

**REFLEXION VISANT A PROPOSER DES PISTES POUR UNE
MEILLEURE APPROPRIATION DES DEMARCHES
D'EVALUATION DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL
CONSACRE AUX PERSONNES AGEES**

- 10 propositions -

Sylvain Connangle

Novembre 2010

Sommaire

Préambule

Axe 1: freins à la mise en route d'une démarche d'évaluation

Axe 2: freins à l'utilisation des résultats d'une démarche d'évaluation

Chapitre 1

Aspects contextuels et problématiques

1- Axe 1: les freins et les situations externes impactant la mise en œuvre de l'évaluation

1-1- Recours à la démarche d'évaluation

1-2- Le poids du statut

1-3- Aspects structurels

1-4- Aspects financiers

2- Axe 2: les freins impactant l'utilisation des résultats d'une démarche d'évaluation

2-1- Utilisation des outils issus de la loi de 2002 mis en place (en %):

2-2- Recours au projet d'établissement et au CVS

2-3- Poids des équipes et des personnels

2-4- Poids de l'organisation interne

3 - Le contexte

3-1 Le coté novateur et ambiguë de la loi de 2002: l'enjeu d'un changement de culture

3-2- Contexte d'apparition de l'évaluation externe

3-3- Contexte d'apparition de l'ANESM

3-4- Contexte de structuration du niveau local

4- Positionnement des deux axes de travail

Résumé:

Chapitre 2

L'évaluation dans le champ de l'action sociale et médico-sociale

1- Définitions, finalités et enjeux

2- La question de l'autorisation et de la pérennité de l'établissement

3- Evaluation et contrôle.

4- Différentes cibles et formes de l'évaluation.

4.1 Evaluation des besoins de la personne

4.2 L'évaluation interne

4-3- Place de l'auto-évaluation

4-4- L'évaluation externe

4-5- L'évaluation du personnel

5- Documents qualifiés et guides diffusés dans le secteur gériatrique pour contribuer à l'évaluation

5-1 Le guide d'accompagnement ANGELIQUE

5-2- La Norme Française NF X058

5-3- Le référentiel EVA (Référentiel d'évaluation externe de la qualité des EHPAD)

5-4- Les Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD

5-5- La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

6- Place de l'ANESM

6-1 Les missions de l'ANESM (article 4 de la convention constitutive du GIP)

6-2 L'ANESM comme organisation "apprenante"

6-3 L'ANESM comme ressource complémentaire au management de la qualité dans les établissements

6-4 Enjeux de la territorialité

En résumé

Chapitre 3

Analyse des dysfonctionnements possibles et pistes pour une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans les EHPAD

1- Constats de dysfonctionnements

2- Dysfonctionnements dus à la mise en route d'une démarche d'évaluation

2-1- les soutiens théoriques et méthodologiques apportés aux directions sources de dysfonctionnements

2-2- l'évolution de la notion d'évaluation depuis les premiers textes la mettant en place à l'origine de dysfonctionnements

2-3- *Un dysfonctionnement naît du manque de préalable de la connaissance des populations accueillies?*

2-4- *Un dysfonctionnement associé à un manque de coordination avec les acteurs territoriaux.*

2-5- *Des méthodes d'évaluation qui ne sont pas à la portée des dirigeants de structures comme source de dysfonctionnement*

3- Dysfonctionnements dus à l'utilisation d'une démarche d'évaluation au sein des établissements

3-1- *Un dysfonctionnement fondé sur des pratiques managériales sans référence à l'évaluation*

3-2- *Des changements induits par les évaluations peu compris comme des marques d'évolution de la culture gérontologique et de l'accompagnement des personnes âgées*

3-3- *Des dysfonctionnements associés à une évaluation qui n'est pas une notion suffisamment lisible pour permettre une meilleure prise en charge (accompagnement) des populations âgées*

3-4- *Des raisons objectives pour lesquelles les acteurs de terrain ne peuvent pas avoir la meilleure appropriation possible de l'évaluation comme source de dysfonctionnement.*

Chapitre 4

Pistes opérationnelles pour conduire une démarche d'évaluation et d'amélioration continue à travers un management fondé sur le processus

1- Les préalables pour inclure le "processus" dans le mécanisme de l'évaluation interne

