

## **Chapitre 12 – Evaluation interne à l'APEI des Ulis : une alternative au mythe de Sisyphe ?**

*- Jean-Pierre Delhay\* -*

Tout d'abord, cette belle aventure nous aura été imposée. Inutile sans doute de revenir en détail sur les attentes du législateur qui centre la production des documents inhérents à la loi du 2 janvier 2002, sur la personne prise en charge (livret d'accueil, charte des droits et libertés, contrat de séjour), déterminant dans un même élan les limites et le cadre de l'évaluation interne. Faire appel à Francis Alföldi relevait d'une autre nature que celle, purement calendaire, exprimée par l'administration, laquelle assouplissait considérablement le planning initialement prévu pour le dépôt de l'évaluation interne. En effet, dès le 10 mars 2006, la DGAS (Direction Générale de l'Action Sociale) accordait un « délai supplémentaire » pour la réalisation de ces évaluations. Nous pressentions, au contact d'autres établissements et services associatifs, qu'on aurait en fait tout loisir de préparer et d'affiner une commande qui semblait avoir du mal à se définir en amont (les attentes des tarificateurs et des financeurs), tout comme en aval (inévitables phénomènes de résistance des professionnels et des institutions, parfois même hiérarchie comprise).

Pour mémoire, la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale enjoint à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, une obligation d'évaluation interne et externe portant sur les activités et la qualité des prestations délivrées. Le législateur a instauré un lien fort entre l'évaluation externe et le renouvellement de l'autorisation. L'évaluation externe doit avoir lieu au cours des sept ans suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci. Quant aux résultats de l'évaluation interne, ils doivent être communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation tous les cinq ans. Concrètement la première évaluation interne devait avoir lieu avant le 4 janvier 2007 et l'évaluation externe avant le 4 janvier 2009.

Les délais considérablement assouplis en mars 2006, nous laissaient libres de solliciter les services d'Alföldi Consultant dans un cadre plus rassurant. La circulaire était précise en la matière : « Cet assouplissement ne doit pas empêcher les établissements et services qui ont pu d'ores et déjà s'engager dans le processus de l'évaluation interne de la mener à son terme ». Face à un calendrier devenu moins contraignant, nous devenions plus sereins. Dégagés de l'urgence, nous avons le temps de passer une commande claire, suffisamment travaillée pour être présentée aux instances de l'association-employeur, au personnel de l'établissement et à son encadrement, aux représentants des familles siégeant notamment au CVS (Conseil de Vie Sociale).

---

\* Jean-Pierre Delhay est Directeur d'Association, à l'APEI de la Vallée de Chevreuse

Rappelons aussi que dans une note d'orientation du 24 janvier 2006, le CNESMS (Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale), reprenait les exégèses de la virgule apparue dans le texte de loi : « procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ». L'idée était d'harmoniser les procédures et les recommandations. Prenant position à partir de l'analyse des débats parlementaires, l'instance nationale se montrait plus claire : « Le conseil doit valider les bonnes pratiques professionnelles quelle que soit la forme qu'elles adoptent (procédures, références ou recommandations) et n'a pas à valider les outils utilisables pour procéder à l'évaluation. » Le champ était délimité, il nous fallait désormais trouver et mettre en œuvre nos propres outils d'évaluation interne, en dépit des inquiétudes d'un secteur professionnel voué jusqu'alors à une tradition essentiellement orale. Une telle démarche donnait l'occasion de rationaliser les structures de l'établissement, d'harmoniser ses méthodes de travail, de repenser et mettre à plat son organisation trop souvent héritée de longues années d'habitude. Les écueils étaient nombreux, notamment l'orientation ostensible vers une démarche-qualité de type ISO, justifiée par le fait que le secteur médico-social vise naturellement à améliorer en continu la qualité de la prise en charge de la personne accueillie. L'application stricte des normes ISO au champ du social n'est pas sans inconvénients majeurs. La particularité de devoir travailler sur l'humain constitue en effet une difficulté supplémentaire par rapport à la production d'un bien ou d'un service.

Dès la circulaire DGAS du 18 mai 2006, les autorités de tarification engageaient une véritable « révolution », en passant d'une « tutelle budgétaire a priori » à un « contrôle d'efficacité à posteriori ». Il s'agissait de vérifier l'adéquation entre les moyens alloués, l'activité réelle et les résultats. Fort de ces impératifs, et disposant à présent d'un temps plus élastique, nous avons modestement attaqué le chantier. Ce fut au final une expérience enrichissante, évolutive, qui nous a permis avec le temps du recul, de mettre au jour des problématiques que nous ne supposions pas. Dans ce cadre nous avons constaté que la mise en place de l'évaluation interne, et surtout la construction de ses outils, a servi d'alternative à certaines manifestations d'épuisement professionnel.

Pourquoi évalue t-on ? On évalue pour évoluer et aussi pour mesurer. Dans le cadre d'une institution médico-sociale, on évalue pour favoriser le bien-être de l'utilisateur-résident et celui du professionnel. Plus précisément, l'évaluation interne est engagée par l'établissement en ciblant deux finalités :

- la prise de décision : cette finalité externe est en lien avec l'autorisation d'exercer,
- la poursuite de l'action : cette finalité interne vise à obtenir davantage de satisfaction, des usagers-résidents comme des professionnels.

