

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles



*La conduite de l'évaluation interne
dans les établissements et services visés
à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles*



Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du CASF

L'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale a notamment pour mission d'accompagner les établissements et services (ESSMS) dans leur démarche d'évaluation, vecteur essentiel d'amélioration de la qualité des prestations qu'ils délivrent.

L'évaluation contribue en effet à adapter les réponses aux besoins des personnes accompagnées, et à prévenir les risques liés à leur vulnérabilité. Elle représente par ailleurs, pour les ESSMS, un levier pour mettre en œuvre un management par la qualité, qui s'appuie sur :

- un questionnement évaluatif centré sur les usagers ;
- une méthodologie qui prend en compte des perspectives croisées (professionnels, usagers...) ;
- une approche rigoureuse adossée à des outils spécifiques et adaptés ;
- une interrogation régulière de la pertinence et du sens de l'action collective au regard de besoins identifiés.

Ces outils de pilotage de l'activité des ESSMS participent ainsi de l'accompagnement du changement.

Réalisée avec l'appui de compétences diversifiées, sur la base des travaux déjà menés dans les établissements et services, cette recommandation a pour objet de décrire la démarche. Elle s'inscrit dans la continuité des textes qui l'ont précédée. Pragmatique, elle propose les éléments incontournables pour la mettre en œuvre, ainsi que des repères méthodologiques accompagnés d'illustrations couvrant les différents secteurs. C'est aussi un outil pédagogique accessible aux équipes, quel que soit leur niveau d'information et de pratique.

Transversale, au regard du champ de compétence de l'Agence, celle-ci répond en outre aux interrogations de l'ensemble des établissements et services qui œuvrent au bénéfice des personnes âgées ou handicapées, dans le secteur de l'enfance et de l'inclusion sociale. Elle sera complétée par des recommandations destinées à certaines catégories d'entre eux tels que les Ehpad ou les services aux personnes présentant des problématiques complexes, de façon à proposer des critères d'appréciation et des références spécifiques.

Enfin, le dispositif sera complété par les évaluations externes qui permettront d'apprécier les modalités de déploiement de l'évaluation interne

Ont contribué à l'élaboration de ce document

Equipe projet de l'Anesm

Michèle PONDAVEN, chef de projet
Sophie MAUNIER, chef de projet
Lucie DESARBRES, chef de projet junior
Pascale DORENLOT, responsable du service Evaluation

Correspondants Conseil scientifique

Alain COLVEZ, directeur de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)
Marcel JAEGER, directeur général de l'Institut régional du travail social (IRTS) d'Ile-de-France
Pierre SAVIGNAT, directeur d'hôpital, maître de conférence associé, université de Grenoble II
Claude VOLKMAR, directeur du Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (Creai) Rhône-Alpes, professeur associé à l'Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales et leurs réseaux (Ifross)

Comité de pilotage

Emmanuel BON, adjoint au directeur de l'Association des paralysés de France (APF)
André DUCOURNAU, président du Comité d'orientation stratégique (Cos) de l'Anesm
Claude VOLKMAR, référent Conseil scientifique de l'Anesm

Groupe de travail

Emmanuel BON, adjoint au directeur de l'Association des paralysés de France (APF)
Léopold CARBONNEL, chargé de mission Evaluation, direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass), Provence-Côte d'Azur
Roland JANVIER, directeur général de la fondation Massé-Trévidy
Philippe LEMAIRE, responsable départemental, France Terre d'Asile
Claudine OFFREDI, responsable du master Management des politiques sociales et sanitaires, université Pierre Mendès-France, Grenoble II
Dominique SACHER, président de la Conférence permanente des coordinations associatives, élu au titre des représentants des usagers, représentant l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss)

Personnes ressources

Marie-Hélène DECHAUX, chargée de mission, direction générale de l'Action sociale (DGAS)
Guy CAUQUIL, président de la Société française de l'évaluation de 2004 à 2008
David PIOVESAN, responsable du département médico-social, Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales et leurs réseaux (Ifross)
Béatrice FERMONT, chargée de recherches au laboratoire d'Economie et de gestion des organisations de santé (Legos)
Annie FOUQUET, présidente de la Société française de l'évaluation
Jean-Michel GODET, directeur général de l'Institut régional du Travail social (IRTS) de Basse-Normandie
Joseph HAERINGER, enseignant-chercheur, laboratoire interdisciplinaire pour la Sociologie économique (Lise)
Philippe JOURDY, directeur de l'Association pour la sauvegarde des enfants invalides (Asei), représentant la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap)
Olivier MARGUERY, directeur de programme, fondation Armée du salut
Jacques PAPAY, responsable de formation, Institut régional du Travail social (IRTS) de PACA-Corse
Michel RAMOS, conseiller qualité à l'Association des paralysés de France (APF)
Jean-Marie SIMON, secrétaire national de l'Association de directeurs, cadres de direction et certifiés de l'Ecole des hautes études en santé publique (ADC-EHESP)
Fabrice TOLETTI, directeur général de l'association des Pupilles de l'enseignement public de la Côte d'Or (PEP21)

Groupe de travail sur le format des résultats

Luc ASTOUL, responsable qualité, direction générale de la Solidarité et de l'action sociale, conseil général du Puy-de-Dôme

Isabelle BARGÈS, directrice du département Formation et qualité de vie de la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (Fnaqpa)

Stéphanie BERTRAND, conseillère technique, Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (UNADMR)

Emmanuel BON, adjoint au directeur de l'Association des paralysés de France (APF)

Alain BONNIÈRE, directeur d'Ehpad (Somme)

Christian CARESSE, responsable du pôle Cohésion sociale, direction départementale de l'Action sanitaire et sociale (Ddass), Ain

Jean CHAGNEAU, vice-président chargé des Affaires sociales, conseil général de la Dordogne

André DUCOURNAU, président du Comité d'orientation stratégique (Cos) de l'Anesm

Martine DUGAY, conseillère technique, Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (Creai), Midi-Pyrénées

Jacques DOURY, Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)

Pascal FUCHS, adjoint au directeur général adjoint du pôle Solidarité, conseil général des Hauts-de-Seine

François GUEGUEN, directeur de l'Enfance, de la famille et de la jeunesse, conseil général des Hauts-de-Seine

Pascal GOULFIER, président de l'Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements (Andass)

Catherine HASCOET, directrice de service, direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)

Marie-Pierre MARIANI, responsable Politique personnes handicapées, direction départementale de l'Action sanitaire et sociale (Ddass), Rhône

Nathalie MARTIN-NDIAYE, adjointe au chef du département Réfugiés et accueil des demandeurs d'asile, ministère de l'Immigration, de l'identité nationale et du développement solidaire

Jean-Louis REYNAL, directeur de l'Association Soutien Dordogne (ASD), représentant la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars)

Léonor SAUVAGE, directrice à la Protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)

Georges SIMON, conseiller technique, Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (Synerpa)

Dominique ZUMINO, responsable de l'Action sociale, Agence nationale des services à la personne (ANSP)

Coordination éditoriale et graphique

Dominique LALLEMAND, responsable de la Communication et des relations institutionnelles

Céline DAVID, chargée de communication

<i>Présentation générale</i>	7
1. Introduction	8
2. Méthode de travail	8
3. Comment lire le document ?	9
4. Une déclinaison et un approfondissement des textes qui ont précédé	10
5. La conduite de l'évaluation interne	11
6. L'intégration de la démarche	12
 <i>Phase 1 : Définir le cadre évaluatif de l'établissement ou du service</i>	15
1. Méthode	16
1.1 Etape 1 : énoncer les fondements des activités déployées	16
1.2 Etape 2 : caractériser le profil des populations auprès desquelles les activités sont déployées	18
1.3 Etape 3 : spécifier les objectifs de l'accompagnement et les critères d'appréciation des activités	20
2. Le pilotage et l'animation de la phase 1	26
2.1 La mise en œuvre de l'évaluation	26
2.2 Le rôle de l'organisme gestionnaire de l'établissement ou du service	27
2.3 Le rôle et la place de la direction de l'établissement	28
2.4 La mobilisation de l'encadrement intermédiaire	28
2.5 La participation des professionnels	28
2.6 L'implication des usagers à toutes les étapes	29
 <i>Phase 2 : Recueillir des informations fiables et pertinentes</i>	31
1. Méthode	32
1.1 Identifier les sources de données	32
1.2 Recueillir et classer les informations qualitatives et quantitatives	34
2. Le pilotage et l'animation de la phase 2	37
2.1 La disponibilité des informations	37
2.2 L'implication des usagers pour le recueil des informations	38
2.3 L'implication des professionnels dans l'identification des pratiques	38
2.4 Les règles déontologiques du recueil des informations	38

<i>Phase 3 : Analyser et comprendre les informations recueillies</i>	39
1. Méthode	40
1.1 Rassemblement des données	40
1.2 Analyse des informations recueillies	40
2. Le pilotage et l'animation de la phase 3	42
2.1 L'analyse est une coproduction des parties prenantes	42
 <i>Phase 4 : Piloter les suites de l'évaluation</i>	43
1. Méthode	44
1.1 Le plan d'amélioration	44
2. Le pilotage et l'animation de la phase 4	45
2.1 La diffusion des résultats	45
2.2 La transmission des résultats aux autorités	45
 <i>Annexes</i>	49
Annexe 1 - La conduite de l'évaluation interne	51
Annexe 2 - Tableaux et déclinaisons	53
Annexe 3 - Glossaire des notions clés	59
Annexe 4 - Liste des questions complémentaires	64
Annexe 5 - Table des illustrations	65
Annexe 6 - Bibliographie	66

Présentation générale

1. Introduction

La loi dispose que les établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles « *procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou élaborées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux* » (art. L.312-8 du CASF). Les résultats de l'évaluation doivent être communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Cette disposition s'inscrit dans les orientations de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Les finalités de l'action sociale et médico-sociale y sont définies à l'article L.116-1 : elle « *tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature* ». Les missions des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux (ESSMS) sont fixées à l'article 311-1 du CASF¹.

Le texte de loi met les droits des usagers au premier plan des principes d'action par leur association à une prise en charge personnalisée, et insiste sur la lisibilité et l'efficacité des interventions. L'évaluation interne contribue à améliorer en continu la qualité des prestations délivrées.

2. Méthode de travail

Ce document a été réalisé en trois phases :

- **Une phase d'analyse documentaire** de la littérature (périmètre national et international), complétée par une veille et analyse des outils de support de l'évaluation existant dans le secteur social et médico-social (recommandations et repères méthodologiques, cadres évaluatifs, référentiels).

Elle a porté sur des outils transversaux et des productions sectorielles ; de périmètre international, elle a inclus une revue exhaustive des référentiels d'évaluation développés en France.

- **Une phase de repérage et d'analyse**, quantitative et qualitative, des principales caractéristiques des démarches d'évaluation interne engagées en France.

1. L'article L.311-1 du CASF est ainsi rédigé : « *L'Action sociale et médico-sociale, au sens du présent code, s'inscrit dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale suivantes :*

- *Evaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ;*
- *Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;*
- *Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;*
- *Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;*
- *Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ;*
- *Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;*
- *Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.*

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

Cette phase a été réalisée sur la base de l'exploitation de trois supports :

- les résultats de l'enquête nationale 2008 de l'Anesm sur « *la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS* », réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 3 000 ESSMS, permettant de dégager les principales caractéristiques des démarches d'évaluation interne mises en œuvre (état d'avancement, conditions de mise en œuvre, méthodologies déployées, effets constatés) ;
- les contributions de 94 ESSMS sur les pratiques d'évaluation interne, en réponse à l'appel lancé par l'Anesm en septembre 2008 et diffusé par son Comité d'orientation stratégique auprès de quelque 40 fédérations et associations, ainsi qu'auprès de la direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (ces retours d'expérience ont notamment permis la sélection des illustrations qui figurent dans ce document) ;
- l'analyse systématique des questions les plus récurrentes adressées à l'Agence depuis sa création par des professionnels, des usagers, des représentants institutionnels et des experts sur la mise en œuvre et la conduite de l'évaluation interne.

➤ **Une phase de réalisation** du présent document, appuyée par des groupes de travail :

- un groupe de travail principal composé de représentants de professionnels et d'usagers (couvrant les quatre grands secteurs d'activité) et d'experts qualifiés ; ce groupe s'est notamment appuyé sur les contributions écrites et entretiens avec des personnes qualifiées, sollicitées sur des aspects méthodologiques particuliers ;
- les préconisations d'un groupe de travail dédié à la transmission des résultats des évaluations internes aux autorités délivrant les autorisations, composé de représentants du secteur social et médico-social, des administrations centrales, des collectivités territoriales.

La phase de réalisation de ce document a été coordonnée par un groupe de pilotage composé de représentants des instances de l'Agence (Comité d'orientation stratégique et Conseil scientifique). Le document a été soumis, enfin, à un groupe de lecture, puis à avis des instances de l'Agence.

3. Comment lire le document ?

Le document s'adresse aux acteurs amenés à conduire ou à participer à une démarche d'évaluation interne ainsi qu'aux autorités ayant délivré l'autorisation, destinataires des résultats des évaluations.

Il comporte un ensemble de **repères de méthode** pour la conduite de l'évaluation interne*² et doit permettre aux acteurs des ESSMS d'élaborer un protocole d'évaluation³ adapté à leur situation particulière.

L'Anesm a conçu ce document à partir des textes de référence de l'évaluation dans les ESSMS, et des principes méthodologiques de l'évaluation* reconnus au plan national et international⁴.

Les repères méthodologiques exposés sont complétés par des **illustrations** qui attestent de la manière dont les acteurs des différents secteurs ont mis en œuvre l'évaluation interne.

2. NB : Les mots suivis d'une * renvoient aux notions-clés développées dans le glossaire.

3. L'évaluation est un processus pour lequel il est nécessaire de définir un protocole : les règles, une méthodologie et des étapes.

4. Les principales références méthodologiques utilisées figurent dans le glossaire.

4. Une déclinaison et un approfondissement des textes qui ont précédé

➤ Le présent document reprend, actualise et décline, en les explicitant, les principes de mise en œuvre énoncés dans :

- le « *Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux* » du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (Cnesms), publié en septembre 2006⁵ ;
- la recommandation sur la « *mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du CASF* » de l'Anesm, publiée en mars 2008⁶ :
 - **l'évaluation est à distinguer des démarches d'audit, certification et contrôle** ; elle constitue une démarche de meilleure compréhension d'un établissement ou service dans toute sa complexité et permet de concevoir des pistes de progrès dans le souci d'améliorer les pratiques et la qualité des prestations ;
 - **l'évaluation porte sur les effets produits par les activités, leur adéquation aux besoins et attentes des personnes accueillies**, leur cohérence avec les missions imparties et les ressources mobilisées et permet d'interroger le cœur de métier, c'est-à-dire les réponses apportées aux usagers ;
 - **pour ce faire, les articulations ou processus-clés** en vue de la réalisation des objectifs pour les usagers sont décrits et évalués. L'évaluation est centrée sur les activités qui concernent directement les usagers et les conditions de leur réalisation ;
 - **elle crée les conditions pour faire évoluer les compétences collectives** de façon à ce que ces dernières soient en adéquation avec les besoins et attentes des usagers ;
 - **la démarche est participative** : l'intégration des perspectives de l'ensemble des acteurs concernés est promue ; les difficultés d'expression spécifiques que peuvent rencontrer les usagers de l'action sociale et médico-sociale doivent être prises en compte ;
 - **la rigueur méthodologique** dans l'objectivation et le choix de critères pertinents sont une condition essentielle de la démarche, qui passe par un recueil d'informations précises et ciblées.

➤ Il propose une structuration de la démarche évaluative

Les quatre domaines d'évaluation proposés dans les documents précédents constituent des champs prioritaires.

Afin d'articuler ces différents domaines, le présent document énonce des repères qui permettent de structurer l'évaluation à partir d'un questionnement centré, dans un premier temps, sur les usagers.

Le mode de recueil et d'analyse proposé permet de décliner de manière détaillée l'ensemble des objectifs communs de l'accompagnement tels que définis dans la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 et dont les principaux critères d'appréciation sont énoncés dans le décret d'application du 15 mai 2007⁷.

Ces objectifs relèvent de :

- la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes ;
- la personnalisation de leur accompagnement ;
- la garantie de leurs droits et de leur participation ;
- la protection des personnes et la prévention des facteurs de risque liés à la vulnérabilité.

5. Téléchargeable sur www.anesm.sante.gouv.fr

6. Idem note 5.

7. Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des ESSMS.

Ces informations permettent dans un second temps d'apprécier :

- l'insertion et l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement ; l'intégration des différentes ressources internes et externes ;
- son organisation interne, ses ressources humaines et financières, son système d'information.

