s'applique à des structures hospitalières, recevant par définition des publics très divers et pratiquant des actes également très divers (quoi de commun entre un service d'urgence, un service de gériatrie et un service de néonatalogie ?), l'ensemble est unifié par la nature de la prestation délivrée, à savoir le soin⁵⁴ alors que dans l'action sociale on soigne, on éduque, on enseigne, on conseille, on oriente, on accompagne, etc. Par ailleurs, dès lors qu'on n'aborde pas dans l'évaluation les pratiques proprement dites, la problématique de l'évaluation est nécessairement plus simple.

⁵³ A titre d'exemple, indiquons que le manuel d'accompagnement de la grille Angélique propose une périodicité de l'auto-évaluation en recommandant un rythme au minimum annuel, ce qui serait envisageable avec le guide ANCREAI compte tenu de l'ampleur de l'évaluation considérée, mais possible avec Angélique, grille relativement simple listant des questions qui requièrent une réponse facile à coter, mais n'articulant pas les différents éléments entre eux.

⁵⁴ Les autres missions de l'hôpital telles que l'enseignement et la recherche ne font pas partie du champ évalué par l'accréditation.

D'autres outils s'adressent à des catégories de structures ayant des clientèles relativement homogènes : Angélique pour les établissements pour personnes âgées dépendantes, PROMAP et QUALIPROGRESS conçus en direction des structures pour personnes handicapées mentales, voire pour des segments très resserrés de la population handicapée (outil de l'Association des Paralysés de France, outils pour les structures destinées aux infirmes moteurs cérébraux ou aux traumatisés crâniens). Ces outils plus spécialisés facilitent l'abord technique des prestations délivrées.

Malgré les difficultés que cela occasionne, il ne nous a pas semblé opportun de fractionner l'action sociale en démultipliant les outils. Ce champ, pourtant déjà largement émietté, partageait des valeurs et repères communs au travail social qui méritaient d'être exploités. Aussi, nous avons tenté de prendre appui sur ce qui traverse l'action sociale sans pour autant s'en tenir au plus petit commun dénominateur, mais en cherchant à chaque fois le bon compromis entre éléments généraux et éléments spécifiques à des secteurs particuliers.

Aussi nous aboutissons à un outil générique dans ses grandes lignes (chacun des plans s'applique à tout le champ considéré, et les grandes options en matière de repères de qualité transcendent la diversité des domaines d'application), tout en organisant un sommaire permettant de ménager des options, selon que l'évaluation s'applique à un établissement ou à un service, à une structure recevant des enfants ou des adultes, à une structure s'inscrivant dans le champ du handicap ou dans celui de l'exclusion, et même au sein d'un même secteur, des déclinaisons sont prévues pour convenir à des structures ayant des missions différentes ; et ce, sans trop restreindre nos ambitions en matière d'approche assez technique des interventions⁵⁵.

A partir d'un socle commun relativement important, c'est la navigation dans le guide qui permet de travailler les sous-parties plus spécifiquement destinées à telle ou telle catégorie de structures⁵⁶. Ainsi par exemple, des parties permettent d'explorer ce qui concerne en propre la dimension du travail dans les Centres d'Aide par le Travail et la formation professionnelle délivrée dans les Instituts Médico-Professionnels ou les Centres Educatifs et Professionnels. Des parties concernant l'organisation de la vie collective sont prévues pour les établissements d'hébergement, et seront délaissées par les services dont l'activité ne requiert pas de cohabitation entre les usagers (par exemple les services intervenant en milieu ordinaire et à domicile).

Pour l'heure, l'adéquation à chacun des domaines que recouvre l'action sociale est encore très imparfaite. L'outil a historiquement été d'abord forgé en référence au handicap, et même plus précisément au secteur de l'enfance handicapée (compte tenu de l'impulsion donnée en matière de repère de qualité il y a 15 ans par la réforme des annexes XXIV). Son extension au champ des adultes handicapés, puis de la protection de l'enfance, n'a pas posé de problème majeur. En revanche, son adaptation au champ de l'exclusion (par exemple aux Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale, aux Centres d'accueil d'urgence) n'est pas encore véritablement réalisée, et de nombreux aménagements sont encore à prévoir pour qu'il s'applique valablement à des structures de type service d'Action Educative en Milieu Ouvert. Il est possible que quelques domaines fonctionnant sur un mode très spécifique (comme la prévention spécialisée) échapperont probablement à tout effort d'extension de l'outil.

Si la question demeure de savoir jusqu'à quel point un outil générique peut être adapté à des contextes particuliers, rappelons que l'outil est un guide et non un système fermé de normes, et qu'il laisse une latitude d'aménagement de ses objets et critères d'appréciation lors de chaque application. Sa mise en œuvre doit être souple, compatible avec des configurations institutionnelles variées et ménageant des conceptions du travail différentes. Sur le fond, il importe qu'il soit à même de conduire valablement des évaluations de la qualité des interventions dans des structures innovantes, aux pratiques encore peu balisées⁵⁷.

* * * *

Un prochain article présentera les options concernant le contenu et les critères de qualité du guide de l'ANCREAI.

⁵⁵ Ce qui n'a pas été sans mal compte tenu de la difficulté à trouver des formulations suffisamment générales pour être valables dans des contextes variés d'application, tout en n'étant pas trop abstraites, afin d'être parlantes pour les professionnels et de précisément guider la démarche évaluative.

⁵⁶ Cela aboutit évidemment à un outil lourd (plus de 80 pages), dont la maniabilité devrait être améliorée par le recours au support informatique prévu dans la version 4.

⁵⁷ Il trouvera vraisemblablement ses limites dans des institutions très marginales, notamment celles qui appliquent un modèle communautaire très marqué.