Le repérage des finalités d'évaluation conduit à prendre de la distance et à remettre en cause les pratiques, ce qui implique une réflexion introspective des professionnels eux-mêmes. A ce niveau, les orientations et les conclusions présentées dans le rapport d'évaluation interne sont liées à l'implication des professionnels, à leur engagement éthique. L'éthique évaluative doit être orientée vers le respect de l'utilisateur-résident au centre du dispositif, vers le bien-être professionnel des membres du personnel, vers l'accomplissement de la mission attribuée à l'institution par l'appareil social. Cette même éthique implique aussi que l'institution soit protectrice, en premier lieu pour les usagers, en second lieu les professionnels.

\*  
\* \*

L'évaluation interne dont il s'agit ici, s'est déroulée dans un établissement de type foyer de vie dont j'assume la direction depuis avril 2004. Cette institution nommée *Maison de Vaubrun*, est située dans la ville des Ulis (Essonne). L'établissement dépend de l'APEI (Association de Parents d'Enfants Inadaptés) de la Vallée de Chevreuse ; il a été créé en 1990. La Maison de Vaubrun accueille actuellement 39 résidents et usagers en foyer de jour (39 places avec support éducatif sous forme d'ateliers diversifiés), dont 18 en foyer de vie (internat) et 5 en appartement dans le centre ville. Afin de mener à bien le projet d'établissement, 35 salariés interviennent, toutes catégories confondues. L'APEI de la vallée de Chevreuse, association de parents, affiliée à l'UNAPEI, a ouvert depuis juin 2007, un autre site : le Foyer Vignes et Tilleuls dont les locaux sont situés à Gometz-le-châtel et Saulx-les-Chartreux. Ce second établissement doit prochainement mettre en œuvre le même type d'évaluation interne. L'APEI a pour objectifs de soutenir les familles ayant des enfants de tous âges porteurs d'un handicap mental, de favoriser l'intégration sociale, de créer des structures d'accueil.

Le document final a été rendu au Conseil Général de l'Essonne en septembre 2006, avec un temps d'avance non négligeable, ce qui n'a été possible que grâce au concours des salariés et des cadres de l'établissement. Les différents acteurs ont dégagé au travers des travaux de rédaction un intérêt professionnel évident. Ils ont su mobiliser leur énergie sur la remise en cause du fonctionnement institutionnel.

Le dispositif d'évaluation interne a été produit à l'issue d'une série de travaux préparatoires. La formation du groupe de pilotage a regroupé des représentants des différentes catégories d'acteurs institutionnels sous l'égide du directeur. L'accompagnement méthodologique a été assuré par le cabinet Alfoldi Consultant entre 2005 et 2006. Une fois l'instrument d'évaluation forgé, le traitement des informations et la rédaction du rapport d'évaluation ont été réalisés par une équipe restreinte constituée du directeur, des deux chefs de service et du consultant. L'implication des différentes catégories de salariés a été immédiate. Sans leur adhésion, la mise en œuvre des travaux était vouée à l'échec ou du moins fortement retardée. La démarche en aurait perdu son essence et son intérêt propre. L'évaluation interne constitue, rappelons-le, dans l'esprit comme dans la lettre, un travail sur mesure adapté à chaque établissement ou service.

Le chantier du dispositif d'évaluation interne se déroulé en cinq étapes :

1. repérage des notions clés de l'évaluation
2. construction du processus méthodologique
3. organisation et appréciation de l'information évaluative
4. analyse diagnostique rédigée
5. conclusions et préconisations.

Dans un premier temps, la construction du dispositif commence par un ajustement des notions clés à la spécificité de l'établissement :

- définition de l'évaluation avec appui théorique fondé sur des travaux actuels
- repérage de l'objet d'évaluation

- identification des finalités de l'action
- rappel des origines de la commande
- mise en évidence des composantes implicites
- détermination des modalités de recueil de l'information
- discussion sur l'étalonnage des critères mis en chantier.

Dans un second temps, le processus d'évaluation est mis en œuvre, au cours d'une série d'ateliers entrecoupés d'expérimentations sur le terrain. L'élaboration des outils a lieu progressivement selon cette dynamique. Le modèle d'évaluation est forgé par le groupe de pilotage à partir d'une sélection des dimensions pertinentes au regard de la loi, en considération des spécificités du public accueilli. Onze dimensions sont ainsi retenues, puis transformées en critères d'évaluation. Le tableau du modèle d'évaluation synthétise la structure méthodologique de la démarche.

<b>TABLEAU DU MODELE D'EVALUATION INTERNE DE LA MAISON DE VAUBRUN</b>			
CONCEPT CENTRAL	DIMENSIONS PRINCIPALES	CRITERES	INSTRUMENTS DE RECUEIL DES INFORMATIONS
<b>Lien d'accompagnement</b>	Usager <i>Evaluation des résultats</i>	1. Bien-être de l'utilisateur	Bilans et Synthèses
		2. Evolution de la situation de l'utilisateur	Bilans et Synthèses
	Prestation <i>Evaluation des moyens</i>	3. Respect éthique de l'utilisateur	Réunions parents-professionnels Questionnaires parents Questionnaires d'équipe
		4. Admission et accueil	Formulaires d'admission
		5. Projet personnalisé	Projets personnalisés Bilans et Synthèses
		6. Qualité des activités	Rapports d'activité
		7. Satisfaction des usagers-partenaires	Réunions parents-professionnels Questionnaires aux parents
	Conformité institutionnelle	8. Respect du droit de l'utilisateur	7 instruments loi de 2002
		9. Projet d'établissement	Projet d'établissement
		10. Procédures d'urgence et conditions de sécurité	Entretien avec le directeur
	Implication professionnelle	11. Bien-être professionnel	Questionnaires aux professionnels Questionnaires d'équipe