L'élaboration d'un plan d'amélioration et la révision éventuelle du projet d'établissement ou de service constituent les étapes suivantes.

Cette structuration permet, en termes de méthode, à chaque établissement ou service de réaliser un diagnostic et une analyse de ses activités et de leurs conditions de mise en œuvre au plus près d'une évaluation de leur pertinence, de leur cohérence et de leurs effets pour les usagers (cf. cadre méthodologique p. 13).

5. La conduite de l'évaluation interne

Cette proposition de repères pour la conduite de l'évaluation interne procède d'une analyse pragmatique des caractéristiques de l'accompagnement des usagers dans les ESSMS, et en particulier des aspects suivants :

- **la complexité de l'identification des besoins et attentes des usagers***, qui constitue cependant le référent nécessaire des actions déployées : les repères sont proposés pour comprendre la place de cette étape préalable fondamentale et la manière de procéder ;
- **la pluri-dimensionnalité de l'accompagnement** et le nécessaire concours de différentes compétences (santé, social, éducatif, psychologique, pédagogique) pour un accompagnement adapté, dont la qualité procède de la prise en considération simultanée de ces différents aspects (une déclinaison du questionnement évaluatif est proposée à titre d'exemple) ;
- **l'insertion des ESSMS dans des territoires**, la nécessité d'intégrer les ressources locales dans **une perspective centrée sur le parcours des usagers** et l'impact des activités d'un ESSMS sur celui-ci (des repères sont proposés pour élaborer un cadre évaluatif qui en tienne compte) ;
- **la complexité de l'organisation** des articulations en interne, de l'ouverture sur l'environnement qui nécessite une évaluation des processus structurants pour permettre le déploiement du cœur de métier (des repères sont proposés pour les identifier et en apprécier la cohérence) ;
- **l'évolution du contexte** (populations, cadre réglementaire, ressources internes et externes) et **l'importance de conduire, en continu, un processus d'amélioration de la qualité des prestations** (des repères sont proposés pour intégrer la démarche d'amélioration au fonctionnement de l'établissement ou du service).

Dans le prolongement des textes précédents, cette recommandation formule ainsi le questionnement évaluatif et l'articulation des domaines d'investigation.

Dans le cadre des missions imparties, les prestations proposées sont-elles adaptées aux besoins et attentes spécifiques des personnes accompagnées ou accueillies ?

Les repères et méthodes présentés ci-après permettent :

- **de centrer la visée évaluative** sur la pertinence de la réponse aux besoins et attentes des usagers comme socle et finalité des interventions (à travers la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie, la personnalisation, la garantie des droits, la participation et la protection) ;
- **de recueillir des données précises** sur les conditions de mise en œuvre des activités pour les usagers ;
- **d'interroger les trois autres domaines** qui caractérisent l'établissement ou le service (organisation, ouverture sur l'environnement et mise en œuvre du projet).

Les principes de mise en œuvre de l'évaluation interne sont étayés en particulier dans les domaines suivants :

- comment concrètement faire porter l'analyse sur les objectifs de l'accompagnement et les effets produits ?
- comment décrire les processus structurants* mis en œuvre ?
- comment organiser la dimension participative et notamment l'implication des usagers et l'intégration de leurs perspectives ?
- comment garantir la rigueur méthodologique de la démarche ?

L'évaluation va donc se dérouler en plusieurs phases :

- une (re)formulation du cadre des activités déployées (phase 1) ;
- le recueil d'informations qui décrivent les processus engagés et permettent de constater les réalisations, les changements et les écarts (phase 2) ;
- pour ensuite analyser dans quelle mesure, avec quels moyens, par quels processus, les activités contribuent aux objectifs fixés ;
- de cette analyse découlent des préconisations (phase 3) ;
- les décisions qui relèvent du pilotage de l'amélioration sont prises à la lumière de ces analyses par les responsables de l'établissement ou du service (phase 4).

6. L'intégration de la démarche

La mise en place d'un cadre évaluatif, outre le moment participatif de la définition des domaines et de leur analyse, permet une remontée régulière d'informations choisies sur le fonctionnement et la qualité du service rendu par l'établissement ou le service et l'intégration de la culture de l'évaluation dans les activités courantes.

La démarche permet donc de soutenir le pilotage en continu, ce qui permet d'ajuster la démarche à la réalité de l'établissement ou du service.

LE CADRE METHODOLOGIQUE

PHASE 1

Définir le cadre évaluatif

La mise en œuvre de l'évaluation : animation et communication

Comment intégrer la démarche à tous les niveaux de l'organisation ?

L'implication des usagers dans le processus d'évaluation

■ Deux étapes

Etape 1 : Diagnostiquer la disponibilité des informations, identifier les sources de données

Etape 2 : Recueillir et classer des informations quantitatives et qualitatives

■ Questions complémentaires

- *Comment structurer le recueil d'informations, utiliser un référentiel ?*
- *Comment articuler l'évaluation interne aux démarches qualité et contractuelles ?*

L'implication des usagers pour le recueil des informations

L'implication des professionnels dans l'identification des pratiques

Les règles déontologiques du recueil des informations

■ Structurer l'analyse :

- établir les constats
- repérer les causes des écarts en évaluant les conditions de faisabilité (moyens, compétences, partenariat, organisation interne, contexte...)

■ Question complémentaire

- C Q + r

Phase 1

*Définir le cadre évaluatif
de l'établissement
ou du service*

Evaluer les activités déployées exige de mettre en évidence les missions, les caractéristiques des populations accompagnées, les objectifs poursuivis et les résultats attendus (niveau de mise en œuvre et effets pour les usagers) : ce sont les critères, élaborés par l'établissement ou service, qui permettront de choisir puis d'analyser les informations pertinentes et de porter un avis sur la qualité du service rendu.

1. Méthode

1.1 Etape 1 : énoncer les fondements des activités déployées

Il est recommandé de mettre en évidence, **de manière synthétique**, en préalable à l'évaluation, les fondements des activités de l'établissement ou du service, à partir des documents disponibles (projet de l'organisme gestionnaire, de l'établissement ou du service, autorisation de création, rapports d'activité), et d'identifier :

- les missions et le cadre réglementaire, contractuel, le contenu de l'autorisation ;
- les valeurs et la vision de l'organisme gestionnaire ;
- les recommandations de pratiques professionnelles qui concernent l'activité de l'ESSMS ;
- les orientations du projet d'établissement ou de service ;
- les objectifs généraux qui en découlent.

Illustration 1

Le fondement des activités d'une maison d'accueil spécialisée

Cette maison d'accueil spécialisée (MAS) a pour **mission** d'accueillir des personnes en situation de handicap mental âgées de plus de 20 ans.

Le **cadre réglementaire** est contenu dans les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005. La MAS fait partie d'un dispositif départemental organisé dans un schéma.

Les **valeurs** de l'association gestionnaire sont ainsi formulées : la personne handicapée est détentrice de droits, possède un potentiel de créativité, est inscrite dans une histoire familiale et participe à la vie sociale.

Le **projet de l'établissement** s'y réfère ainsi qu'aux **recommandations de pratiques professionnelles** validées par l'Anesm, notamment concernant la mise en œuvre d'une culture de la bientraitance.

Les **objectifs principaux** de la MAS sont présentés de la manière suivante :

- proposer un cadre de vie adapté à la promotion du bien être des résidents ;
- organiser des activités et des occupations quotidiennes qui permettent d'éviter la vacuité, d'apporter reconnaissance et utilité sociale ;
- proposer un dispositif d'accompagnement personnalisé de soins, de prise en compte du vieillissement qui permette une réponse adaptée à chaque personne, d'assurer la continuité et la cohérence dans l'accompagnement, et prévenir la maltraitance.

Une fois posés, ces objectifs font l'objet dans le cadre de l'évaluation interne d'une déclinaison plus précise en fonction des caractéristiques de la population accompagnée, permettant de définir les résultats attendus (cf. infra, mise en œuvre et effets).



QUESTION COMPLÉMENTAIRE

Disposer d'un projet d'établissement ou de service formalisé ou actualisé est-il indispensable pour mener l'évaluation ?

L'obligation de formaliser un *projet d'établissement ou de service* et de l'actualiser tous les cinq ans est inscrite dans la loi.

De nombreux éléments du cadre évaluatif font partie intégrante du projet d'établissement ou de service. Les organisations disposant d'un *projet actualisé et servant de référence partagée aux pratiques professionnelles* y puisent les éléments nécessaires à la définition du cadre évaluatif.

Dans la situation où un établissement ou service ne dispose pas d'une version entièrement actualisée de son projet, il est possible de conduire l'évaluation interne : elle contribuera à préparer sa concrétisation ou sa révision. En effet, les activités d'un ESSMS se déploient toujours dans un cadre :

- les missions s'inscrivent dans un cadre légal et contractuel et se réfèrent aux orientations d'un organisme gestionnaire, à des valeurs, des références qui supportent les positionnements professionnels ;
- les recommandations élaborées par l'Anesm proposent des repères de pratiques professionnelles ;
- les activités s'adressent à un public particulier dans un environnement précis ;
- l'accompagnement des personnes poursuit des objectifs spécifiques ;
- un dispositif d'accompagnement et une organisation permettent de les déployer, en fonction des moyens alloués.

La mise en œuvre et les effets des activités d'un ESSMS peuvent donc faire l'objet d'une évaluation.

En l'absence de projet abouti, la réalisation de l'évaluation interne, en particulier la phase 1, permet de mettre à jour les valeurs, d'actualiser ou de confirmer les accords sur des références partagées, d'actualiser les connaissances et la représentation des problématiques à prendre en considération. Elle constitue donc une base essentielle à l'élaboration du projet d'établissement⁸.

Si le projet existe, l'élaboration du cadre évaluatif en sera facilitée et la conduite de l'évaluation contribuera, dans toutes ses étapes, à son actualisation.

Actualiser le projet du service à l'occasion de l'évaluation

La démarche d'évaluation a permis à l'équipe d'un centre d'action médico-sociale précoce de mieux

8. La recommandation « *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou service* » produite par l'Anesm paraîtra en 2009.

1.2 Etape 2 : caractériser le profil des populations auprès desquelles les activités sont déployées

Pour analyser l'adéquation des réponses apportées, il est nécessaire d'identifier précisément à qui elles sont proposées. La caractérisation de la population effectivement accompagnée et des évolutions éventuelles sont préalables à la démarche d'évaluation. **Elles permettent de définir de manière spécifique les objectifs de l'accompagnement, les effets attendus et la manière dont ils seront observés et analysés.**

Cette phase, primordiale, ne doit pas être considérée comme un travail insurmontable. Il s'agit de déterminer des indications pertinentes, faciles à recueillir et à exploiter. Ces indications sont par ailleurs utilisées dans l'élaboration des projets individuels (illustration 3).

➤ Cette étape doit permettre de répondre aux questions suivantes :

1. Quelles sont les caractéristiques principales de la population accompagnée ou accueillie au regard des données actualisées disponibles ?
2. Quel est l'impact de ces caractéristiques sur la déclinaison des objectifs principaux :
 - accès à l'autonomie, amélioration ou maintien de la qualité de vie, de la santé ;
 - la personnalisation de l'accompagnement ;
 - la garantie des droits et de la participation ;
 - les besoins de protection et de prévention de risques ;au regard des caractéristiques de l'accompagnement, de sa durée, de ses modalités.

➤ Sur le plan de la méthode, il est recommandé de :

- s'assurer de la contribution de toutes les compétences à l'évaluation

Illustration 4

Caractériser le profil des populations dans le secteur de la protection de l'enfance

A l'entrée dans le dispositif qui a pour objectif principal d'apporter une alternative au placement d'enfants en difficulté dans leur famille, l'équipe recueille des éléments sur le parcours, les conditions de vie et d'éducation des enfants, ainsi que sur les attentes des parents. Elle peut faire les constats suivants :

- la moitié des enfants vit avec leur mère qui les élève seule, dans un foyer en situation socio-économique précaire, 30 % n'ont plus de lien avec leur père ;

- un quart des enfants manifeste une difficulté de santé à traiter : soins dentaires, orthophoniques, obésité ou retard de développement ;
- 70 % des enfants présentent un retard dans leur scolarité. Les attentes exprimées par les parents se situent majoritairement à ce niveau et se traduisent de manière significative par *les aider à avoir de l'autorité sur leurs enfants*.

Ces observations permettent de spécifier les objectifs collectifs de l'accompagnement.

Illustration 5

Caractériser le profil de la population dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

Le personnel d'une unité accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer effectue une appréciation globale, régulièrement réévaluée :

- des histoires de vie, des préférences dans les actes de la vie quotidienne, d'activités, de souhait de relation avec les proches, de rythme de vie ;
- des capacités de décision ;
- des besoins de soutien à la mobilité et à l'autonomie, de stimulation ;

- des besoins en soins (incluant les troubles sensoriels, la douleur et la fin de vie) ;
- des facteurs de risques.

Ces données sont la base d'une analyse collective des profils qui permet de préciser les besoins de la population accompagnée, de procéder à des choix d'activités, à des choix de compétences professionnelles.

Illustration 6

Croiser les observations des usagers et des professionnels en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

La réalisation d'un pré-diagnostic sur les besoins des usagers par une association œuvrant dans le champ de l'exclusion lui permet de disposer d'un outil d'évaluation. La comparaison entre les besoins formulés par les usagers eux-mêmes et ceux évoqués par les professionnels permet

de faire le constat de besoins identifiés (être à l'abri, avoir la possibilité de prendre une douche, d'entretenir son linge) et de besoins non distingués par les professionnels (le besoin de sécurité, l'écoute, l'accès à la presse).

1.3 Etape 3 : spécifier les objectifs de l'accompagnement et les critères d'appréciation des activités

La diversité et les caractéristiques des personnes accompagnées, des missions et des formes de prises en charge, déterminent les modalités selon le contexte.

➤ Avant de recueillir les informations, **il est nécessaire de préciser les objectifs spécifiquement poursuivis pour les usagers**, sur la base d'une caractérisation actualisée de la population accompagnée. Afin de soutenir méthodologiquement l'ensemble des ESSMS dans la définition de ces objectifs et l'élaboration de critères pertinents, il est proposé de se saisir des questions transversales présentées ci-après. Celles-ci procèdent d'une déclinaison des objectifs **communs** à l'ensemble des ESSMS. Elles constituent le prolongement opérationnel des finalités de l'action sociale et des garanties inscrites dans les textes⁹ :

- la promotion de l'autonomie, de la qualité de vie et de la santé à travers les actions de soin, de socialisation, d'éducation, d'insertion (objectifs principaux de l'accompagnement) ;
- la personnalisation de l'accompagnement ;
- la garantie des droits et la participation des usagers ;
- la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers.

➤ Leur déclinaison va permettre d'explorer les domaines de l'organisation institutionnelle, l'inscription de l'ESSMS dans son environnement, la mise en œuvre du projet sous l'angle de leur contribution aux objectifs de l'accompagnement.

L'exploration de chaque objectif est l'opportunité de répondre aux questions suivantes :

- **quels sont les objectifs spécifiques poursuivis** au regard de la population accompagnée et des missions ? Que signifie concrètement promouvoir l'autonomie, la qualité de vie et la santé, personnaliser l'accompagnement, garantir les droits, prévenir les risques dans cet établissement ou service ?
- **quels sont les engagements pris, les ressources** disponibles en termes de repères réglementaires et de moyens, quels sont les choix réalisés ?
- **quelles sont les modalités** d'articulation entre les métiers, les modalités de coordination, d'information, de mobilisation de l'environnement, d'organisation interne, prévues pour décliner les objectifs ?
- **quels sont les effets** attendus et recherchés pour les personnes accompagnées ?

➤ Cette déclinaison permet de définir précisément les critères d'appréciation des activités en donnant des repères pour évaluer les réalisations (leur niveau, leur qualité et leur pertinence) et de choisir les indicateurs adaptés pour en rendre compte :

- **premier critère** : le niveau de mise en œuvre des engagements en matière de pratiques (notamment des recommandations de pratiques professionnelles) et de mobilisation des ressources réglementaires, humaines et matérielles ;
- **second critère** : la qualité des processus mis en œuvre : articulations des interventions, circulation des informations, coordination des intervenants, organisation interne, développement de partenariats, utilisation des ressources extérieures, coordination interne/externe ;
- **troisième critère** : celui qui permet de mettre en perspective les objectifs poursuivis avec les effets constatés pour les usagers.

9. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le décret n°2007-975 du 15 mai 2007.