*Tableau 1 : Le modèle d'évaluation – rapport d'évaluation interne p.9<sup>1</sup>*

Le groupe de pilotage opte pour un étalonnage des critères en trois niveaux avec rédaction qualitative des contenus. Les onze critères, figurant dans la troisième colonne du modèle d'évaluation sont ainsi gradués :

- niveau 1 : qualité inférieure, défaut de qualité nécessitant une remédiation rapide

<sup>1</sup> Rapport d'évaluation interne de la Maison de Vaubrun, septembre 2006

- niveau 2 : qualité moyenne, altération de la qualité demandant une remédiation circonstanciée
- niveau 3 : qualité optimale nécessitant la poursuite de l'orientation de travail.

Les instruments de recueil d'information regroupés dans la quatrième colonne, sont identifiés en parallèle, certains mis en construction simultanément à l'élaboration des critères. La prestation est examinée préalablement sous différents aspects déclinés par le concept central de *lien d'accompagnement*. A partir de celui-ci quatre dimensions sont dégagées :

- l'utilisateur
- la prestation
- la conformité institutionnelle
- l'implication professionnelle.

Dans un troisième temps, un guide d'analyse est mis en application. Cet instrument permet de collecter dans un tableau déroulant, les informations significatives numérotées, avec mention de l'instrument de recueil et du niveau d'appréciation porté par les évaluateurs à l'intérieur de chaque critère. Ce guide d'analyse offre la possibilité d'inscrire les appréciations diagnostiques.

Lors de la quatrième étape, les productions du guide d'analyse sont mises en forme dans une analyse diagnostique dressant un état synthétique des ressources et lacunes identifiées par l'évaluation. L'analyse diagnostique aboutit à la préconisation de remédiations destinées à améliorer la qualité ; elle produit des recommandations aussi formelles pour valoriser les compétences auprès de tous les acteurs concernés. L'analyse diagnostique à dominante qualitative est complétée par un tableau regroupant les aspects quantitatifs de l'information recueillie ; cet instrument (cf. tableau 2) est assorti d'un commentaire.

Au cours de la cinquième et dernière étape, les productions de l'analyse diagnostique sont synthétisées dans le *tableau de bord des préconisations* et dans le *plan d'action* élaboré par la direction, afin de mettre en œuvre les préconisations retenues. Ce dernier instrument propose un outil de management ajusté au pilotage de l'amélioration continue de la qualité de la prestation. Enfin, une conclusion modélisée regroupe les principaux points caractéristiques des ressources et dysfonctionnements apparus à l'évaluation interne. La conclusion prononce un avis pondéré sur la qualité globale de la prestation, avant de résumer les préconisations de remédiation, de correction et de valorisation.

Il est à noter que la participation des acteurs a été valorisée : le personnel, professionnels de terrain et encadrement, a construit l'instrument avec la guidance du consultant, sous la supervision du conseil d'administration de l'APEI. Les usagers-partenaires, parents et responsables légaux, ont été consultés par voie de réunion et diffusion d'un questionnaire. Il faut remarquer que leur avis a entraîné des modifications significatives dans la construction de l'instrument. Ainsi, l'introduction du critère n°6 *Qualité des activités proposées* est due à la suggestion de la mère d'un résident. De la même manière, l'ajout dans le questionnaire aux familles d'un item portant sur l'apparence extérieure de l'utilisateur, résulte d'une demande exprimée par plusieurs familles. Les usagers de l'établissement n'ont pas été directement consultés au cours de l'évaluation interne. Cependant des procédés de consultation

à base d'outils ajustés à leurs capacités, essentiellement sous forme de pictogrammes, ont été envisagés pour la prochaine évaluation interne. Ce procédé a d'ailleurs été repris et développé dans le cadre du projet éducatif de l'établissement.

Le rapport d'évaluation final présente une particularité : il est déposé en deux volumes. Le rapport principal présente la méthode d'évaluation, l'analyse diagnostique et les résultats. Le volume d'annexes rend compte du traitement de l'information classée dans le guide d'analyse. Les deux volumes sont complétés par un dossier regroupant l'ensemble des informations recueillies tout au long de la démarche. Cette tripartition présente plusieurs avantages : le rapport principal peut être utilisé à des fins de communication ou d'information ; le second volume offre une lisibilité accrue sur la démarche diagnostique ; enfin l'ensemble des supports originaux est aisément consultable dans le dossier joint.

L'évaluation interne doit déboucher sur des préconisations, dans le cadre de l'amélioration permanente des prestations en direction du public accueilli. Une planification en trois temps a été prévue pour jalonner les cinq ans de l'échéance en cours. Ce programme d'action est mis en œuvre et contrôlé par la direction de l'établissement :

- le premier temps concerne les remédiations rapides, celles-ci doivent être réalisées dans un délai de six mois,
- le second temps concerne les jalons d'évaluation intermédiaire, ceux-ci peuvent être envisagés chaque année sur décision de la hiérarchie,
- le troisième intervient à l'échéance de la période légale couverte par l'évaluation interne, au bout de cinq ans.

L'*analyse diagnostique*, le *tableau de bord des préconisations* et le *plan d'action* sont mis à disposition des responsables institutionnels, pour organiser et contrôler l'amélioration continue de la qualité. Ces outils donnent un aperçu rapide de l'avancée des chantiers sensibles. On peut ainsi vérifier l'évolution des actions de remédiation et de valorisation préconisées par l'évaluation interne. Les instruments de pilotage permettent de suivre l'avancée des améliorations à tout instant ou chaque année en fonction des objectifs poursuivis et de la demande éventuelle des instances de l'association ou des décideurs. Enfin, le bilan réalisé à partir du *tableau de bord des préconisations* (cf. tableau 3), constituera l'opération préliminaire à l'engagement de la prochaine évaluation interne, en 2011.

\*  
\* \*

Les conclusions du rapport d'évaluation interne déterminent une réorientation du travail via l'approche managériale. Deux types de perspectives sont dégagées : quantitative et qualitative. L'approche qualitative a été privilégiée dans notre démarche, tandis que l'interprétation des chiffres occupe une place plus réduite. L'exploitation quantitative se fait à partir d'un tableau qui regroupe les données chiffrées.

CRITERES	INSTRUMENT DE RECUEIL (variables pour le critère n°3)	NB INFO RECU EILLIES *	DANS CHAQUE NIVEAU			Domi nante	Effectif global  Nb de sujets traités
			Niv.1	Niv.2	Niv.3		
1. Bien-être de l'utilisateur	Bilans et Synthèses	12	1	6	5	Niv.2 et 3	Sur 39 usagers : 12 sujets traités
2. Evolution de la situation de l'utilisateur	Bilans et Synthèses	12	3	3	6	Niv.3	Sur 39 usagers : 12 sujets traités
3. Respect éthique de l'utilisateur	Confort matériel	253	0	7	9		Sur 39 usagers : 13 retours du questionnaire aux familles sur 39 distribués  4 questionnaires d'équipe
	Confort alimentaire		0	7	11		
	Hygiène de l'utilisateur		3	6	7		
	Confort vestimentaire		4	5	4		
	Locaux		3	5	9		
	Normes de sécurité		3	3	4		
	Droit aux soins		2	4	7		
	Respect de l'intimité		4	1	3		
	Respect apparence extérieure		5	1	6		
	Respect verbal		0	5	11		
	Liberté d'expression		0	0	13		
	Liberté choix activités		0	2	8		
	Liberté choix loisirs vacances		3	1	8		
	Liberté religion		0	2	4		
Sexualité	4	0	2				
	<b>Total par niveau</b>	-----	<b>31</b>	<b>49</b>	<b>106</b>	Niv.3	
4. Admission et accueil	Accueil téléphonique	18	0	0	9	Niv.3	Sur 39 usagers : 9 formulaires admission
	Rencontres		0	1	8	Niv.3	
5. Projet personnalisé	Projets personnalisés	23	2	5	16	Niv.3	Sur 39 usagers 19 projets personnalisés
6. Qualité des activités	Rapports d'activité	42	7	24	11	Niv.2	Sur 42 activités : 42 bilans d'activités
7. Satisfaction des usagers-partenaires	Réunions parents-professionnels	15	3	5	7	Niv.3	Sur 39 usagers : 13 questionnaires familles
	Questionnaires aux parents						
8. Respect du droit de l'utilisateur	7 instruments loi de 2002	7	1	3	3	Niv.2 et 3	Sur 7 instruments 6 instruments traités
9. Projet d'établissement	Projet d'établissement	2	0	0	2	Niv.3	Un document concerné et traité
10. Procédures d'urgence et conditions de sécurité	Entretien avec le directeur	10	3	2	4	Niv.3	Un entretien avec le directeur
11. Bien-être professionnel	Questionnaire aux professionnels	14	4	4	6	Niv.3	Sur 33 prof. non cadres 14 avis recueillis
	Questionnaire d'équipe						
NOMBRE TOTAL D'INFOS RECUEILLIES		408	55	102	183		

*Le cumul des trois niveaux est parfois inférieur au nombre total d'informations recueillies pour chaque critère, lequel prend en compte les informations recueillies n'ayant été classées dans aucun des trois niveaux.*

**Tableau 2 : Les données quantitatives - rapport d'évaluation interne p.43**

Le tableau récapitulatif fait état de 408 informations répertoriées dans le guide d'analyse du volume annexe. Sa présentation dans le rapport d'évaluation interne est suivie d'une analyse diagnostique. Le classement de ces données a permis le comptage des informations pour chacun des trois niveaux de qualité :

- 55 informations pour le niveau 1 sanctionnent des défauts de qualité,
- 102 informations de niveau 2 marquent des insuffisances significatives,

- 183 informations au niveau 3 correspondent à une qualité optimale.

A la lecture du tableau nous avons pu observer une dominante numérique de la qualité optimale dans 11 critères sur 13, les deux items *Bien-être de l'utilisateur* et *Qualité des activités* obtenant des résultats supérieurs en niveau 2. D'un point de vue quantitatif, on remarque qu'aucun critère ne présente un résultat majeur en niveau 1.

En l'état de l'information recueillie, la représentativité demeure limitée dans ce travail d'évaluation. Cette circonstance n'est pas sans lien avec les difficultés de création de l'outil. Ainsi, les informations recueillies pour les critères 1 et 2, concernent seulement le tiers de la population de l'établissement. Pour ce qui est des questionnaires aux familles, aux professionnels et aux équipes, il apparaît un retour de 30% pour les familles, 42% pour les professionnels, 100% pour les équipes. Il convient de rappeler que l'échantillon s'applique à une évaluation à dominante qualitative, et non à une approche de type statistique. Néanmoins, la représentativité devrait être améliorée lors des prochaines évaluations internes, l'outil étant constitué.