Ces objectifs constituent le déploiement du domaine du guide du Cnesms consacré spécifiquement aux usagers. Ils sont une référence internationalement admise dans l'évaluation des pratiques sociales parmi lesquelles :

- Plate-forme des ONG européennes du secteur social. *Quality of social and health services Social NGOs' recommendations to EU decision makers*. Bruxelles : Plate-forme des ONG européennes du secteur social, 6 juin 2008.
- GRINNEL, R.M., UNRAU, Y. *Social work research and evaluation : foundation of evidence-based practice*. 8th ed. Oxford : Oxford university press, 2007.
- Department of Health-UK. *National Minimum Standards for Adults Placement Schemes*. Care Standards Act 2000, 2004.



QUESTION COMPLÉMENTAIRE

Que signifie évaluer les effets pour les usagers ?

L'analyse des activités est mobilisée, non pas comme une fin en soi, mais pour éclairer ce qu'elles produisent **pour les usagers**, au regard des missions. Il ne s'agit pas d'une vision simpliste ou mécaniste qui réduirait l'action à une simple compilation de « résultats » individuels.

Les interventions sociales et médico-sociales sont menées pour et avec les usagers, elles tendent à « *promouvoir, ... l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets* » (article L.116-1 du CASF). Elles affectent les personnes accompagnées ou accueillies, dans leur environnement, leurs conditions ou leur qualité de vie, dans la manière dont sont intégrées d'éventuelles manifestations comportementales, accompagnées, le cas échéant, de la diminution de leur autonomie.

Évaluer les effets, c'est apprécier les changements ou apports, attendus ou effectifs, prévus ou imprévus, pour les usagers (acquisitions de connaissances ou d'aptitudes à réagir à une situation, variations d'attitude déclarée ou constatée, modification ou maintien du « confort » de vie, expériences individuelles et collectives, ...), que vise une intervention et pour lesquels on peut raisonnablement dire qu'ils ont été influencés par un aspect de l'accompagnement.

Ces changements ou apports sont appréciés au regard des caractéristiques de la population accueillie ou accompagnée et de ses besoins et attentes, des objectifs poursuivis dans le cadre des missions.

Il existe des effets attendus. L'évaluation va contribuer à les mettre en évidence. Tous ne sont pas quantifiables, ce qui ne signifie pas qu'ils ne peuvent pas être constatés et appréciés.

Il appartient à chaque organisation de se doter des outils permettant de les qualifier et les prendre en compte (*illustration 7*). Parmi ces outils, la consultation des usagers est un élément fondamental ; elle est complétée par des données issues d'observation structurées, qui permettent une évaluation de la qualité de vie* ou de tout autre aspect renvoyant aux objectifs principaux de l'accompagnement.

Illustration 7

Adapter les outils aux différents stades identifiés de troubles cognitifs et neurologiques

Une union nationale propose une méthodologie d'accompagnement des Ehpad adhérents à la construction de grilles d'entretiens ou questionnaires pour recueillir l'avis des personnes âgées désorientées.

Le questionnaire ou la grille sont construits selon l'objectif recherché : adaptation de la personne à la vie de l'établissement, évaluation de l'impact d'une action quotidienne ou ponctuelle. Certains principes, comme des éléments

de contexte adaptés à la spécificité de la pathologie, sont des facteurs de succès. Ainsi, réaliser l'entretien dans le lieu où la personne âgée se sent le mieux en lui expliquant bien les finalités de l'entretien et en observant son comportement et la survenue d'angoisses éventuelles. Enfin, il est préconisé que le contenu même de la grille d'entretien tienne compte des spécificités liées à la pathologie (exemple : la mobilité, la douleur).

Le tableau suivant illustre, à titre indicatif, un enchaînement logique permettant de finaliser le cadre évaluatif. Il est décliné de manière plus détaillée, en annexe.

TABLEAU DE SYNTHÈSE DU CADRE EVALUATIF *				
Objectifs génériques et spécifiques	Engagements et références de pratiques, ressources réglementaires, humaines ou matérielles	Données sur les activités qui concourent à la réalisation de l'objectif (exemples de processus structurants)	Données sur les effets attendus pour les usagers (exemples) *	
La promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale Quels sont les critères de la qualité de vie et de la santé pour la population accueillie ? Quelles sont les formes d'autonomie et de participation sociale adaptées, à soutenir ou à développer ? Avec quels objectifs ?	Obligations réglementaires Recommandations de pratiques professionnelles Références, procédures et modalités incluses dans le projet d'établissement ou de service	Comment est organisé l'établissement pour promouvoir l'autonomie, la qualité de vie, la santé, la participation sociale ? – La mise en œuvre des objectifs principaux par l'éducation, l'insertion, le soin – La réévaluation des objectifs principaux à l'égard de la population accueillie – L'adaptation en continu des compétences professionnelles – .../...	Qu'attendre de l'intervention en terme de promotion de l'autonomie, de qualité de vie pour les usagers, d'inscription sociale au regard de leur situation spécifique ? Qu'attendre d'une intervention cohérente et ajustée aux besoins et attentes en termes de changements pour les usagers : amélioration ou prévention de la dégradation de leur situation, préparation d'une orientation adaptée.../... ?	
		Comment l'intervention est-elle adaptée en continu à chaque personne accueillie et prend-elle régulièrement en compte ses besoins et attentes ? – Processus d'évaluation et de réévaluation des besoins et attentes – Processus d'élaboration et d'actualisation du projet personnalisé – Processus de mise en œuvre du projet personnalisé : circulation de l'information, coordination – .../...	Qu'attendre du respect des droits fondamentaux au regard du libre arbitre des usagers et de leur capacité d'influer sur les choix importants de la vie ? Quelles conséquences concrètes, pour les usagers, de la prévention ou de la diminution des risques liés à leur situation ? Ces quatre types d'effets cités à titre d'exemple peuvent se concentrer sur un ou deux effets principaux attendus.	
La garantie des droits et participation des usagers A quels aspects concrets renvoie la garantie des droits pour la population accueillie ? Avec quels objectifs ?		Comment respecter les droits fondamentaux des personnes et les considérer comme acteurs de leur accompagnement ? – Accompagnement continu de la liberté de choix et respect des droits fondamentaux – Développement et promotion de l'expression individuelle et collective – Intégration des représentants familiaux et légaux – .../...		
La protection et la prévention des risques inhérents à la situation des usagers Quels risques doivent être identifiés et prévenus au regard de la situation de vulnérabilité particulière des usagers accueillis, au regard des modalités concrètes de la situation d'accompagnement ? Avec quels objectifs ?		Comment les besoins de protection des personnes accompagnées au regard de leur situation de vulnérabilité sont-ils identifiés ? Comment y est-il répondu ? – L'identification des risques liés à la situation des personnes et aux conditions d'accompagnement, l'analyse des facteurs de risque – Le recueil d'informations sur les incidents et plaintes – Comment sont traitées les situations de risque avéré ou les situations de crise ? – L'articulation entre gestion des risques et gestion des ressources humaines (formation, risques professionnels) – .../...		

* voir déclinaisons pages ...

Comment entrer dans la démarche d'évaluation ?

Deux des enjeux essentiels de l'évaluation interne sont :

- de conduire les changements nécessaires et d'apporter

- quelles sont les modalités de mise en œuvre : articulation entre les métiers, coordination, information, mobilisation de l'environnement, organisation interne ?
- quels sont les effets attendus et recherchés pour les personnes accompagnées ?

Quelle que soit l'entrée en matière, l'ESSMS aura à évaluer, à terme, les activités centrées sur les usagers et la réalisation des objectifs principaux tels que définis dans le décret du 15 mai 2007 et déclinés dans ce texte.

Illustration 8

Commencer par un sujet sensible

Les professionnels d'un établissement du secteur de la protection de l'enfance évaluent le processus d'intégration des parents des enfants accueillis dans la mise en œuvre de l'accompagnement qu'ils considèrent comme un **point faible** de leur fonctionnement.

Ils identifient les **objectifs spécifiques** de cette intégration : permettre aux adultes d'exercer la plénitude de leurs responsabilités parentales, limiter leur isolement social.

Les **effets attendus** sont une implication active des parents dans les projets de leurs

enfants, le développement de leur réseau social, le développement d'initiatives individuelles et collectives.

Les **sources des données** à réunir sont identifiées. L'établissement choisit de **recueillir des données** quantitatives et qualitatives sur les activités collectives et la mise en œuvre des projets personnalisés.

Un questionnaire est proposé aux parents pour qu'ils fassent part de leurs attentes à l'endroit de l'établissement qui accueille leur enfant, qu'ils décrivent leur niveau de participation et leurs souhaits à ce sujet.

Illustration 9

Evaluer d'abord un processus structurant

Une équipe de professionnels d'un service à domicile intervenant auprès de personnes âgées évalue le **processus d'adaptation continue du service** à l'évolution des besoins et attentes des usagers comme axe principal de son action.

Les **objectifs spécifiques** de cette adaptation continue aux besoins et attentes sont d'améliorer la réactivité du service, de maintenir les personnes au domicile avec une qualité de vie conforme à leurs attentes, de prévenir les risques liés au domicile en apportant un soutien aux aidants familiaux.

Les **effets attendus** sont une prise en compte réelle et effective des attentes et des besoins (d'autonomie, de soins, de participation

sociale), le maintien au domicile autant que faire se peut.

Les **données recueillies** sont aussi bien quantitatives (appréciation globale du niveau de réalisation des engagements) que qualitatives (appréciation fine des situations individuelles, identification des difficultés de coordination pour les professionnels et les partenaires, analyse des incidents).

Afin de compléter ce recueil de données, l'équipe décide d'analyser une situation type et les **articulations mises en jeu** pour transmettre et traiter de manière adaptée une modification de situation (délai, personnes concernées, procédures...).



QUESTION COMPLÉMENTAIRE

Que signifie évaluer notamment au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ?

Elaborées sur la base des méthodes de consensus simple ou formalisé, les recommandations de pratiques professionnelles produites par l'Anesm contribuent à accompagner les ESSMS dans leurs évolutions. Elles proposent **des repères** pour le déploiement des activités au sein des ESSMS. Certaines sont transversales, d'autres sectorielles.

Ces repères représentent le niveau de connaissance, au moment de leur élaboration, sur un sujet précis. Les pratiques décrites font consensus et doivent pouvoir être déployées dans le contexte habituel des ESSMS au regard de leurs ressources et moyens.

Certains établissements ou services peuvent avoir déployé des pratiques qui vont au-delà des recommandations.

Ces recommandations sont à disposition des acteurs du secteur social et médico-social qui s'y réfèrent autant que nécessaire dans leur activité.

➤ **L'appropriation des recommandations de pratiques professionnelles** : les repères énoncés peuvent relever du registre de l'éthique et des valeurs à promouvoir (une recommandation-cadre propose les principes directeurs d'une culture de la bientraitance)¹⁰, de la mise en œuvre concrète de droits, de moyens à mobiliser, de modalités d'organisation institutionnelle et de management à encourager. Tous les niveaux des activités des ESSMS sont donc concernés. Après identification des priorités, la structure pourra utiliser le questionnement proposé par les recommandations pour faciliter leur intégration dans les pratiques.

➤ **Les prendre en compte dans la démarche d'évaluation suppose :**

- **de définir le cadre évaluatif** et la déclinaison en objectifs spécifiques des activités de l'ESSMS : les recommandations de pratiques professionnelles contribuent à identifier des objectifs à poursuivre, des engagements en matière de pratiques, certaines procédures, la mise en œuvre de processus, d'articulations, l'identification d'effets attendus (cf. étape 3 de la phase 1).
Il convient d'intégrer ces recommandations dans le cadre évaluatif. Les déclinaisons du présent document par secteur ou type d'accompagnement apporteront une méthodologie concrète ;
- **d'effectuer un certain nombre de constats** : l'identification des priorités est mise en perspective avec les constats réalisés à l'issue du recueil des données. L'élaboration des préconisations tient compte de la distance éventuelle avec les repères proposés dans les recommandations de pratiques professionnelles, de la nature des difficultés rencontrées. Pour autant, le fait que l'évaluation s'effectue au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ne signifie pas qu'elle se limite à une analyse de conformité (cf. paragraphe 1.1, phase 3) ;
- **d'élaborer un plan d'amélioration** de façon à décliner des modalités d'appropriation pertinentes et à les intégrer éventuellement dans les résultats attendus.

10. Cf. la recommandation « *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* », Anesm, juillet 2008, téléchargeable sur www.anesm.sante.gouv.fr

2. Le pilotage et l'animation de la phase 1

La phase 1 est un pré-requis essentiel au recueil des informations et à leur analyse. Elle constitue la première marche du processus évaluatif. A ce stade, les modalités d'intégration de la démarche à tous les niveaux de l'organisation, de mobilisation et de participation des parties prenantes doivent avoir été prévues.

2.1 La mise en œuvre de l'évaluation

Avant de s'engager, il convient de prendre en compte plusieurs éléments :

- élaborer un protocole réaliste au regard du temps et des moyens disponibles ;
- garantir l'objectivité des informations recueillies et la distanciation nécessaire à l'analyse ;
- communiquer sur la démarche.

➤ Définir des modalités d'animation

Les modalités de l'animation diffèrent profondément selon la taille et les ressources des établissements et services. Les repères exposés ci-après sont à adapter en fonction de celles-ci.

En référence aux méthodes d'évaluation prônées nationalement et internationalement, il est recommandé de constituer un groupe projet ou instance d'évaluation* pour animer la démarche. Son rôle, le périmètre de sa responsabilité et le calendrier des travaux sont définis précisément et formalisés avant le démarrage des travaux.

Le groupe projet ou instance d'évaluation est, autant que possible, composé de représentants de l'ensemble des parties prenantes. Des partenaires ou des professionnels d'autres ESSMS peuvent y être associés (*illustration 10*).

Un chef de projet est chargé de la gestion du projet d'évaluation et du groupe, de l'élaboration d'un planning, et du suivi des travaux au sein de l'instance.

Dans la mesure du possible (taille de l'établissement, organisation, contexte) il est préférable de bien distinguer la fonction d'animation de l'évaluation, des fonctions hiérarchiques.¹¹

Il est recommandé de confier au groupe projet ou instance d'évaluation les responsabilités suivantes :

- élaborer le cadre d'évaluation de l'établissement ou service ;
- proposer et valider des modalités de travail et de recueil des informations ;
- proposer un calendrier des thématiques abordées (successivement ou simultanément) ;
- garder trace du déroulement des travaux en vue de la production du rapport ;
- procéder à l'analyse des constats et élaborer des préconisations.

➤ Communiquer sur la démarche d'évaluation interne

Il est recommandé :

- de mettre en place une communication spécifique sur la démarche, ses finalités, ses modalités. Cette communication est destinée à l'ensemble des parties prenantes ;
- de communiquer au cours du processus et d'apporter des informations régulières sur l'avancée des travaux.

11. Charte de la Société Française de l'Evaluation.

Illustration 10

Favoriser la distanciation

Une association nationale du secteur du handicap organise l'évaluation interne en deux temps :

- des « consultants internes » formés par l'association apportent un soutien méthodologique aux établissements et services dans la mise en œuvre et la conduite de l'évaluation interne ;
- dans un second temps, un diagnostic croisé est mené. Il permet de porter un regard extérieur sur la démarche d'évaluation.

Les diagnostics croisés sont une initiative de quatre associations qui mutualisent leur expérience de l'évaluation à travers la mise à disposition de leurs personnels, et contribuent ainsi à garantir la fiabilité du diagnostic, du recueil et la validité de l'analyse.

Les modalités de communication sont adaptées à la taille de l'organisation. Les canaux habituels de transmission des informations peuvent être utilisés s'ils garantissent que l'ensemble des personnels et des instances représentatives des usagers y ont accès.

Avant le lancement de la démarche d'évaluation, il est recommandé d'apporter des informations préalables sur :

- les objectifs poursuivis ;
- ses modalités de mise en œuvre ;
- les modalités de la participation des parties prenantes ;
- le calendrier retenu.

Illustration 11

Communiquer systématiquement

Une fédération conseille à ses adhérents de communiquer systématiquement auprès de l'ensemble des salariés et par voie d'affichage et messagerie interne sur la démarche d'évaluation, à chacune des étapes-clés.

Par exemple, lancer un appel à candidatures pour participer au groupe projet.

➤ Apprécier le temps nécessaire à la conduite de l'évaluation interne

Conduire un processus participatif comporte des exigences qui participent de sa qualité :

- définir précisément les étapes ;
- les échelonner dans un temps compatible avec la vie de l'établissement ou du service ;
- communiquer tout au long de la démarche ;
- prendre en considération les périodes d'appropriation de la méthode et des résultats.