Toutes les activités développées dans l'établissement ont été traitées dans le critère 5. En ce qui concerne la procédure d'admission (critère 4), les neuf derniers accueils d'utilisateurs-résidents ont été examinés. Quant aux instruments légaux instaurés par la loi de 2002, six ont été traités par le critère 8, le septième (à savoir la liste des personnes qualifiées) ne pouvant l'être du fait de son indisponibilité au niveau des autorités compétentes.

La démarche d'évaluation interne a donc conduit la direction et les professionnels à renforcer le cadre institutionnel, en optimisant les prestations offertes. Ainsi la construction des instruments exigés par la loi de janvier 2002, a été menée conjointement à l'élaboration du dispositif : livret d'accueil, projet d'établissement, contrat de séjour, avenant au contrat, règlement intérieur. Ont également été construits, validés et mis en œuvre : les questionnaires aux équipes et aux utilisateurs-partenaires sur le respect éthique de l'utilisateur (critères 3 et 7), le formulaire d'admission rempli par le chef de service (critère 4), le projet personnalisé rempli par le chef de service, le référent et la famille (critère 5), les bilans d'activité complétés par la direction (critère 6), le questionnaire sur le bien-être des professionnels (critère 11). Issu des travaux du groupe de pilotage, un nouvel instrument associe le projet personnalisé et les critères 1,2 et 5 renseignés par la rédaction des bilans et rapports de synthèse. Ces instruments favorisent l'animation de la dynamique institutionnelle et le pilotage de l'amélioration de la qualité des prestations.

En ce qui concerne les résultats, une première surprise nous attendait : l'évaluation montre que les professionnels sont plus sévères que les familles et tuteurs, notamment sur les conditions du respect éthique de la personne (critère 3, variable *locaux, normes de sécurité et respect verbal*). Il est vrai que les professionnels sont probablement mieux informés sur la réalité interne de l'établissement. On remarque cependant qu'ils ont évalué avec une certaine honnêteté, compte tenu des résultats majoritairement positifs formulés par les familles sur ces mêmes items. Cette tendance semble la marque d'une conscience professionnelle significative, les équipes n'ayant apparemment pas cédé à la solution de facilité en matière d'auto-évaluation. D'autre part, on distingue une reconnaissance de la compétence des



professionnels par les familles, qui n'ont pas saisi l'occasion du questionnaire pour exprimer des griefs majeurs.

Le bilan global de l'évaluation interne a donné lieu à un ensemble de préconisations regroupées dans le *tableau de bord* (tableau n°3), selon les trois niveaux de l'étalonnage des critères. Au niveau 1 sont regroupées les indications de remédiation rapide et les corrections à engager progressivement, au niveau 2 on retrouve les améliorations à engager progressivement, le niveau 3 énumère les indications de valorisation concernant les aspects positifs dégagés par l'évaluation. Cet outil de pilotage synthétique permet de mettre en perspective les préconisations de l'évaluation interne et d'en assurer le suivi, les faits précis à l'origine des indications pouvant être rapidement identifiés dans le guide d'analyse à l'intérieur du volume annexe.

<b>TABLEAU DE BORD DES PRECONISATIONS</b>	<b>REMEDATION NIV.1</b>	<b>AMELIORATION NIV.2</b>	<b>VALORISATION NIV.3</b>
Cr.1 - Bien-être de l'utilisateur	Pas d'indication	Pas d'indication	Valoriser
Cr.2 - Evolution de la situation de l'utilisateur	Corriger.	Pas d'indication	Valoriser
Cr.3 - Respect éthique de l'utilisateur – Confort matériel	Pas d'indication	Améliorer	Valoriser
- Cr.3 Confort alimentaire	Pas d'indication	Améliorer	Valoriser
- Cr.3 Hygiène	Remédier	<b>Améliorer</b>	Valoriser
- Cr.3 Confort vestimentaire	Remédier	Améliorer	Pas d'indication
- Cr. 3 Locaux	Corriger.	Améliorer	Valoriser
- Cr.3 Normes de sécurité	Remédier	Remédier	Valoriser
- Cr.3 Droit aux soins	Remédier	Améliorer	Valoriser
- Cr.3 Respect de l'intimité	Remédier	Améliorer	Pas d'indication
- Cr.3 Respect de l'apparence extérieure	Corriger.	Pas d'indication	Pas d'indication
- Cr.3 Respect verbal	Pas d'indication.	Améliorer	Valoriser
- Cr.3 Liberté d'expression	Pas d'indication.	Pas d'indication	Valoriser
- Cr.3 Liberté du choix des activités	Pas d'indication	Pas d'indication	Valoriser
- Cr.3 Liberté du choix des loisirs et vacances	Corriger.	Pas d'indication	Valoriser
- Cr.3 Liberté de religion	Pas d'indication	Améliorer	Valoriser
- Cr.3 Sexualité	Corriger.	Pas d'indication	Pas d'indication
Cr.4 - Admission et accueil	Pas d'indication	Pas d'indication	Valoriser
Cr.5 - Projet personnalisé	Remédier	Améliorer	Valoriser
Cr.6 - Qualité des activités	Corriger	Améliorer	Valoriser
Cr.7 - Satisfaction des usagers-partenaires	Remédier	Améliorer	Valoriser
Cr.8 - Respect du droit de l'utilisateur	Corriger	Améliorer	Valoriser
Cr.9 - Projet d'établissement	Pas d'indication	Pas d'indication	Valoriser
Cr. 10 - Procédures d'urgence et conditions de sécurité	Remédier	Améliorer	Valoriser
Cr.11 - Bien-être professionnel	Remédier	Améliorer	Valoriser
- hors critère – Avancées instrumentales	Pas d'indication	Pas d'indication	Valoriser
- hors critère – Authenticité de la part des acteurs	Pas d'indication	Pas d'indication	Valoriser