2.2 Le rôle de l'organisme gestionnaire de l'établissement ou du service¹²

L'organisme gestionnaire peut être une organisation de l'économie sociale (association, fondation, mutuelle...), un établissement public ou une entreprise commerciale : les modalités de validation et de support de la démarche sont **à adapter aux formes d'organisation managériale et à la taille des ESSMS**.

12. Cf. la recommandation « Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312.1 du code de l'Action sociale et des familles », Anesm, mars 2008, téléchargeable sur www.anesm.sante.gouv.fr.

Il va sans dire que la volonté politique de la voir aboutir et de la prendre en compte la renforce et la valorise.

Il est recommandé de faire valider par les instances délibératives et dirigeantes, notamment :

- les données de cadrage de l'évaluation interne, missions, caractérisation des populations et objectifs poursuivis ;
- les modalités retenues pour la participation de l'ensemble des parties prenantes ;
- les principaux indicateurs retenus pour renseigner le niveau des réalisations et les effets pour les usagers.

Il est recommandé que des représentants de ces instances soient associés au groupe projet ou instance d'évaluation dont le rôle est défini ci-après.

2.3 Le rôle et la place de la direction de l'établissement

La démarche d'évaluation interne est un des registres du management. **L'engagement de la direction de l'établissement est une condition essentielle de sa réussite et de son appropriation.**

La responsabilité du pilotage revient au directeur de l'établissement ou du service, qui doit garantir la tenue et la qualité de l'évaluation ainsi que ses conditions de réalisation. Ainsi :

- l'élaboration du cadre évaluatif est réalisée sous la responsabilité du directeur. Cette phase est une opportunité intéressante de renouveler, ou de formuler un accord sur les principaux objectifs poursuivis et les enjeux de l'accompagnement. C'est pourquoi il est recommandé de la réaliser de manière participative ;
- durant la démarche, il est important, tout en s'adaptant aux particularités des organismes, de distinguer animation de la démarche et fonctions hiérarchiques ;
- à l'issue de la démarche évaluative, il incombe à la direction de se saisir des constats transmis par le groupe projet ou instance d'évaluation pour élaborer le plan d'amélioration des services rendus. Il lui incombe également de le mettre en œuvre et d'en assurer le suivi.

A l'échéance définie par les textes, la direction transmet les résultats de l'évaluation interne aux autorités ayant délivré l'autorisation.

2.4 La mobilisation de l'encadrement intermédiaire

La bonne compréhension par l'encadrement intermédiaire des enjeux et des modalités de la démarche est une garantie de la qualité de l'évaluation et de la mobilisation des professionnels. Il est recommandé que les cadres intermédiaires de l'établissement ou du service reçoivent la formation et les informations nécessaires à leur implication.

2.5 La participation des professionnels

Il est recommandé de garantir à tous les professionnels la possibilité de contribuer à une réflexion sur les apports de leur pratique aux objectifs de l'accompagnement. L'évaluation concerne donc les services soignants, éducatifs, sociaux, pédagogiques et les services généraux (administratifs et techniques) (illustration 12).

Illustration 12

Mobiliser l'ensemble du personnel

Une association du secteur de l'insertion met en place des binômes personnel des services généraux/personnel éducatif pour mener les entretiens auprès des usagers et recueillir leur avis dans le cadre de l'évaluation interne.

L'avis des professionnels sur le profil de la population, les problèmes ou écarts identifiés est recueilli selon des modalités adaptées à la taille et à l'organisation de la structure : réflexions collectives, questionnaires ou enquêtes...

Il est recommandé de définir préalablement au lancement de l'évaluation les modalités de mobilisation des professionnels et de leur représentation, par fonction ou par équipe.

2.6 L'implication des usagers à toutes les étapes

Le recueil de données sur l'évaluation des besoins, des attentes et des effets est à distinguer de la représentation des usagers lors de la concertation, de la coproduction du cadre évaluatif et de l'analyse.

- Il est recommandé de mener une réflexion approfondie sur les modalités de recueil des avis des usagers et sur les niveaux de participation aux différentes phases et d'aller au-delà de la seule consultation (illustration 13) : la démarche d'évaluation implique en effet une mobilisation adaptée des usagers au processus d'évaluation.

Cette implication est incontournable mais ne va pas nécessairement de soi. Elle ne doit en aucun cas relever du simple formalisme¹³ : les usagers doivent en saisir les bénéfices et l'intérêt pour eux mêmes (illustrations 13, 14).

Lorsque la communication avec les personnes est très entravée, c'est par l'observation structurée de leur situation physique et psychique que l'on peut prendre en considération leurs aspirations.

- Il est recommandé de **distinguer les perspectives des usagers de celles des proches** et de veiller à ce que la participation des représentants légaux ne se substitue pas à une expression et/ou une observation directe des personnes accompagnées ou accueillies. Même si les proches et les représentants légaux de ces dernières sont des acteurs essentiels dans l'accompagnement des usagers. C'est à ce titre que leur participation est utile au cours de l'évaluation.

Par ailleurs, la présence des représentants familiaux et légaux des usagers dans les instances représentatives de l'ESSMS répond à des exigences réglementaires, qu'il s'agisse, par exemple, de parents d'enfants mineurs ou encore des représentants de personnes malades ou handicapées qui, étant associées à ces instances, le sont alors à la démarche d'évaluation interne.

Illustration 13

Favoriser la participation d'adolescents accueillis en institut médico-éducatif

Afin de favoriser au maximum la participation des usagers à l'évaluation, différentes modalités leur sont proposées :

- des questionnaires sur la qualité de vie dont la présentation est ludique et pour le remplissage desquels les adolescents peuvent être aidés ;
- des entretiens afin de leur permettre d'exprimer leurs préoccupations principales, en l'occurrence le manque d'intimité dans le foyer ou encore le désir de fonder une famille ;
- des ateliers de parole et d'écriture qui permettent de recueillir et de distinguer l'expression des jeunes de celle de leurs parents.

13. La capacité de délibération n'est pas une obligation de délibérer : la capacité désigne une liberté réelle, et non une obligation ; les personnes préférant ne pas délibérer peuvent s'en remettre à des organes collectifs de représentation. De la sorte, leurs points de vue participeront à la construction démocratique. Elles peuvent aussi faire appel à des mécanismes de recours leur permettant de contester les décisions prises en leur absence. De manière plus fondamentale, l'action des institutions s'adresse également à tous les citoyens, quel que soit leur degré d'activité ou d'engagement dans le processus démocratique. SEN, A., *Capability and well-being*. In the quality of life. Oxford : Clarendon Press, 1993. pp. 30-53.

➤ Concernant les usagers, il faut distinguer plusieurs niveaux de participation :

- *la consultation* : il est recommandé de recueillir l'avis de chaque personne par le biais d'entretiens, d'enquêtes de satisfaction ou d'observations précises. Ces derniers apportent des éléments sur les changements perçus dans leur situation, le respect de leurs attentes, les effets de l'accompagnement ou de l'accueil (en fonction du cadre évaluatif défini ci-après) ;
Il est recommandé de **procéder à ce recueil de manière structurée**. Lorsque les personnes accueillies ont des difficultés d'expression, des outils de recueil et de structuration de l'observation peuvent constituer des supports utiles, adaptés aux situations d'accompagnement de populations particulières. Il est recommandé de n'utiliser des enquêtes de satisfaction que lorsque ce type de méthode est adapté à la population accueillie (illustration 14) ;
- *la concertation* : lors de la phase de recueil, il est recommandé, en outre, d'associer les usagers et leurs représentants à une démarche collective et contradictoire de réflexion sur les réponses proposées par l'établissement social ou médico-social. Ces appréciations sont intégrées dans les données à analyser. Cette concertation peut être menée au sein du conseil de la vie sociale (CVS) ou lors de groupes d'expression ou bien faire l'objet de temps de rencontre spécifiques ;
- *la coproduction* : lors de la phase d'analyse, il est recommandé d'associer les usagers ou leurs représentants au sein de l'instance d'évaluation, à l'analyse évaluative et aux propositions d'amélioration. (illustration 15)

Lorsque l'établissement dispose d'un CVS, il est recommandé de l'associer à toutes ses étapes, y compris au suivi du plan d'amélioration.

Illustration 14

Impliquer des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer

Dans les unités d'Ehpad accueillant des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et apparentées, des outils d'utilisation simple pour les équipes permettent d'évaluer la qualité de vie (y compris à des stades évolués) ou à structurer l'observation¹⁴.

Une fédération intègre systématiquement un questionnaire de qualité de vie des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer dans la phase de recueil de ses évaluations internes. La formation à l'utilisation de cet outil a été intégrée, depuis, à la remontée régulière de données (pérennisation).

Illustration 15

Coproduire les référentiels

Une association du secteur de l'exclusion réalise un référentiel d'évaluation commun à ses établissements en faisant travailler professionnels et usagers ensemble sur les critères d'appréciation de l'accueil et de l'accompagnement.

14. INNES, A., SURR, C. Measuring the well-being of people with dementia living in formal care settings : the use of dementia care mapping. *Aging and mental health*, 2001, vol. 5, n° 3, pp. 161-180.
KUHN, D., ORTIGARA, A., KASAYKA, R. Behavioral observations and quality of life among residents with dementia in ten assisted living facilities. *The American journal of Alzheimer's disease*, 2000, vol. 17, n° 5, pp. 291-298.

Phase 2

*Recueillir
des informations
fiables et pertinentes*

Produire des connaissances, c'est sortir d'une approche approximative fondée sur des perceptions et des expériences individuelles ; c'est mettre en place et assurer un recueil de données répondant à des règles précises.

Evaluer les activités et la qualité des prestations, c'est aussi observer des phénomènes complexes. Pour les comprendre et les analyser, il est important de recueillir et de classer des informations à la fois quantitatives et qualitatives.

1. Méthode

1.1 Identifier les sources de données

Les activités d'un ESSMS visent des buts prédéfinis et sont organisées de façon complémentaire comme un ensemble d'interactions entre les acteurs.

L'évaluation combine donc ces deux dimensions. Elle doit permettre :

- de prendre la mesure des écarts ;
- de comprendre comment les activités sont mises en œuvre ;
- d'en identifier les effets positifs ou non.

Le recueil d'informations fait appel à la recherche documentaire, à l'observation, aux entretiens, aux enquêtes par questionnaires et entretiens de personnes concernées, à la lecture de dossiers (*illustration 16*) :

➤ Pour chaque objectif considéré ou processus évalué, il est recommandé d'identifier :

- les données nécessaires déjà disponibles :
 - sur les parcours des usagers, les conditions d'entrée et de sortie du dispositif, les dysfonctionnements, les moyens disponibles ;
 - les projets personnalisés, contrats de séjour, dossiers individuels, comptes-rendus de synthèse, enquêtes de satisfaction, comptes-rendus de CVS ou des groupes d'expression ;
 - les résultats d'éventuelles démarches qualité ;
 - des études ou recherches, sur tel ou tel aspect de l'activité : les enseignements sont alors intégrés à l'évaluation ;
- les données à recueillir ou actualiser à l'occasion de l'évaluation. Elles concernent notamment :
 - les pratiques professionnelles ayant cours, la description de l'articulation actuelle entre grands ensembles d'activités en vue de la réalisation des objectifs ;
 - l'avis porté par les usagers sur les effets de l'accompagnement, ainsi que les données qualitatives et quantitatives permettant d'apprécier les effets de l'accompagnement.

Illustration 16

Recueillir des informations pertinentes

Pour répondre aux objectifs de promotion de l'autonomie et de prévention des effets du dés-œuvrement (les résidents ne peuvent pas travailler conformément à la législation en vigueur), les professionnels d'un centre d'accueil de demandeurs d'asile développent les activités autour de la participation des résidents à la vie associative locale.

Les *effets attendus* sont le développement d'activités individuelles en dehors de l'établisse-

ment, la mobilisation des compétences des résidents, l'acquisition de repères et le maintien d'une *identité sociale*.

Pour recueillir les informations nécessaires à l'évaluation, l'équipe réunit les données contenues dans les projets personnalisés, le rapport d'activité, et mène une enquête spécifique auprès des résidents et de ses partenaires.



QUESTION COMPLÉMENTAIRE

Comment structurer le recueil des informations ?

Plusieurs approches permettent de recueillir des informations sur les activités et leur articulation selon que l'on dispose d'un référentiel ou non.

- **Lorsque l'ESSMS dispose d'un référentiel (qu'il a construit ou non, avec ou sans aide extérieure) qui décline notamment les obligations réglementaires et les recommandations de pratiques professionnelles validées, il est procédé à une comparaison des pratiques réelles, au moins dans les grands objectifs présentés dans les tableaux de synthèse (cf. infra et supra) et à l'identification des écarts avec les pratiques attendues.**

Il est recommandé d'identifier ce qui, dans les référentiels existants (illustration 17), permet de répondre aux questions évaluatives posées et, le cas échéant, de compléter ou d'enrichir ceux-ci, notamment par :

- une description des articulations et des modes d'organisation effectifs ;
- un recueil des effets de ces activités pour les usagers, par observation et/ou enquête.

- **Lorsque l'établissement ne dispose pas de référentiel, il est recommandé de procéder au recueil d'informations sur les articulations effectives entre les différents intervenants en vue de la réalisation des objectifs (processus structurants), (cf. le tableau de synthèse et la phase 4).**

Cette méthode permet une analyse globale de l'activité et des interfaces organisationnelles. Il est, de même, recommandé de compléter ce travail par un recueil de données permettant d'apprécier les effets de ces pratiques pour les usagers par observation et/ou enquête.

En tout état de cause, que l'étape de recueil soit appuyée ou non sur un référentiel existant, il est recommandé de vérifier que les données informent les différents niveaux d'évaluation des objectifs poursuivis.

Illustration 17

Enrichir un référentiel existant

Afin d'adapter en continu les prestations aux besoins des usagers, un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) a choisi d'utiliser un référentiel en sélectionnant toutes les parties concernant directement les usagers.

Ce référentiel lui a permis de recueillir des données sur le respect des droits et leur promotion, mais également sur les différentes modalités d'association et de participation des

usagers aux décisions concernant leur parcours individuel et collectif.

L'ESAT a complété ce recueil de données par une analyse des effets des actions mises en place en direction des usagers. Il a pour cela élaboré, avec ces derniers, un mode d'interrogation de l'acquisition de *compétences sociales*. Le choix des critères a procédé d'une démarche mobilisatrice au sein de la structure.

1.2 Recueillir et classer les informations qualitatives et quantitatives

Les activités vont être évaluées à partir de trois critères principaux grâce à des outils de mesure et d'appréciation quantitatifs et qualitatifs (illustration 18). Pour rappel, ces trois critères sont :

- le niveau de mise en œuvre des engagements et de mobilisation des ressources qui exige de recueillir des informations sur les activités et les ressources réellement mobilisées ;
- la nature et la qualité des processus mis en œuvre qui nécessitent de recueillir des données précises sur des points révélateurs du fonctionnement institutionnel¹⁵, les pratiques effectives (cf. exemples proposés dans les tableaux, phase 4) ;
- les effets constatés pour les usagers ce qui exige de recueillir des informations sur les changements constatés et perçus.

Illustration 18

Apprécier les effets de l'intervention

Une démarche d'évaluation ne va pas seulement répondre à la question de l'existence et du fonctionnement d'un CVS (indicateurs d'activité et de structure). Elle doit permettre de juger en quoi les modalités de participation et d'expression collective des usagers concourent à la réalisation des objectifs de l'accompagnement (indicateurs de processus). Une enquête menée auprès d'usagers

du centre d'hébergement et de réinsertion sociale élu au CVS met en évidence les changements intervenus pour eux-mêmes, (notamment à partir d'une appréciation des modifications vécues dans l'estime d'eux même et de leur capacité à prendre des responsabilités) dès lors qu'ils ont contribué à l'élaboration des règles communes concernant notamment la gestion de la violence.

➤ La définition d'indicateurs* pertinents¹⁶

Il est recommandé de choisir un nombre restreint d'indicateurs. Un indicateur est une **information** choisie qui permet d'observer périodiquement les évolutions d'une situation au regard d'objectifs définis, une variable qui aide à prendre la mesure des changements. Cette information doit être documentée et objectivée sur les bases de données qualitatives et quantitatives.

Elle ne prend sens qu'accompagnée d'éléments d'analyse. Le choix des indicateurs doit découler des objectifs à atteindre.

Un indicateur contribue à éclairer une question, il donne une information incomplète mais utile sur une situation ou un dysfonctionnement. Pour exemple, une évolution de la fréquence des manifestations comportementales de la population indiquera tout aussi bien l'évolution du public accueilli qu'une modification dans la qualité de l'accompagnement. Cette information ne prend donc sens qu'associée à d'autres éléments d'analyse.