*Tableau 3 : Les préconisations - rapport d'évaluation interne p.46*

Cet outil de management met à disposition des équipes d'encadrement un programme d'action limité dans le temps, qui facilite la gestion globale des préconisations de remédiation et de valorisation. Un tel programme permet de mettre effectivement en oeuvre l'amélioration permanente des prestations offertes.

La conclusion synthétique du rapport d'évaluation interne (tableau 4) livre les principales appréciations diagnostiques et les préconisations à mettre en place. Celles-ci seront reprises lors de la prochaine évaluation.

**A partir** d'une information recueillie auprès des usagers, des usagers-partenaires (familles et tuteurs), des membres du conseil d'administration, des professionnels de terrain et de la direction ;

**en fonction** des dispositions de la loi du 2 janvier 2002, régissant les modalités de l'évaluation interne de la qualité des prestations dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

**à partir** des nécessités de remédiations rapides apparues dans les domaines de l'hygiène, du confort vestimentaire, des normes de sécurité, du droit aux soins, du respect de l'intimité, de la mise en œuvre des projets personnalisés, de la satisfaction des usagers-partenaires, de la mise en œuvre des procédures d'urgence et des conditions de sécurité, du bien-être professionnel ; de la liberté du choix des loisirs et vacances, de la sexualité, de la qualité des activités, du respect du droit des usagers ;

**à partir** des indications de corrections à apporter dans les domaines de l'évolution de la situation des usagers, des locaux, du respect de l'apparence extérieure ;

**à partir** des propositions d'améliorations à engager progressivement dans les domaines du confort matériel, du confort alimentaire, de l'hygiène, du confort vestimentaire, des locaux, du droit aux soins, du respect de l'intimité, du respect verbal, de la liberté de religion, de la mise en œuvre des projets personnalisés, de la qualité des activités, de la satisfaction des usagers-partenaires, du respect des droits des usagers, de la mise en œuvre des procédures d'urgence et des conditions de sécurité, du bien-être des professionnels ;

**à partir** des aspects positifs à valoriser consistant dans les domaines du bien-être, de l'évolution de la situation de l'utilisateur, du confort matériel, du confort alimentaire, de l'hygiène, des locaux, du respect des normes de sécurité, du droit aux soins, du respect verbal, de la liberté d'expression, de la liberté du choix des activités, de la liberté du choix des loisirs et vacances, de la liberté de religion, de la procédure d'accueil et d'admission, de la mise en œuvre des projets personnalisés, de la qualité des activités, de la satisfaction des usagers-partenaires, du respect des droits des usagers, de la mise en œuvre du projet d'établissement, de la mise en œuvre des procédures d'urgence et des conditions de sécurité, du bien-être des professionnels, des avancées instrumentales significatives, des manifestations d'authenticité de la part des acteurs ;

**nous estimons** que la prestation assurée par la Maison de Vaubrun auprès de ses usagers présente un niveau de qualité globale plutôt satisfaisant ;

**nous indiquons** la mise en œuvre immédiate avec l'ensemble des acteurs impliqués des préconisations de remédiation détaillées dans l'analyse diagnostique, et le suivi continu des améliorations au moyen du plan d'action et du tableau de bord des préconisations ;

**nous indiquons** la mise en œuvre progressive avec l'ensemble des acteurs impliqués des préconisations de corrections et d'amélioration détaillées dans l'analyse diagnostique, et le suivi continu de l'évolution des améliorations au moyen du plan d'action et du tableau de bord des préconisations ;

**nous indiquons** la mise en œuvre rapide des préconisations de valorisation des aspects positifs détaillées dans l'analyse diagnostique, et le suivi continu du maintien des compétences activées en faveur des usagers, au moyen du plan d'action et du tableau de bord des préconisations.

*Tableau 4 : Conclusion synthétique - du rapport d'évaluation interne p. 53*

Il ressort de cette démarche, avec une bonne année de recul, que les productions de l'évaluation interne sont bien acceptées par les acteurs professionnels, ceci précisément parce qu'elles ont été élaborées en grande partie par eux. Un climat de dynamique participative a présidé à l'engagement de l'évaluation. Cet élan a considérablement facilité le pilotage de l'amélioration de la qualité. L'évaluation interne dans ses trois dimensions diagnostique, implicationnelle et prospective, constitue un levier de management. Ses pistes de travail permettent aux équipes d'encadrement de proposer une planification concrète pour remédier aux dysfonctionnements repérés au niveau 1, corriger les lacunes du niveau 2, et pointer auprès des acteurs les aspects positifs valorisés par le niveau 3.

Il aurait été intéressant de développer davantage les aspects concrets de la construction de cette évaluation. Mais l'objet n'est pas de refaire le travail, il s'agit plutôt d'illustrer en tentant de rendre lisible. Au-delà, chacun pourra se reporter au document complet.