15. Cf. la recommandation « Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312.1 du code de l'Action sociale et des familles », Anesm, mars 2008, téléchargeable sur www.anesm.sante.gouv.fr

16. Cf. « Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux », Anaes, mai 2002, disponible sur www.has-sante.fr

Apprécier les effets des activités déployées pour les usagers, pose comme hypothèse l'existence d'une relation entre l'accompagnement et les effets attendus. Vérifier cette hypothèse exige de prendre des précautions car il y a de nombreux biais : événements autres que l'intervention, évolution des personnes, qualité de la mesure des changements. Ces difficultés obligent à interroger systématiquement la validité des indicateurs et des modèles explicatifs.

Une approche globale impose de prendre en compte les éléments sociaux, familiaux, et de contexte, qui expliquent la stabilité ou les changements intervenus dans la situation des personnes. Il est donc nécessaire de croiser les sources d'informations, et d'étayer les constats sur des faits, des observations et/ou le recueil direct de l'avis des usagers pour objectiver l'analyse (illustration 19).

Des pratiques et des outils sont d'ores et déjà mis en œuvre dans le secteur social et médico-social, d'autres sont en construction. Les déclinaisons sectorielles ou par type d'accompagnement du présent document constituent une partie du programme de travail à venir de l'Anesm. Elles permettront de présenter et d'inventorier les méthodes disponibles.

➤ Le recueil d'informations

En sus de l'étude documentaire, le recueil des informations implique de consulter ou de mener une concertation avec les professionnels, les usagers, leurs éventuels représentants légaux. Il est recommandé de déterminer les outils utilisables et adaptés :

- entretiens collectifs lors desquels plusieurs partenaires s'expriment à partir de questions préalablement élaborées ;
- entretiens individuels qui s'appuient sur une grille d'entretien et nécessitent une analyse de contenu ;
- études de cas : analyse collective à partir de documents et de confrontation des aspirations des acteurs pour éclairer un constat chiffré par exemple ;
- enquêtes par questionnaire : elles permettent de s'adresser à un plus grand nombre de personnes et de repérer par des questions fermées ou à choix multiples des régularités sur un point précis et de dégager des points de vue dominants ;
- observations croisées ;

Ces moyens de recueil, non exhaustifs, peuvent être utilisés simultanément ou séparément.

Illustration 19

Croiser les données et les perspectives

Dans le cadre de l'appréciation des effets de son intervention, un service éducatif de soutien à la parentalité en protection de l'enfance met en perspective :

- les statistiques sur les orientations en fin d'intervention (placement du mineur, arrêt, poursuite, etc.) ;
- une appréciation sur ce que représente cette orientation (par exemple, un placement peut être préconisé parce que les conditions de vie

de l'enfant constituent un danger pour lui ou être la conséquence d'une maturation positive des membres de la famille) ;

- le recueil de l'avis des parents et des enfants sur leur représentation de l'accompagnement.

Un service de formation professionnelle croise l'évaluation des acquisitions réalisées au cours du stage par les usagers avec leur appréciation sur la pédagogie et l'animation.



QUESTION COMPLÉMENTAIRE

Comment articuler l'évaluation interne aux démarches qualité ou contractuelles ?

L'établissement ou le service peut être engagé dans des démarches qualité ou de certification, des démarches contractuelles. Certaines des informations à recueillir et traiter sont communes.

▮ Les démarches qualité et de certification

Ces démarches ont pour objet de garantir un niveau d'organisation et d'application de procédures conforme à des textes de référence. Les référentiels qualité ou de certification de service permettent d'interroger les principaux aspects de l'organisation et du fonctionnement d'un établissement, et de satisfaction des usagers. Ces démarches doivent faire l'objet d'un suivi régulier et d'une appréciation en termes, principalement, d'effectivité (les mesures décidées ont-elles été mises en œuvre ?) et d'écarts (les résultats et effets sont-ils conformes aux intentions affichées ?).

Un certain nombre de données issues de démarches qualité, concernant en particulier le degré de conformité à des outils réglementaires, les procédures d'identification et de gestion des risques, peuvent être utilement exploitées dans la phase de recueil de données, selon les modalités précisées dans ce document. Elles contribuent à apporter des éléments nécessaires à l'évaluation (illustration 20). Elles ne permettent cependant pas de produire une analyse globale de la pertinence et de la cohérence des activités déployées au regard d'une réévaluation précise des besoins et attentes des populations accueillies, objet de l'évaluation.

- La nécessité d'apport d'informations complémentaires est à apprécier au regard de la déclinaison proposée dans le tableau de synthèse qui comprend des informations sur les objectifs, la mise en œuvre des activités (engagements et processus) et leurs effets¹⁷.
- La démarche d'évaluation permet de mettre en perspective les données avec l'appréciation précise et complète des besoins et attentes des personnes accompagnées.
- L'étape d'analyse qui constitue la troisième phase de l'évaluation, dépasse l'analyse de conformité dans la mise en œuvre des engagements et intègre l'appréciation critique et systémique des informations recueillies (cf. § étape 3 phase 3).

Illustration 20

Rendre les démarches complémentaires

Un établissement a mis en place, dans le cadre d'une certification ISO 9 001, un système de remontée de traitement des dysfonctionnements. L'exploitation des données a permis de mettre à jour une plainte récurrente sur la distribution du linge. L'évaluation interne

va identifier les effets négatifs pour les personnes désorientées et permettre de constater la nécessité d'une meilleure identification des attentes spécifiques des personnes concernant le respect de leurs objets personnels.

17. L'analyse des effets est souvent partielle et donc à compléter.

➤ Conventions tripartites, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, autres conventions¹⁸

La démarche d'évaluation va permettre de dégager des éléments de nature à conforter ou à préparer l'engagement dans un processus contractuel avec les autorités publiques (illustration 21). Elle facilite un processus d'objectivation des situations en les contextualisant. Par la réévaluation des caractéristiques des publics accompagnés, la relecture des éléments du projet institutionnel, l'analyse des pratiques professionnelles et de leurs effets, la démarche d'évaluation contribue à construire un diagnostic, à dégager des priorités d'action et à en déduire les moyens nécessaires à leur réalisation.

Il est recommandé que les résultats de l'évaluation interne fassent l'objet d'échanges réguliers avec les autorités de contrôle. Au moment du renouvellement des conventions ou des contrats, l'évaluation permet d'apprécier l'ensemble du travail engagé en le resituant, notamment par rapport aux évolutions des besoins et attentes des usagers.

Illustration 21

Préparer le renouvellement d'une convention

Pour préparer le renouvellement de sa convention tripartite, un Ehpad s'est appuyé sur les priorités et les objectifs fixés dans la première convention conclue pour cinq ans. Après avoir constaté le niveau de réalisation et les éventuels écarts, l'ensemble de l'équipe a été mobilisée pour procéder à un travail d'analyse. Celui-ci s'est appuyé sur :

- une relecture critique des objectifs et priorités fixés initialement ;
- le recueil des points de vue des acteurs impliqués (professionnels, usagers, bénévoles) sur les effets de mesures engagées et sur les améliorations à apporter ;
- l'articulation de la démarche d'amélioration avec le projet d'établissement, l'inscription dans l'environnement, les priorités fixées dans le schéma départemental, les modes de management.

2. Le pilotage et l'animation de la phase 2

2.1 La disponibilité des informations

L'actualisation et la mise à disposition des données relève de la responsabilité de la direction de l'établissement ou du service. Le dispositif de remontée d'informations mis en place doit apporter des éléments régulièrement actualisés sur la situation sociale, psychologique, l'état de santé des usagers et leur évolution. Les facteurs de risque identifiés donnent lieu à un suivi. La périodicité de la remontée des données doit être en adéquation avec la population accueillie et le temps d'intervention de l'ESSMS.

Si le système d'information de l'ESSMS ne permet pas de connaître précisément l'évolution de la situation des personnes et des problématiques à traiter, la démarche d'évaluation peut être saisie comme une opportunité pour :

- préciser la caractérisation de la population réellement accompagnée ;
- définir les indicateurs pertinents qui permettent d'assurer son suivi.

18. Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile, par exemple, passent convention avec l'Etat en référence au décret 2007-1300 du 31 août 2007.

Il est recommandé de procéder à un bilan du dispositif de remontée des informations, à partir des points suivants :

- l'identification des informations utiles disponibles ;
- la fréquence de leur mise à jour.

2.2 L'implication des usagers pour le recueil des informations

Comme énoncé au paragraphe 2.6 « L'implication des usagers à toutes les étapes » (page 29), il faut distinguer plusieurs niveaux de participation et les articuler. Il est recommandé d'aller au-delà de la consultation des usagers et notamment de dépasser le questionnement de la satisfaction.

2.3 L'implication des professionnels dans l'identification des pratiques

Quelle que soit la méthode choisie (avec ou sans référentiel préexistant), il est recommandé de réunir les équipes professionnelles pour identifier leurs pratiques.

Les données précises sur certains points révélateurs du fonctionnement institutionnel, des processus et des pratiques ne peuvent provenir que des professionnels eux-mêmes. Exemples : le dossier individuel (qui écrit, quel contenu, qui regarde, droit d'accès), le contrat de séjour, les réunions de synthèse (comment se passent-elles, qui anime, qui parle, comment est assuré le suivi des décisions).

2.4 Les règles déontologiques du recueil des informations

Quelles que soient les modalités du recueil des informations, des règles déontologiques sont à respecter : le consentement libre et éclairé des répondants, l'autorisation des parents ou tuteurs éventuels, la confidentialité des réponses individuelles et leur anonymisation dans le traitement.

L'évaluation interne étant, pour les professionnels, une interrogation *collective* sur les pratiques et les processus mis en œuvre, les informations recueillies sont analysées et interprétées dans ce cadre.

Il est important de distinguer les prérogatives de la direction en matière de décision, de règlement des conflits, de sanction des dysfonctionnements éventuels des modalités de déploiement des activités.

Phase 3

*Analyser et comprendre
les informations
recueillies*

Phase 3

Les points clés de la méthode d'évaluation concernent les *mesures* (construction de critères et validité des indicateurs) et le jugement porté sur celles-ci. L'appréciation portée sur des activités est basée sur des échanges qui ont pour but de faciliter la compréhension. Le croisement des perspectives conduit à formuler des préconisations.

1. Méthode

1.1 Rassemblement des données

➤ **Dans un premier temps**, les données recueillies permettent d'établir des réponses argumentées, notamment aux questions suivantes :

- les activités déployées répondent-elles aux besoins et attentes des usagers, quels sont les effets observés, attendus et inattendus, pour les usagers ?
- quel est le niveau de réalisation des objectifs ? L'autonomie, la qualité de vie et la santé sont-elles promues ? La personnalisation est-elle effective ? Les droits sont-ils garantis ? Quels sont les résultats obtenus par les actions de prévention des risques ?
- parmi les processus structurants décrits, quels écarts ou dysfonctionnements sont identifiés ?
- quel est le niveau d'intégration des recommandations de pratiques professionnelles* transverses et sectorielles ? (illustration 22) Quels sont les principaux repères qui concernent l'activité évaluée ? Quelle appréciation porter sur le positionnement de l'établissement ou service au regard de ces repères¹⁹ ? Quels sont les points clé qui sont intégrés, quels sont ceux qui ne le sont pas ?

Illustration 22

Une recommandation pour repère

Un institut éducatif, thérapeutique et pédagogique (ITEP) veut renforcer son action de prévention de la violence et souhaite évaluer les effets de ce qui est mis en place en terme de prévention et de traitement des incidents. L'équipe analyse les processus mis en place en faisant une lecture

collective des repères de la recommandation de l'Anesm « *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses* »²⁰. Pour améliorer son dispositif, elle va s'appuyer en particulier sur les repères proposés pour identifier et distinguer les situations.

1.2 Analyse des informations recueillies

➤ **Dans un second temps**, il est recommandé de procéder à l'analyse des constats. Il s'agit de rapprocher les résultats recueillis sur les grands objectifs, à partir des données structurelles, des modalités de mise en œuvre et de celles portant sur les effets.

19. Le mode d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm conduit à énoncer les pratiques qui font l'objet d'un consensus et peuvent se déployer dans le contexte habituel des ESSMS au regard de leurs ressources et moyens. Certains établissements et services peuvent avoir déployé des pratiques qui vont au-delà ces recommandations.

20. Cf la recommandation « *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses* », Anesm, juillet 2008, téléchargeable sur www.anesm.sante.gouv.fr

Les écarts relèvent-ils :

- de l'organisation interne des ressources humaines et des moyens disponibles, notamment :
 - de la qualification et de la formation des professionnels ?
 - de la coordination et de l'articulation des intervenants, interne et externe ?
 - de l'organisation du travail ?
 - du système d'information ?
 - du management, des modes de régulation, de communication, d'information, de gestion des ressources humaines ?
 - du cadre de vie (locaux, restauration...) ?
 - d'une modification du contexte législatif, technologique... ?
- de l'inscription de l'établissement ou du service dans son environnement, notamment :
 - du développement de partenariats opérationnels et stratégiques ?
 - de l'accessibilité physique et géographique ?
 - de sa localisation ?
 - d'une modification du contexte partenarial ou territorial ?
- de la qualité du projet de l'établissement ou du service, notamment :
 - des valeurs mobilisées ?
 - de la caractérisation de la population ?
 - des objectifs définis ?
 - de l'évolution du contexte affectant les activités ?

➤ **Dans un troisième temps**, cette analyse permet d'identifier des causes singulières ou communes et les marges de progression. Elle permet aussi d'identifier les points forts de l'organisation ou les pratiques qui produisent des effets positifs et qui sont à relayer ou généraliser (illustration 23).

Lorsque cette analyse est réalisée par un groupe projet ou instance d'évaluation, sa synthèse est soumise sous forme de rapport à la direction de l'établissement ou du service.

Le tableau proposé dans la 4^e phase peut constituer un soutien dans l'élaboration(

F

8

Illustration 23

Analyser effets et conditions de mise en œuvre

Une maison d'enfants à caractère social met en relation les besoins et attentes exprimés par les enfants et leurs parents à l'entrée dans la structure, avec les résultats (mise en œuvre et effets) de ses activités. Sont croisées des informations sur les orientations à la sortie du dispositif, des appréciations des parents et des enfants sur l'accompagnement et une analyse détaillée des principaux processus.

Les effets : il est avéré à l'issue de la phase de constats que l'intervention a peu d'effets sur la prise en compte des soins autres que psychologiques pour les enfants, et sur l'évolution de la situation d'isolement social des parents durant l'accueil des enfants (il est même parfois renforcé par l'éloignement de l'enfant).

Les constats :

- les acteurs de l'action sociale territoriale sont peu impliqués dans le suivi, alors qu'ils ont une place importante dans le parcours ;

- les situations socio économiques des familles sont des facteurs aggravants des difficultés éducatives. La nécessité d'interventions coordonnées est prise en compte de manière trop aléatoire ;
- la création d'un *réseau* local préconisé dans le projet pour faciliter l'intégration des familles dans l'environnement n'est pas formalisé ;
- une meilleure connaissance du public et une analyse des causes des difficultés doit permettre de mieux coordonner les interventions, de prioriser les objectifs individuels.

Au regard de ces constats, les principales améliorations à apporter concernent la connaissance des publics concernés et l'articulation des interventions sociales et éducatives.



QUESTION COMPLÉMENTAIRE

Comment rédiger un rapport d'évaluation ?

La pérennisation de la démarche, la nécessité de communiquer sur ses enseignements, l'invitation à débattre à leur propos, nécessitent de garder trace du processus évaluatif.

Le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 précise par ailleurs au chapitre III que les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation ainsi qu'une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations doivent être fournis à l'évaluateur externe.

Il est recommandé :

- d'établir un document dit « protocole d'évaluation » qui inclura les finalités de l'évaluation, les modalités de sa conduite, les questions traitées, les critères et indicateurs retenus, les modalités de collecte de l'information, le calendrier ;
- d'explicitier les choix de méthode et leur limite ;
- de distinguer les constats de la formulation du jugement.

Les préconisations sont des acquis à conforter, des lacunes à combler, des orientations nouvelles éventuelles à suivre. Elles ne constituent pas le plan d'amélioration, dont l'élaboration revient à la direction.

2. Le pilotage et l'animation de la phase 3

2.1 L'analyse est une coproduction des parties prenantes

L'évaluation est d'autant plus appropriée qu'elle permet à des acteurs de repenser les liens entre des objectifs qu'ils se donnent, des pratiques qu'ils développent et leur contexte d'action.

Ainsi, les attendus en matière de conduite et d'animation de cette phase importante sont :

- la pluridisciplinarité et l'accès au débat de représentants de tous les corps professionnels d'un établissement ou d'un service : ils procèdent de la validité de l'analyse et conditionnent la conduite des changements ;
- la multiplication des angles d'approche, le croisement des perspectives et des sources d'information, la fiabilité des données : ils confèrent sa validité à l'analyse produite.

Il est donc recommandé d'associer les usagers ou leurs représentants, au sein de l'instance d'évaluation, à l'élaboration de l'analyse évaluative et aux propositions d'amélioration.

Phase 4

Piloter les suites de l'évaluation

Phase 4

L'évaluation s'intéresse à ce que les activités concernées produisent comme transformation, en vue de nourrir une décision²¹. Le pilotage des suites de l'évaluation revient à la direction de l'établissement ou service qui élabore le plan d'amélioration en priorisant les actions à conduire ; la démarche est pérennisée grâce à une meilleure remontée d'informations qui seront interrogées régulièrement.

1. Méthode

1.1 Le plan d'amélioration

La direction élabore le plan d'amélioration lequel est une démarche projet qui comprend :

- un diagnostic de la situation constitué par les constats et l'analyse réalisés précédemment ;
- une priorisation argumentée des objectifs d'amélioration à atteindre ;
- les résultats et les effets attendus, précisés par des indicateurs de suivi et de résultat ;
- la déclinaison des moyens humains, matériels, financiers, d'information, nécessaires ;
- un calendrier.

La direction de l'établissement ou du service se saisit de l'analyse de l'instance d'évaluation ou du groupe projet et priorise les points à traiter en fonction des conséquences pour les usagers et de l'actualité de l'ESSMS.

➤ Trois questions peuvent structurer la réflexion. Les améliorations à apporter relèvent-elles :

- de l'organisation, notamment du travail, de la mobilisation et la qualification des ressources humaines, des modes de régulation et de contrôle, des modes de transmission d'information, du cadre de vie ?
- du partenariat opérationnel ou stratégique, des relations avec l'environnement géographique, institutionnel, économique, de l'accessibilité ?
- du contenu du projet d'établissement ou de service, notamment de la caractérisation des populations, de l'identification de ses besoins et attentes du positionnement du projet au regard des missions ?

➤ Il est recommandé :

- de déterminer un calendrier, éventuellement de fixer des objectifs avec des échéances intermédiaires ;
- d'établir un tableau de bord de suivi de la mise en œuvre du plan d'amélioration.

21. Cf. glossaire des notions-clés.



QUESTION COMPLÉMENTAIRE

Comment intégrer la culture de l'évaluation interne au fonctionnement habituel de l'établissement ou du service ?

La mise en œuvre de l'évaluation interne a pour effet de consolider les outils de pilotage de l'ESSMS.

Outre le déploiement d'un cycle complet d'évaluation menant au plan d'amélioration, la remontée des informations sur le fonctionnement et ses effets offre des opportunités d'ajustements en continu. Il permet de procéder à des améliorations selon une périodicité adaptée aux spécificités de la population accompagnée. Ainsi, par exemple, *les informations qui signalent une dégradation de la situation des usagers ou une augmentation des risques sont traitées immédiatement.*

L'analyse qualitative et quantitative de ces informations renforce la capacité de pilotage du management :

- certaines remontées des données peuvent utilement être pérennisées pour aider au pilotage ;
- il n'est pas nécessaire d'avoir effectué tout le cycle d'évaluation pour procéder à des améliorations dès lors que le dysfonctionnement et ses causes ont été identifiés et comprises ;
- il est r

2. Le pilotage et l'animation de la phase 4

2.1 La diffusion des résultats

La diffusion des résultats de l'évaluation peut se faire sous diverses formes. Elle est une étape essentielle à l'appropriation collective des enseignements et à la conduite du changement.

Plusieurs facteurs sont à considérer :

- si un résumé peut être rédigé, le rapport intégral doit être accessible à tous les acteurs qui y ont participé ;
- les supports de communication peuvent être diversifiés : réunions, articles, publication dans la revue interne, groupes de travail.

2.2 La transmission des résultats aux autorités

Aux échéances fixées par les textes, les résultats de l'évaluation interne, adopté par les instances décisionnaires, sont communiqués aux autorités ayant délivré l'autorisation.

Le document de transmission remis aux autorités présente les éléments de compréhension de la dynamique d'amélioration des services rendus et de la conduite du changement, les principaux éléments suivis et leur analyse. La présentation doit permettre de comprendre l'enjeu et la portée des changements engagés.

Les réponses sont courtes et donnent l'information essentielle qui permet d'en comprendre l'enchaînement logique.

➤ Il est recommandé de **structurer le document de transmission des résultats de la façon suivante** :

Première partie

Présentation de l'établissement ou du service et des éléments de cadrage des activités

1. **La présentation des missions**, du cadre réglementaire et des objectifs principaux des activités déployées est réalisée de manière synthétique :
 - les missions et le cadre réglementaire, contenus dans l'autorisation ;
 - les contractualisations engagées (CPOM, conventions tripartites ou autres) ;
 - les principales valeurs de l'organisme gestionnaire et les références du projet d'établissement ou de service ;
 - les orientations et les objectifs généraux qui en découlent.
2. **La caractérisation de la population** est exposée et renvoie à toutes les dimensions de l'accompagnement (soins, éducatif, social, psychologique, formation...)
 - Caractéristiques communes identifiées et évolutions significatives constatées dans le temps
3. **La spécification des objectifs** à partir des activités communes aux établissements sociaux ou médico-sociaux est présentée. Est exposé synthétiquement ce que signifie concrètement pour la population :
 - la promotion de l'autonomie, de la qualité de vie et de la santé (objectifs principaux de l'accompagnement) ;
 - la personnalisation de l'accompagnement ;
 - la garantie des droits et la participation ;
 - la prévention des risques spécifiques à la population accueillie et au mode d'accompagnement.

Seconde partie

Éléments de méthode

1. **Protocole d'évaluation**
 - Choix d'entrée et temporalité
 - Difficultés éventuelles rencontrées
2. **Les modalités de l'implication** des instances délibératives et dirigeantes, des professionnels et des usagers dans la démarche
 - Composition de l'instance d'évaluation ou groupe projet
 - Modalités de consultation des usagers aux différentes étapes de la démarche, précisant les types de données recueillies
 - Modalités d'association des professionnels aux différentes étapes de la démarche, précisant les types de données recueillies

3. *Les grandes modalités de la remontée des informations*

- Les principaux indicateurs retenus
- Les référentiels éventuellement utilisés
- Les études ou recherches spécifiquement menées ou exploitées
- Les grilles d'observation, de recueil de données utilisées ou créées
- Les outils complémentaires éventuellement mobilisés

Troisième partie

Présentation des résultats

1. *Les principaux constats sont présentés de manière synthétique,*

- Le niveau de réalisation des objectifs
- Le niveau d'intégration des recommandations de pratiques professionnelles
- Les effets constatés pour les usagers et la pertinence des activités déployées

2. *Le plan d'amélioration du service rendu est précis. Il comprend :*

- les objectifs d'amélioration priorités ;
- les résultats attendus, les indicateurs de suivi et de résultat retenus ;
- le calendrier de son déploiement.

3. *Les moyens mobilisés ou à mobiliser sont déclinés sur plusieurs registres :*

- les moyens humains et les compétences ;
- l'organisation et le management ;
- les moyens matériels et financiers ;
- l'information et la communication ;
- les partenariats à solliciter ;
- les résultats des actions mises en place, obtenus au cours de la période considérée.

Annexes

Annexe 1

LA CONDUITE DE L'ÉVALUATION INTERNE

PHASE 1 : CADRE ÉVALUATIF

Missions, valeurs et objectifs généraux, caractérisation du profil de la population accompagnée, déclinaison des objectifs :

Promouvoir l'autonomie, la qualité de vie et la santé

- Intégration des différentes composantes professionnelles pour réaliser les objectifs principaux
- Promotion de la santé et de l'accès au soin
- Diagnostic et exploitation des ressources de l'environnement
- Adaptation en continu des compétences internes et externes .../...

Personnaliser l'accompagnement

- Evaluation en continu des besoins et attentes
- Elaboration et actualisation du projet personnalisé
- Articulation, circulation de l'information autour du projet personnalisé .../...

Garantir les droits et la participation

- Effectivité de la mise en œuvre des droits dans le fonctionnement quotidien
- Processus permettant la prise en compte de l'expression collective
- Organisation concrète d'intégration des proches et représentants légaux .../...

Protéger et prévenir

- Identification des risques individuels et collectifs
- Processus de prévention
- Processus de recueil, de traitement et d'analyse des incidents et plaintes
- Formation des professionnels à la prévention des risques .../...

PHASE 2 : RECUEIL D'INFORMATIONS

Structure, moyens, méthode, références : quels choix ont été réalisés ?

Comment ont-ils été mis en place ? Intégration des ressources, ouverture sur l'environnement, organisation interne...

Quels effets pour les usagers ?

PHASE 3 : ANALYSE DES INFORMATIONS

Les activités déployées répondent-elles aux besoins et attentes des usagers au regard des missions ?

Quelle analyse des conditions de réalisation ?

Quelles causes aux écarts, quels points forts, quelles marges de progrès ?

PHASE 4 : ELABORATION DU PLAN D'AMÉLIORATION

Détermination d'objectifs d'amélioration prioritaires

Réactualisation du projet d'établissement ou de service et/ou de ses modalités de mise en œuvre

Annexe 2 – Tableaux et déclinaisons

Les tableaux suivants sont une déclinaison de la présentation synthétique de la phase 1, étape 3 « Spécifier les objectifs de l'accompagnement et les critères d'appréciation des activités » (page 20). Ils constituent des repères pour l'élaboration du cadre évaluatif. Cette déclinaison est proposée à titre d'exemple et ne vise pas l'exhaustivité.

Objectifs génériques et spécifiques	Identification des engagements et références de pratiques, ressources réglementaires, humaines ou matérielles	Données sur les activités qui concourent à la réalisation de l'objectif (exemples de processus structurants)	Données sur les effets attendus pour les usagers (exemples)
<p>La personnalisation de l'accompagnement</p> <p>A quels aspects concrets renvoie la personnalisation pour la population accueillie ?</p> <p>Avec quels objectifs ?</p>	<p>Obligations réglementaires : <i>Elaboration d'un projet personnalisé, dossier individuel</i></p> <p>Recommandations de pratiques professionnelles (téléchargeables sur www.anesm.sante.gouv.fr) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » ; ■ « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » ; ■ « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » ; ■ « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées ». <p>Références, procédures et modalités incluses dans le projet d'établissement ou de service</p>	<p>Comment l'intervention est-elle adaptée en continu et prend-elle régulièrement en compte les besoins et attentes des personnes accueillies ?</p> <p>Processus d'évaluation et de réévaluation des besoins et attentes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Comment sont recueillies les informations auprès de l'usager lui-même (parcours, habitudes, souhaits...) ? – Comment l'évaluation des besoins et attentes intègre-t-elle toutes les compétences professionnelles internes ? – Quelles sont les modalités de prise en compte de l'avis des intervenants précédents et/ou extérieurs et des proches ? <p>Le processus d'élaboration du projet personnalisé</p> <ul style="list-style-type: none"> – Quelle articulation est faite entre le recueil des besoins et attentes et l'élaboration du projet personnalisé ? – Comment est garantie la prise en compte de tous les aspects de l'accompagnement et leur articulation ? – Comment les différents professionnels concernés sont-ils associés ? – Comment est assurée la remontée des observations à prendre en compte pour actualiser ce projet ? – Le rythme de l'actualisation est-il adapté à l'évolution de la situation des personnes ? – Comment sont anticipées les échéances de l'accompagnement et les conditions de son interruption ? <p>Le processus de mise en œuvre du projet personnalisé</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les coordinations essentielles sont-elles identifiées et comment sont-elles assurées ? – Font-elles l'objet de procédures claires pour les intervenants au niveau individuel et collectif ? – Comment est organisée l'articulation avec les intervenants extérieurs à l'établissement autour du projet de chaque personne ? – L'articulation des interventions autour de chaque personne est-elle garantie par un système de circulation de l'information accessible et réactualisé ? 	<p>Si la réponse proposée est cohérente et ajustée aux besoins et attentes, quels changements attendre pour les usagers en matière d'amélioration de leur situation ou de prévention de sa dégradation, de préparation d'une orientation adaptée.../... ?</p> <p>Quels sont les effets attendus ?</p> <p>Quels sont les effets observés ?</p>
Indicateurs sur la population accueillie	Indicateurs de structure	Informations qualitatives et quantitatives sur les réalisations et la mise en œuvre	Informations qualitatives et quantitatives sur les évolutions et changements constatés pour les usagers

Objectifs génériques et spécifiques	Identification des engagements et références de pratiques, ressources réglementaires, humaines ou matérielles	Données sur les activités qui concourent à la réalisation de l'objectif (exemples de processus structurants)	Données sur les effets attendus pour les usagers (exemples)
<p>Garantie des droits et participation des usagers</p> <p>A quels aspects concrets renvoie la garantie des droits pour la population accueillie ?</p> <p>Avec quels objectifs ?</p>	<p>Obligations réglementaires : Respect de la dignité, livret d'accueil, CVS ou groupe d'expression, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, enquête de satisfaction .../...</p> <p>Recommandation de pratiques professionnelles (téléchargeables sur www.anesm.sante.gouv.fr) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » ; ■ « Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale » ; ■ « Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses ». <p>Références, procédures et modalités incluses dans le projet d'établissement</p>	<p>Comment respecter les droits fondamentaux des personnes et les considérer comme acteurs de leur accompagnement ?</p> <p>Accompagnement continu de la liberté de choix et respect des droits fondamentaux</p> <ul style="list-style-type: none"> – Comment sont respectés la dignité et le droit à l'intimité des personnes au cours de la vie quotidienne, dans la manière de s'adresser aux personnes, de prendre en compte leur point de vue, dans la mise en œuvre de la liberté de circuler ? Quels freins d'ordre organisationnel ou autre peuvent être identifiés ? Comment les incidents et pratiques maltraitantes sont-ils traités ? <p>Développement et promotion de l'expression individuelle et collective</p> <ul style="list-style-type: none"> – Comment est développée et promue l'expression individuelle, les modalités sont-elles adaptées, les opportunités diversifiées et les supports pertinents et personnalisés ? – Une évaluation initiale des capacités de décision est-elle réalisée ? Comment ? Comment l'ESSMS s'assure-t-il que cette information est intégrée par les intervenants ? – Comment l'ESSMS s'assure-t-il que les modalités d'expression collective permettent la représentation effective des usagers ? – Comment l'ESSMS s'assure-t-il de la prise en compte effective des contributions collectives des usagers ? <p>Intégration des représentants familiaux et légaux</p> <ul style="list-style-type: none"> – Comment les représentants familiaux et légaux sont-ils intégrés dans les décisions qui concernent chaque personne, et dans les instances représentatives réglementaires ? Leurs points de vue sont-ils pris en compte ? 	<p><i>Si les droits fondamentaux sont respectés et la participation favorisée, quels changements peuvent se manifester dans les manifestations du libre arbitre des usagers ?</i></p> <p>Quels sont les effets attendus ?</p> <p>Quels sont les effets observés ?</p>
Indicateurs sur la population accueillie	Indicateurs de structure	Informations qualitatives et quantitatives sur les réalisations et la mise en œuvre	Informations qualitatives et quantitatives sur les évolutions et changements constatés pour les usagers

Objectifs génériques et spécifiques	Identification des engagements et références de pratiques, ressources réglementaires, humaines ou matérielles	Données sur les activités qui concourent à la réalisation de l'objectif (exemples de processus structurants)	Données sur les effets attendus pour les usagers (exemples)
<p>La protection et la prévention des risques inhérents à la situation des usagers</p> <p>Quels risques doit-on identifier et prévenir au regard de la vulnérabilité des usagers et des modalités concrètes de l'accompagnement ?</p> <p>Avec quels objectifs ?</p>	<p>Obligations réglementaires Hygiène et sécurité, recours, information, formations des personnels, ratio d'encadrement</p> <p>Recommandation de pratiques professionnelles (téléchargeables sur www.anesm.sante.gouv.fr) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » ; ■ « Mission du responsable et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance » ; ■ « Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses » ; ■ « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées ». <p>Procédures et modalités incluses dans le projet d'établissement</p>	<p>Comment les besoins de protection des personnes sont-ils identifiés au regard de leur vulnérabilité ? Quelle réponse est-elle apportée ?</p> <p><i>L'identification des risques liés à la situation des personnes et aux conditions d'accompagnement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Cette identification fait-elle l'objet d'un travail pluridisciplinaire ? – Des références et ressources extérieures sont-elles mobilisées ? – L'ensemble des personnels est-il associé à cette réflexion ? Les usagers et/ou leurs représentants contribuent-ils à cette identification ? <p><i>L'analyse des facteurs de risque</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – L'analyse des facteurs de risque fait-elle l'objet de recommandations de pratiques spécifiques et/ou de procédures pour les anticiper ? Ces recommandations sont-elles connues de l'ensemble des professionnels ? L'encadrement est-il impliqué dans la promotion de la prévention ? <p><i>Le recueil d'informations sur les incidents et plaintes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Comment est-il organisé auprès des usagers ? Auprès des professionnels ? – Toutes ces informations sont-elles traitées ? <p><i>Comment sont traitées les situations de risque avéré ou les situations de crise ?</i></p> <p><i>L'articulation entre gestion des risques et des professionnels</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Comment est assurée la formation des personnels ? – Comment sont prévenus les risques professionnels ? 	<p>Quelle conséquence concrète pour les usagers de la prévention ou de la diminution des risques liés à leur situation ?</p> <p>Quels sont les effets attendus ?</p> <p>Quels sont les effets observés ?</p>
Indicateurs sur la population accueillie	Indicateurs de structure	Informations qualitatives et quantitatives sur les réalisations et la mise en œuvre	Informations qualitatives et quantitatives sur les évolutions et changements constatés pour les usagers

Annexe 3 – Glossaire des notions-clés

Ce glossaire a pour objet d'éclairer le sens des notions-clés employées dans ce document. Il ne prétend pas les définir de façon exhaustive.