\*  
\* \*

La note d'orientation du CNESMS du 10 novembre 2005 précise que « toute évaluation portant sur un service ou un établissement social ou médico-social instaure un processus global et cohérent de conduite du changement dans l'optique de l'amélioration continue de la qualité des prestations. » Au moment où survenaient les recommandations nationales, nous avons déjà repéré que l'adhésion des professionnels au processus d'évaluation interne était une condition indispensable. En effet, vouloir mettre en œuvre un tel projet sans concertation avec les salariés, serait passé pour un exercice directorial dénué d'intérêt. Rien n'aurait pu se faire sans la nécessaire appropriation des professionnels. L'instauration du climat propice a été initiée par le duo directeur/consultant. L'un et l'autre partageant les mêmes convictions d'approche, il a été possible d'apporter aux salariés les explications préalables. On a pu aussi dédramatiser la situation évaluative, souvent génératrice d'appréhensions diverses. La démarche orchestrée par le consultant a généré une énergie particulière. Au fil des mois les salariés se sont effectivement appropriés les instruments. La mise en place de délégations représentatives des différents secteurs d'activité s'est mise en œuvre naturellement sous couvert de la hiérarchie.

Revenons un instant sur les résultats produits avec notre critère n°3 *Respect éthique de l'utilisateur*. L'évaluation interne ne fait apparaître aucune manifestation de non-respect de l'utilisateur/résident pour les sept variables suivantes : *confort matériel, confort alimentaire, respect verbal, liberté d'expression, liberté de choix des activités, liberté de religion, sexualité*. Par contre l'analyse des huit autres variables montre des lacunes dont certaines nécessitent remédiation, notamment dans les rubriques : *hygiène de la personne ; confort vestimentaire ; normes de sécurité ; droit aux soins (manque d'un poste d'infirmière) ; respect de l'intimité et de l'apparence extérieure*. Nous observons que les manques repérés se situent dans le droit fil du projet

éducatif de l'établissement et dans la conception centrale du texte de la loi de janvier 2002.

Je voudrais souligner que les lacunes ont été repérées par les professionnels eux-mêmes. En cela réside l'un des principaux avantages de la méthode. L'évaluation interne a effectivement été actionnée par les acteurs de terrain, ceux qui côtoient au quotidien les personnes concernées, ceux qui sont les mieux à même d'évoquer clairement conditions de travail et modalités pratiques. Ainsi les salariés de l'établissement ont-ils identifié les aspects qu'il paraissait primordial de résoudre, ceux qui ont reçu l'indication *A remédier rapidement*. On remarque également qu'en donnant priorité aux remédiations touchant la personne accueillie, les professionnels ont su interpeller l'organisation, désormais placée en position de devoir impérativement s'emparer de la démarche. La question de l'exiguïté des locaux se traite sans difficulté majeure autre que la prospective essentiellement budgétaire. Il en va de même pour la sécurité bien que les normes se complexifient sans cesse, leur respect exigeant de nouveaux achats, investissements, modifications. Les choses sont différentes dès qu'on aborde les questions liées aux personnes, celles-là demeurent sans doute plus délicates. Il s'agit de traiter des faits, des conceptions et des actions qui ne peuvent se mettre en œuvre sans une participation commune des professionnels, des familles et des personnes accueillies. Autant dans le registre de la sécurité et de l'architecture des locaux, le pouvoir de décision relève de la direction de l'établissement, autant le chapitre des interactions humaines dépend pour l'essentiel de la bonne volonté des acteurs de terrain.

En s'emparant des problématiques touchant à la personne, l'équipe éducative a créé une seconde surprise. La démarche évaluative a été réalisée par des professionnels de formations et d'anciennetés variées. Contre toute attente, nous nous sommes aperçus que les acteurs les plus moteurs dans le changement appartenaient aux structures d'hébergement (probablement les plus exposées au quotidien des résidents) et comptaient parmi les plus anciens salariés. Je m'attendais à ce que l'évaluation interne vérifie la tendance contraire. Il paraissait plus probable que, face à la lourdeur de l'hébergement avec son quotidien, face à ce public dont le vieillissement va s'amplifiant, les professionnels parfois présents depuis l'ouverture, s'abstiennent d'investir les nouveaux outils d'évaluation ? Nous avons constaté que bien au contraire, les plus actifs étaient aussi les plus anciens !

L'évaluation interne a fait surgir un autre paradoxe. La mise en œuvre chaque année des entretiens annuels d'appréciation avait permis de noter de nombreux phénomènes d'épuisement professionnel. Sans entrer dans les détails, il semble que les phénomènes repérés lors de ces entretiens recoupent les traits essentiels de l'épuisement professionnel, autrement dénommé *burn out*. Ces caractéristiques sont mieux connues depuis mars 1993, suite à l'étude réalisée à la demande du Ministère de la Recherche et de la Technologie dans le cadre de l'appel d'offre du programme *Homme-Travail-Technologie*, dans les rubriques *Composante psychique de la coopération* et *Souffrance psychique et travail*. Ces travaux prennent appui sur l'utilisation du test M.B.I. (Maslach Burn-out Inventory) qui est utilisé dans le cadre d'études en travail social. Ce test, instrument d'évaluation fiable, a été mis au point en 1981 aux Etats-Unis. Il recouvre les trois aspects essentiels du *burn-out* :

- l'épuisement émotionnel, le sentiment d'être vidé, de ne plus répondre aux exigences de la relation, de ne plus rien avoir à donner psychologiquement,

- la déshumanisation, le développement d'attitudes négatives, dures et cyniques vis-à-vis des personnes,
- la diminution de l'accomplissement personnel, le sentiment de ne plus être à la hauteur de la tâche demandée, de n'être pas fait pour ce travail, de ne rien accomplir de valorisant.