Les acceptions proposées ont été retenues à la suite de l'analyse bibliographique dans le but de maintenir cohérence et continuité avec les travaux de l'Anesm, notamment la recommandation sur la mise en œuvre de l'évaluation interne de mars 2008 et le guide du Cnesms.

1. Evaluation

« L'évaluation est une activité de rassemblement, d'analyse et d'interprétation de l'information concernant la mise en œuvre et l'impact des mesures visant à agir sur une situation sociale ainsi que la préparation de mesures nouvelles »²².

Evaluer un objet (politique, programme, dispositif ou activités d'un organisme), c'est juger de sa valeur au regard de critères explicites et sur la base d'informations spécialement rassemblées et analysées.

L'évaluation s'intéresse à ce que cet objet a produit comme transformation, en vue de nourrir une décision.

L'évaluation (que l'on appellera *évaluation d'une intervention* par convention) fait l'objet de principes méthodologiques communs et incontournables²³.

Elle a deux objectifs principaux : le but formatif qui vise à améliorer la mise en œuvre d'activités, le but sommatif, qui analyse les effets pour en tirer les leçons.

Toutes les définitions associent trois dimensions :

- l'élaboration des critères d'évaluation en mettant en évidence le problème à traiter, les objectifs poursuivis, les publics-cibles, les résultats attendus ;
- la collecte d'informations systématiques et diversifiées sur le programme ;
- une appréciation critique portée en référence à des critères et des préconisations en vue d'une décision.

2. Evaluation interne

Une évaluation interne a pour caractéristique d'être pilotée par les responsables de l'intervention. Elle s'appuie sur ceux qui la connaissent le mieux –, professionnels et usagers. Son intérêt est d'être un gage d'amélioration de la qualité en favorisant l'assimilation des résultats. Mais elle impose en conséquence une rigueur méthodologique qui garantisse l'objectivité des données recueillies et analysées.

22. Conseil scientifique de l'évaluation, 1990.

23. Les principales références méthodologiques utilisées pour la conduite de l'évaluation interne en ESSMS sont :

- Commission européenne. *Evaluer les programmes socio-économiques*. Vol. 1. Conception et conduite d'une évaluation. Luxembourg : Office des publications des communautés européennes, 1999. 239 p. Coll. Means ;
- Conseil scientifique de l'évaluation. *Guide de l'évaluation des politiques publiques*. Paris : La documentation Française, 1996 ;
- SHAMN, I., LISHMAN, J. *Review of evaluation and social work practice*. Londres : Sage publications, 1999 ;
- GRINNEL, R.M., UNRAU, Y.A. *Social work research and evaluation : foundation of evidence-based practice*. 8th ed. Oxford : Oxford University Press, 2007 ;
- CHEETAM, J. *Evaluation social work effectiveness*. Buckingham : Open Universit Press, 1992 ;
- Office fédéral de la santé publique. *Guide pour la planification de l'évaluation de projets ou programmes de santé*. Berne : Office fédéral de la santé publique, 1997 ;
- Plate-forme des ONG européennes du secteur social. *Quality of social and health services Social NGOs' recommendations to EU decision makers*. Bruxelles : Plate-forme des ONG européennes du secteur social, 6 juin 2008 ;
- Haute Autorité de Santé. *Guide d'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation*. Version 2. Saint-Denis : Haute Autorité de Santé, juin 2005.

Il faut aussi la distinguer de l'*auto évaluation*²⁴ dont les critères d'appréciation sont choisis en interne, tandis que l'évaluation est référée, en particulier, aux besoins et attentes des usagers.

3. Pertinence, cohérence, efficacité, efficience, résultats, effets, impact

Toutes les interventions possèdent des caractéristiques communes. Elles doivent répondre :

- à des besoins identifiés ;
- à une stratégie ;
- des objectifs ;
- à l'allocation de ressources ;
- à des effets attendus.

L'évaluation permet d'interroger le degré de correspondance d'une intervention avec les besoins identifiés, c'est-à-dire sa **pertinence**. Pour cela doivent être précisément mis à jour les besoins et attentes à satisfaire et les résultats de l'intervention.

Les ressources, de toute nature, mobilisées pour répondre forment-elles un vecteur commun au regard des objectifs poursuivis ? Sont-elles adaptées à l'enjeu ? La réponse permet d'apprécier la **cohérence** de l'intervention dans ses différentes composantes.

L'évaluation peut aussi interroger l'**efficacité** qui est le degré d'atteinte des objectifs spécifiques et généraux poursuivis pour la population concernée.

Les ressources au sens large, mobilisées pour déployer une intervention sont mises en relation avec la quantité et la qualité des résultats : l'évaluation porte alors sur l'**efficience** de cette intervention.

Une intervention génère plusieurs types de conséquences et de retombées :

- des activités, biens ou services directement observables (extrants ou *outputs*) sont produits (un protocole, des réunions.../...)
- des changements (voulus ou non, positifs ou négatifs) peuvent être constatés, ce sont les **résultats** (*outcomes*).
 - Ces changements peuvent affecter le contexte de l'intervention, la mise en œuvre des activités, leurs articulations (le mode d'organisation, les relations partenariales.../...).
 - Ils affectent aussi les destinataires de l'intervention, c'est-à-dire les usagers des établissements ou services.

La notion **d'effets** est utilisée ici pour décrire les changements effectifs ou attendus **pour les usagers** qui sont ciblés par une intervention. Ces changements sont les conséquences logiques d'un ensemble d'activités qui modifient leur situation. Il existe des effets attendus mais l'évaluation peut aussi mettre en évidence des **effets inattendus**.

La définition des **impacts** fait l'objet de quelques différences d'interprétation selon les auteurs. Ils désignent ici les effets à long terme positifs et négatifs induits par une intervention et l'analyse de ce qui aurait pu se passer en l'absence de l'intervention.

24. « S'auto-évaluer, c'est accepter de voir en arrière pour porter un œil critique sur soi, appuyé sur des critères de jugement négociés et appropriés, conduisant à une prise de décision pertinente et efficiente sur la base d'un référentiel intériorisé ». PILLONEL, M., ROUILLER, J. Faire appel à l'auto-évaluation pour développer l'autonomie. *Les cahiers pédagogiques*, 2001, n° 293.

4. Critères du jugement évaluatif et indicateurs

Un **critère** est un angle de vue, un caractère ou une propriété qui permet de porter un jugement ou une appréciation sur une activité. Il comprend donc un niveau d'exigence (point de référence – norme, règle ou niveau de compétences) – par rapport auquel l'objet est évalué. Un critère peut concerner :

- les activités, les processus et le niveau d'exigence et être quantitatif (*exemple : un projet personnalisé est élaboré pour tous les résidents*) ou qualitatif (*exemple : le projet personnalisé est élaboré après une observation d'un mois*).
- les effets attendus : par exemple, sur la prise en compte des préférences dans les activités, l'opportunité d'accès à certains services ou droits dans le cadre de l'accompagnement.

Dans l'évaluation interne, les critères d'appréciation sont déterminés par les acteurs de l'ESSMS, au regard de la population accueillie, des objectifs poursuivis, et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Les **indicateurs** donnent des informations sur l'atteinte quantitative ou qualitative du niveau d'exigence déterminé auparavant. Ils permettent de mesurer :

- l'activité, les réalisations : il faut les *sélectionner* au moment de caractériser la population et de préciser les objectifs ;
Exemples : durée de séjour, nombre de personnes présentant une pathologie spécifique, niveau d'étude à l'entrée...
- les moyens humains, outils, équipements nécessaires ou réglementaires : ce sont des indicateurs de structure ou de ressources issus des références et normes pour l'activité mise en œuvre dans l'établissement ou le service ;
Exemple : taux effectif d'encadrement (nombre de personnel par résident)
- le suivi des processus (effectivité et fréquence) et les résultats intermédiaires : tout processus peut être décrit comme un ensemble d'étapes dont la succession doit aboutir à un résultat et avoir des effets. Des indicateurs peuvent les renseigner et mesurer l'activité et la qualité de ces différentes étapes ;
Exemple : pour la gestion du projet personnalisé, la fréquence d'actualisation, personnels impliqués, les modalités de transmission des informations actualisées à l'ensemble des personnels (indicateur de processus) ; le délai de prise en compte
- les changements intervenus pour les usagers : ce sont des indicateurs qui rendent compte de la capacité d'action de l'établissement ou *indicateurs de résultats* ;
Exemples : évolution du nombre d'actions collectives développées à l'initiative des usagers ; nombre de travailleurs handicapés autonomes en matière de transport, de logement ; évolution des incidents (nombre et nature) ; orientations en sortie de dispositif, évolution de l'accès aux soins, indicateurs de qualité de vie ou d'estime de soi.

Pour construire un indicateur, il est recommandé d'en vérifier :

- la simplicité et l'acceptabilité : il doit être facile à élaborer, à recueillir et calculer ;
- validité et la pertinence : il fournit les repères nécessaires à l'appréciation de l'évolution de ce que l'on veut mesurer ;
- la fiabilité : il est apte à effectuer une mesure précise et reproductible ;
- la sensibilité et la spécificité : il varie dès que le phénomène étudié est modifié.

L'indicateur a ou peut avoir plusieurs fonctions dans une démarche d'amélioration continue de la qualité :

- connaître le niveau de qualité initial du processus ;
- déterminer des objectifs quantifiés, essentiellement l'importance des problèmes afin de définir les priorités d'action ;

- vérifier que ces objectifs sont atteints, en mesurant l'efficacité des solutions mises en œuvre sous la forme de plans d'actions ;
- suivre dans le temps les résultats obtenus, c'est-à-dire vérifier la pérennisation des changements introduits.

5. Instance d'évaluation ou groupe projet

Une évaluation est un processus technique et stratégique qui implique de nombreux acteurs. Une évaluation ne peut être réalisée par une personne seule. L'instance d'évaluation (appelée aussi **groupe projet** dans le document), est une instance collégiale qui organise l'évaluation dans la pluralité des approches²⁵.

Cette instance a pour rôle d'animer la démarche mais ce ne sont pas ses membres qui en assurent nécessairement la réalisation concrète. Le recueil des informations peut être effectué par d'autres membres de l'équipe. En fin d'évaluation, l'instance d'évaluation analyse et tire les conclusions.

6. Préconisations

Dans le cadre d'un plan d'amélioration, il convient de distinguer préconisations et décisions. Les préconisations sont des acquis à conforter, des lacunes à combler, des orientations nouvelles élaborées par le groupe projet ou instance d'évaluation suite à l'analyse et aux conclusions.

7. Objectifs

Les objectifs traduisent la formulation de la situation vers laquelle l'organisation tend. Ils décrivent les résultats ou les effets désirés tels que définis dans la mission de l'organisation.

- *Objectifs stratégiques ou généraux* : objectifs globaux à moyen et long terme indiquant l'orientation générale que l'organisation souhaite prendre. Ils décrivent les résultats ou effets auxquels elle souhaite parvenir.
- *Objectifs opérationnels ou spécifiques* : formulation concrète des objectifs stratégiques, un objectif opérationnel peut être immédiatement traduit en un ensemble d'activités et de tâches.

8. Besoins et attentes des usagers

Les besoins sociaux peuvent être considérés comme des demandes que la société a reconnues comme légitimes et s'engage à satisfaire²⁶, notamment à travers les dispositifs d'action sociale.

Le renforcement des droits des usagers qui structure les textes des lois cadre du secteur social et médico-social²⁷ se traduit par un accompagnement adapté aux spécificités de la personne, à ses aspirations²⁸ et à ses besoins (y compris de protection), à l'évolution de sa situation (âge, pathologie,

25. « Un projet d'évaluation (...) formalise l'accord des protagonistes de l'évaluation sur une problématique, un questionnement et une stratégie cognitive, et par la constitution, pour chaque évaluation, d'une instance d'évaluation, comité de pilotage aux fonctions élargies et formalisées » PERRET, B. *L'évaluation des politiques publiques*. Paris : La découverte, 2001.

26. BOUDON, R., BOURRICAUD, F. *Dictionnaire critique de la sociologie*. Paris : Presse universitaire française, 2004.

27. CASF, art. 311-3,3° et 7°. Art L.311-5, CASF, art. 114-1-1-1, loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

28. Pour le sociologue français Paul Henry Chambart de Lauwe, un membre d'une société humaine n'a pas seulement besoin de biens matériels pour sa survie, mais aussi de pouvoir répondre à des exigences nées de la vie sociale et relatives au rôle que l'on attend de lui. La distinction entre les besoins et les aspirations est fondamentale en ce qu'elle articule les besoins liés à « *des pulsions venant de l'individu lui-même, de son être physique et de son inconscient ou par rapport aux pressions venant de la société, les aspirations sont orientées par des images, des signes, des symboles...* » ainsi « *correspondent à des désirs tournés vers une fin, un but, un objet.* » CHAMBART, P.-H. *Pour une sociologie des aspirations*. Paris : Denoël, 1971.

parcours, environnement relationnel...). Cela suppose de respecter son consentement éclairé (ou à défaut, celui de son représentant légal) ; de lui laisser le choix de la prestation, le droit de participer directement, lui-même ou son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne.

L'observation et l'analyse des besoins et le recueil des attentes des personnes bénéficiaires directes d'un accompagnement²⁹ est indispensable pour déterminer les modalités de ce dernier. La démarche consiste à mesurer le degré d'adéquation entre les points de vulnérabilité et les obstacles dans l'environnement des personnes ainsi que la cohérence et la stratégie globale de l'intervention sociale. Elle précède toujours l'élaboration du projet personnalisé, et doit être actualisée régulièrement. Les besoins sont multidimensionnels : l'introduction de la notion de qualité de vie³⁰ comme critère d'appréciation en est un exemple intéressant.

Il est important pour un ESSMS d'asseoir notamment son analyse de la population accueillie et de l'évaluation de la demande sociale sur les caractéristiques communes dégagées de l'observation des situations individuelles.

9. Processus structurants

L'accompagnement des usagers dans les ESSMS présente deux caractéristiques majeures :

- il nécessite le croisement de compétences professionnelles et institutionnelles multiples, dont les articulations sont essentielles à la globalité et à la cohérence de la réponse ;
- l'accompagnement s'inscrit dans le parcours de l'usager qui dépasse toujours le seul passage dans le dispositif. Il nécessite de prendre en considération l'avant, l'après et l'environnement de la personne.

La description des principaux processus³¹ qui visent à décrire l'activité de l'ESSMS « *en termes de combinaison de mode opératoire et selon une logique de finalité* »³² est une approche qui permet de rendre compte, de manière non segmentée, des différents niveaux de mobilisation, d'intervention et d'articulation nécessaires à un accompagnement cohérent.

Le présent document propose pour exemple, une déclinaison des principaux processus nommés *structurants* pour signifier qu'elle s'effectue à partir des usagers et des principaux objectifs de l'accompagnement.

29. « *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* », Anesm, décembre 2008, téléchargeable sur www.anesm.sante.gouv.fr

30. La notion de qualité de vie a fait son entrée dans le domaine de la recherche clinique. La dimension subjective telle que le patient ou l'usager la perçoit est une donnée analysée donnant une idée précise de l'impact des traitements ou des interventions sur les capacités physiques, fonctionnelles, émotionnelles. L'évaluation de cette dimension passe par le recours à des instruments quantitatifs de mesure dont un certain nombre ont été spécifiquement développés. DOLBEAUT, S., BREDART, A., SPANO J.-P., et al. *Qualité de vie : du concept théorique à son utilisation pratique*. Paris : Springer, 2004.

31. « *Ensemble d'activités transversales reliées entre elles par des flux d'information qui se combinent pour produire un produit ou un service* ». DUCALET, P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. 3^e ed. Paris : Seli Arslan, 2008.

32. LIVIAN, F. « *Organisation : théories et pratiques* ». Paris : Dunod, 2008.

Annexe 4 – Liste des questions complémentaires

Phase 1 : Définir le cadre évaluatif de l'établissement ou du service

- Disposer d'un projet d'établissement ou de service formalisé ou actualisé est-il indispensable pour mener l'évaluation ? 17
- Que signifie évaluer les effets pour les usagers ? 21
- Comment entrer dans la démarche d'évaluation ? 23
- Que signifie évaluer notamment au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ? 25

Phase 2 : Recueillir des informations fiables et pertinentes

- Comment structurer le recueil des informations ? 33
- Comment articuler l'évaluation interne aux démarches qualité ou contractuelles ? 36

Phase 3 : Analyser et comprendre les informations recueillies

- Comment rédiger un rapport d'évaluation ? 42

Phase 4 : Piloter les suites de l'évaluation

- Comment intégrer la culture de l'évaluation interne au fonctionnement habituel de l'établissement ou du service ? 45

Annexe 5 – Table des illustrations

Présentation générale

- Schéma 1 : Le cadre méthodologique 13

Phase 1 : Définir le cadre évaluatif de l'établissement ou du service

- Illustration 1 : Le fondement des activités d'une maison d'accueil spécialisée 16
- Illustration 2 : Actualiser le projet du service à l'occasion de l'évaluation 17
- Illustration 3 : Analyser les évolutions de la population sur un territoire 18
- Illustration 4 : Caractériser le profil des populations dans le secteur de la protection de l'enfance 19
- Illustration 5 : Caractériser le profil de la population dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) 19
- Illustration 6 : Croiser les observations des usagers et des professionnels en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) 19
- Illustration 7 : Adapter les outils aux différents stades identifiés de troubles cognitifs et neurologiques 21
- Illustration 8 : Commencer par un sujet sensible 24
- Illustration 9 : Evaluer d'abord un processus structurant 24
- Illustration 10 : Favoriser la distanciation 27
- Illustration 11 : Communiquer systématiquement 27
- Illustration 12 : Mobiliser l'ensemble du personnel 28
- Illustration 13 : Favoriser la participation d'adolescents accueillis en institut médico-éducatif 29
- Illustration 14 : Impliquer des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer 30
- Illustration 15 : Coproduire les référentiels 30

Phase 2 : Recueillir des informations fiables et pertinentes

- Illustration 16 : Recueillir des informations pertinentes 32
- Illustration 17 : Enrichir un référentiel existant 33
- Illustration 18 : Apprécier les effets de l'intervention 34
- Illustration 19 : Croiser les données et les perspectives 35
- Illustration 20 : Rendre les démarches complémentaires 36
- Illustration 21 : Préparer le renouvellement d'une convention 37

Phase 3 : Analyser et comprendre les informations recueillies

- Illustration 22 : Une recommandation pour repère 40
- Illustration 23 : Analyser effets et conditions de mise en œuvre 41

Annexe 6 – Bibliographie

1. Ouvrages et articles relatifs à l'évaluation

■ Définition et concept de l'évaluation

- Banque mondiale. *Guide pour l'Analyse des Impacts sur la Pauvreté et le Social*. Washington : The International Bank for Reconstruction and Development, 2003.
- Commission européenne. *Evaluer les programmes socio-économiques*. Vol. 1. *Conception et conduite d'une évaluation*. Luxembourg : Office des publications des communautés européennes, 239 p. Coll. Means.
- Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. *Evaluation interne. Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Paris : Ministère de la Santé et des solidarités, septembre 2006.
- Conseil scientifique de l'évaluation. *Guide de l'évaluation des politiques publiques*. Paris : La Documentation française, 1996.
- DURON, P. *L'évaluation, une nécessité en devenir*. Paris : Assemblée nationale, 2002.
- PERRET, B. *L'évaluation des politiques publiques*. Paris : La découverte, 2001.
- PUMA. *Guide des meilleures pratiques à suivre pour l'évaluation*. Paris : Organisation de coopération et de développement économique, 1998.
- Société française de l'évaluation. *Charte de l'Evaluation des politiques publiques et des programmes publics*. Paris : Société française de l'évaluation, 2006.
- VIVERET, P. *L'évaluation des politiques et des actions publiques*. Rapport au Premier Ministre. Paris : La Documentation française, 1989.
- VOLLET, D., HADJAB, F. *Manuel de l'évaluation des politiques publiques*. Versailles : Editions Quae, 2008.

■ Evaluation des politiques et pratiques sociales

- Anaes. *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux*. Paris : Anaes, mai 2002.
- ALFOLDI, F. *Savoir évaluer en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2006.
- BAUDURET, J.-F., JAEGER, M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2002.
- BOUDET, B., PAUL, S., FRETIGNE, A.-L., et al. Dossier « L'évaluation implique un changement de culture des parties prenantes ». *Union sociale*, 2006, n° 202, pp. 19-28.
- BOUQUET, B., JAEGER, M., SAINSAULIEU, I. *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2007.
- Caisse nationale des allocations familiales. *L'action sociale est-elle efficace ? Informations sociales*, 1997, n° 57.
- CHARLEUX, F. GUAQUERE, D. *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale*. 2^e éd. Paris : Editions ESF, 2006.
- CHEETAM, J. *Evaluating social work effectiveness*. Buckingham : Open university press, 1992.
- DE MUNCK, J., ZIMMERMAN, B. *La liberté au prisme des capacités, Amartya Sen au-delà du libéralisme*. Paris : Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 2008. Coll. Raisons Pratiques.
- Department of Health-UK. *Care Homes for Older People. Care Homes for Older People. National Minimum Standards*, 3rd edition, Care standards Act 2000. Londres : The Stationery Office, 2003.
- Department of Health-UK. *Domiciliary Care. National Minimum Standards, Regulations*. Care Standards Act 2000, 2003.
- Department of Health-UK. *National Minimum Standards for Adults Placement Schemes*. Care Standards Act 2000, 2004.

- Direction générale de l'action sociale. *La qualité et son évaluation. Eléments de réflexion*. Paris : Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement, 2005.
- Direction générale de l'action sociale. *Démarche qualité, évaluation interne et recours à un prestataire. Guide méthodologique pour les établissements sociaux et médico-sociaux*. Paris : Ministère des Affaires sociales, du travail et des solidarités, 2004.
- Direction générale de l'action sociale. *Note d'information relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité*. Paris : Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, 2004.
- DUCALET, P., LAFORCADE, M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. 3^e ed. Paris : Seli Arslan, 2008.
- GRINNEL, R.M., UNRAU, Y.A. *Social work research and evaluation: foundation of evidence-based practice*. 8th ed. Oxford : Oxford university press, 2007.
- Haute autorité de santé. *Guide d'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation*. Version 2. Saint-Denis : HAS, juin 2005.
- Inspection générale des affaires sociales. *Suivi, contrôle et évaluation du travail social et de l'intervention sociale*. Paris : IGAS, 2007.
- Institute for the Advancement of Social Work Research. *Evaluating Social Work Services in Nursing Homes : Toward Quality Psychosocial Care and Its Measurement*. Washington : Institute for the Advancement of Social Work Research, 2005.
- JANVIER, R. *Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale*. Paris : Dunod, 2009.
- LIEVRE, P. *Evaluer une action sociale*. Rennes : Ecole nationale de la santé publique, 2002.
- NETTEN, A., McDAID, D., FERNANDEZ, J.-L., et al. *Measuring and Understanding Social Services Outputs*. Discussion Paper 2132/2, Personal Social Services Research Unit. Canterbury : University of Kent, 2005.
- Office fédéral de la santé publique. *Guide pour la planification de l'évaluation de projets ou programmes de santé*. Berne : Office fédéral de la santé publique, 1997.
- PAPAYE, J. *L'évaluation des pratiques dans le secteur social et médico-social*. Paris : Vuibert, 2007.
- PILLONEL, M. ROUILLER, J. Faire appel à l'auto-évaluation pour développer l'autonomie. *Les cahiers pédagogiques*, 2001, n° 393.
- Plate-forme des ONG européennes du secteur social. *Quality of social and health services Social NGOs' recommendations to EU decision makers*. Bruxelles : Plate-forme des ONG européennes du secteur social, juin 2008.
- SAVIGNAT, P. *Evaluer les établissements et les services sociaux et médico-sociaux*. Paris : Dunod, 2009.
- SEN, A. Capability and well-being. In *The Quality of Life*. Oxford : Clarendon press, pp. 30-53.
- SHAMN, I., LISHMAN, J. *Review of evaluation and social work practice*. Londres : Sage publications, 1999.
- The Health Communication Unit at the Center for Health Promotion. *Evaluation des programmes de promotion de la santé*. Version 2. Toronto : Centre for Health Promotion, université de Toronto, 2002.

■ Personnes âgées

- ALMA FRANCE. A l'écoute de la maltraitance envers les personnes âgées et/ou handicapées. Grenoble : mars 2007.
- BEBBINGTON, A., DARTON, R., NETTEN, A. *Care Homes for Older People*. Vol. 2. Admissions, Needs and Outcomes. Personal Social Services Unit. Canterbury : University of Kent, 2001. 114 p.
- CHALLIS, D., CLARKSON, P., WARBURTON, R. *Performance Indicators in Social Care for Older People*. Surrey : Ashgate Publishing, 2006. 350 p.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement. *Dossiers Solidarité et Santé*, janvier-mars 2003, n° 1. 106 p.

- FERMON, B. *Évaluation de la qualité du maintien à domicile des personnes âgées, étude comparée France / Québec et analyse du processus d'évaluation des besoins*. Rapport pour la CNAV, 2005. 110 p.
- INNES, A., SURR, C. Measuring the well-being of people with dementia living in formal care settings: the use of Dementia Care Mapping. *Aging and Mental Health*, 2001, vol. 5, n° 3, pp. 161-180.
- KUHN, D., ORTIGARA, A., KASAYKA, R. Behavioral observations and quality of life among residents with dementia in ten assisted living facilities. *The American journal of Alzheimer's disease*, 2000, vol. 17, n° 5, pp. 291-298.
- NETTEN, A., FRANCIS, J., JONES, K., et al. *Performance and Quality: User Experiences of Home Care Services*. Discussion Paper 2104/3, Personal Social Services Research Unit. Canterbury : University of Kent, 2004.
- Social Care Institute for Excellence. *Developing social care: the current position*. Londres : Social Care Institute for Excellence, 2005.
- Social Care Institute for Excellence. *Outcomes-focused services for older people*. Londres : Social Care Institute for Excellence, 2006.

■ **Personnes handicapées**

- BARREYRE, J.-Y., PEINTRE, C. *Évaluer les besoins des personnes en action sociale*. Paris : Dunod, 2004.
- Conseil général de l'Isère, CREA Rhône-Alpes. *Référentiel départemental de bonnes pratiques pour l'accueil des personnes adultes atteintes d'autisme*. Lyon : CREA Rhône-Alpes, 2004.
- PLAMONDON, L. *Grille d'évaluation de la vulnérabilité*. Montréal : Réseau internet francophone vulnérabilité et handicap, 2006.

■ **Protection de l'enfance**

- Institut de criminologie et sciences humaines. *Les mineurs dits incasables, une analyse des facteurs de risque de vulnérabilité des adolescents à travers leur parcours de vie et les prises en charge institutionnelles*. Rennes : ICSH – Université Rennes 2, 2008.
- Centre d'étude, de documentation, d'information et d'action sociale. *Une souffrance maltraitée, parcours et situations de vie de jeunes dits incasables*. Paris : CEDIAS, 2008.
- GABEL, M. *La protection de l'enfance, rupture maintien et soin des liens*. Paris : Fleurus, 2005.

■ **Inclusion sociale**

- Caisse nationale d'allocations familiales. Les mesures du bien être. *Informations sociales*, février 2004, n° 114. 146 p.
- LABBE, E., MOULIN, J.-J., GUEGUEN, R., et al. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. *Revue de l'Ires*, janvier 2007, n° 53.
- LEGROS, M. Pauvreté, précarité, capabilités, vers une recherche d'indicateurs. *Cahier de recherche*, septembre 1995, n° 76.

2. **Ouvrages et articles sur les organisations et le management**

- CAMBERLEIN, P. *Guide juridique et administratif de l'action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2001.
- DETRIE, P. *Conduire une démarche qualité*. Paris : Editions d'organisation, 2001.
- HAERINGER, J. *La démocratie : un enjeu pour les associations d'action sociale*. Paris : Desclée de Brower, 2008.
- HELFER, J.-P., KALIKA, M., ORSONI, J. *Management, stratégie et organisation*. Paris : Vuibert, 2008.
- ISHIKAWA, K. *La gestion de la qualité : Outils et applications pratiques*. Paris : Dunod, 2006.
- JANVIER, R., MATHO, Y. *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod, 2004.

- LAVILLE, J.-L., NYSENS, M. *Les services sociaux entre associations : État et marché*. Paris : La découverte, 2001.
- MINTZBERG, H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Eyrolles, 1982.
- PASCAL, C. La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur. *Revue française de gestion*, 2003, n° 146, pp. 191-204.
- RUANON-BORBALAN, J.-C., PEREZ, R., ROJOT, J., et al. Décider, gérer, réformer, les voies de la gouvernance. *Sciences humaines*, mars-avril-mai 2004, HS n° 44.
- SAINSAULIEU, R., LAVILLE, J.-L. *La sociologie de l'association*. Paris : Desclée de Brower, 1998.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Anesm est née de la volonté des pouvoirs publics **d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe**, instituée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Installée en mai 2007, l'Agence, dirigée par **Didier Charlanne**, nommé par décret du Président de la République du 26 avril 2007, a succédé au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

■ Ses missions

L'Anesm a pour mission d'habilitier les organismes chargés de l'évaluation externe et d'assurer le suivi de l'évaluation interne et externe réalisées au sein des établissements et services qui accueillent des personnes vulnérables – âgées, handicapées, enfants et adolescents en danger et personnes en situation d'exclusion. Elle intervient en appui de leur démarche pour :

- favoriser et promouvoir toute action d'évaluation ou d'amélioration de la qualité des prestations délivrées dans le domaine social et médico-social ;
- valider, élaborer ou actualiser des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les diffuser ;
- définir et mettre en œuvre la procédure d'habilitation des organismes extérieurs chargés de l'évaluation externe des établissements sociaux et médico-sociaux.

■ Son fonctionnement

L'Agence a été constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et onze organismes représentant les établissements sociaux et médico-sociaux.

Elle est dotée de :

- *deux instances de gestion*
 - l'**Assemblée générale** qui réunit à parité les représentants de l'Etat et des acteurs du secteur ;
 - le **Conseil d'administration**, élu par l'Assemblée générale, valide le programme de travail et le budget.
- *deux instances de travail*
 - le **Conseil scientifique** composé de 15 personnalités reconnues, apporte une expertise, formule des avis d'ordre méthodologique et technique et veille à la cohérence, l'indépendance et la qualité scientifique de l'Agence. Il doit également se prononcer sur les conditions et les modalités de l'habilitation des organismes chargés de l'évaluation externe ;
 - le **Comité d'orientation stratégique** est composé de représentants de l'Etat, d'élus, d'usagers, de collectivités territoriales, de fédérations, de directeurs d'établissements, de salariés, d'employeurs... Instance d'échange et de concertation, il participe à l'élaboration du programme de travail de l'Agence.

■ Parmi ses travaux

Dix **recommandations de bonnes pratiques professionnelles** disponibles sur www.anesm.sante.gouv.fr :

- « *L'expression et la participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale* » ;
- « *La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles* » ;
- « *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* » ;
- « *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées* » ;
- « *Les conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses* » ;
- « *L'ouverture de l'établissement* » ;
- « *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* » ;
- « *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance* » ;
- « *L'accompagnement des personnes atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* » ;
- « *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles* ».

Deux **enquêtes nationales** relatives à l'évaluation interne des établissements et services disponibles sur le site.



Anesm

5 rue Pleyel - Bâtiment Euterpe - 93200 Saint-Denis

Téléphone 01 48 13 91 00

Site www.anesm.sante.gouv.fr

Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables

Juillet 2009