Ce test a été utilisé dans plusieurs études auprès de différentes professions : enseignants du secondaire et médecins du SAMU en région parisienne, travailleurs sociaux sur six régions de France. Ces recherches font apparaître que loin des symptômes de l'authentique *burn-out*, trois cent travailleurs sociaux consultés toutes professions confondues, semblent surtout sensibles aux exigences émotionnelles et affectives de leur profession, au-delà du contexte institutionnel. Ils seraient davantage « épuisés », « vidés », « à sec », tout en exprimant modérément l'impression de ne pas s'accomplir dans leur travail, de ne rien faire de valorisant ni d'utile. Autre remarque significative à propos de cette étude : le sentiment d'accomplissement personnel est amplifié dans les professions qui nécessitent une plus grande technicité (médecin par exemple). Pour aller à l'essentiel, trois axes ont été repérés au niveau du travail social, en particulier par les Canadiens D. Bourgault et M. Meloche en 1981 :

- les causes liées à l'individu (vulnérabilité personnelle au stress, à la difficulté du travail, au décalage entre idéalisme et réalité professionnelle, à l'absence d'un réseau affectif et social),
- les causes liées au travail (demande continue de soins, chronicité des personnes, stress continu et prolongé),
- les causes liées à l'institution (manque de communication, absence de progression dans la hiérarchie, manque de moyens, compétences ou performances peu ou pas reconnues, salaires démotivants).

En résumé, l'épuisement repose sur trois fondements :

- la profession comme telle,
- les individus impliqués,
- les organisations en cause.

Pour Bourgault et Meloche : « La personne qui est le moins susceptible de devenir épuisée sur le plan professionnel est celle qui découvre consciemment de *nouveaux intérêts* et de *nouveaux champs à conquérir* »<sup>2</sup>.

En s'appropriant les savoirs de l'évaluation interne, les professionnels de nos équipes sont devenus acteurs, participants actifs aux travaux. Nous avons noté que des manifestations typiques de l'épuisement professionnel (absentéisme, changement rapide du personnel, baisse de moral, réflexions ou attitudes exprimant la démobilisation) tendaient à s'estomper jusqu'à disparaître sur le long terme. L'évolution du climat institutionnel s'est progressivement éloignée des quatre étapes du processus d'usure professionnelle identifié par les Américains N. Edelwich et J. Brodsky : enthousiasme idéaliste, stagnation, frustration, apathie. Il semblerait que la démarche d'évaluation interne ait exercé parmi les professionnels, un mouvement significatif de mise en marche vers l'innovation et l'intérêt<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Bourgault D., Meloche M., *Le burn-out*, Montréal, Hôpital Notre Dame, 1981

<sup>3</sup> Edelwich N., Brodsky J., *Burn-Out, Stades of desillusionnement in the helping professions*, Human Service Press, New-York, 1980

Certes, le personnel de la Maison de Vaubrun ne paraissait pas souffrir du *burn out* au sens clinique du terme. Mais les manifestations constatées au moment de ma prise de fonction relevaient à minima d'une fatigue professionnelle prononcée, résultant simultanément de l'alourdissement des prises en charge et de la stagnation de l'environnement professionnel. La circulation de la parole au sein du groupe a produit une valorisation trop rarement rencontrée par les acteurs de terrain. La mise en place du processus d'évaluation interne en association avec un management participatif, a permis d'atténuer progressivement puis faire disparaître à ce jour, un ensemble de symptômes qui, laissés en l'état, auraient pu détériorer la qualité des prestations, et ainsi porter atteinte aux bénéficiaires eux-mêmes.

\*  
\* \*

En d'autres termes, les professionnels de nos secteurs sont exposés au mythe de Sisyphe, qui condamne à pousser sans fin sur une pente montagneuse un lourd rocher, lequel à peine approchant du sommet, se remet à dévaler. A une différence près : Sisyphe était puni d'une insulte faite aux dieux. Pour les intervenants de l'action sociale, il s'agit plutôt de traiter une situation professionnelle qui pourrait être vécue comme absurde et répétitive, parce qu'on n'en connaît ni la fin ni l'aboutissement. Albert CAMUS dans *Le mythe de Sisyphe* nous laisse bien des raisons d'espérer : « La lutte elle-même vers les sommets suffit à remplir le cœur d'un homme, il faut imaginer Sisyphe heureux »<sup>4</sup>. A ce niveau, nous avons pu constater l'efficacité de la méthode utilisée. L'approche participative vient au devant des acteurs de terrain, leur offre la liberté de s'emparer de ce qui leur paraît important, les invite à proposer des pistes d'optimisation en lien avec une direction à l'écoute. Ingrédient essentiel, l'activation du duo directeur/consultant, a permis d'améliorer sensiblement les prestations, tout en atténuant l'ampleur de la fatigue professionnelle. De fait nous ne soupçonnions pas cet impact positif au commencement de cette aventure évaluative.

---

<sup>4</sup> CAMUS A., *Le mythe de Sisyphe*, Gallimard, Paris, 1943