1.1 *L'approche processus : un concept qui nécessite une méthodologie précise*

1.2 *Caractéristiques, vitalité d'un processus et référence à l'évaluation interne*

1.3- *L'engagement de la direction et l'adhésion des cadres au "processus": une bonne compréhension de l'évaluation interne*

1.4 *L'évaluation : une opportunité managériale si...*

2- Des outils à adapter

2-1- le livret d'accueil :

2-2 *Le règlement de fonctionnement :*

2-3- *Le conseil de vie sociale (article L311-06):*

2-4 - *Le contrat de séjour:*

2-5- *Le projet d'établissement*

2-6- *La « personne qualifiée » (article L 311-5 du CASF)*

2-7- *Préparer le recueil de données des besoins et attentes du résident*

3- Autres outils de travail spécifiques qui dépassent les outils légaux

3-1- *La démarche SMAF*

3-2- *L'enquête par entretien*

3-3- *L'observation continue*

4- Autres outils en référence à l'évaluation de la qualité

4-1- *Rechercher une finalité professionnelle et élaborer un plan de qualité*

4-2- *Construire un référentiel de service*

4-2-1 *Quelques préalables théoriques et opérationnels*

4-2-2- *Questionnement sur la construction d'un référentiel*

4-2-3- *L'expérience de référentiel conduite avec l'ARS Dordogne*

Chapitre 5

Pistes pour une amélioration de l'appropriation de l'évaluation

Axe 1:

Dysfonctionnements dus à la mise en route d'une démarche d'évaluation

Axe 2:

Dysfonctionnements dus à l'utilisation d'une démarche d'évaluation au sein des établissements

Piste de réflexion 1:

Mettre en place des formations spécifiques (concerne l'axe 1)

Piste de réflexion 2:

Fédérer les établissements ayant les mêmes problèmes par rapport au projet institutionnel de vie (concerne l'axe 1)

Piste de réflexion 3:

Formaliser définitivement la nécessité d'un projet institutionnel (concerne l'axe 1 et 2)

Piste de réflexion 4:

Donner les moyens d'évaluer les populations accueillies (concerne l'axe 1 et 2)

Piste de réflexion 5:

Construire des outils de coordination gérontologique communs sur les territoires (concerne l'Axe 1)

Piste de réflexion 6:

Donner des définitions opérationnelles (concerne l'Axe 2)

Piste de réflexion 7:

Produire au sein des établissements des vadémécums méthodologiques

Piste de réflexion 8:

Expliquer les enjeux d'un management participatif et d'une culture gérontologique (concerne l'axe 2)

Piste de réflexion 9:

Trouver un support pour expliquer les enjeux d'un management participatif (concerne l'axe 1 et 2)

Piste de réflexion 10:

Instituer une enquête annuelle visant l'implication de et dans l'environnement de l'établissement (concerne l'axe 1 et 2)

Autres pistes de réflexion et conclusions:

Annexes

Annexe 1- Définitions des différents projets

Annexe 2- Missions des CLIC

Annexe 3- Productions de l'ANESM

Annexe 4- Accompagnement des personnes âgées fragiles

Annexe 5- Définition et méthodologie du SMAF

Préambule

La lettre de notre mission nous a été ainsi formulée:



Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique

Secrétariat d'Etat chargé des Aînés

La secrétaire d'Etat

Paris, le 10 AOÛT 2010

Cab : NB/AME

Monsieur le Directeur,

L'évaluation dans le domaine social et médico-social constitue un enjeu majeur pour garantir aux personnes âgées une qualité de vie tant à domicile qu'en institution. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a constitué une avancée significative en la matière. De plus, la réforme de la tarification des EHPAD, lancée depuis 1999, a prévu un dispositif d'évaluation dans le cadre de l'élaboration de la convention tripartite avec l'outil ANGELIQUE.

Par ailleurs, en 2007, a été instituée l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux, l'ANESM, en vue d'impulser les démarches d'évaluation externe et interne et d'élaborer les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Parallèlement à ce cadre national, des initiatives locales ont également été prises pour développer une démarche qualité au sein des établissements, démarche à laquelle vous avez participé en vue d'améliorer les conditions de prise en charge des personnes âgées.

Dans ce contexte évolutif, l'appropriation de l'ensemble de ces démarches peut se révéler complexe au niveau des responsables locaux. Pour autant, elle représente un levier essentiel tant de dynamique de management interne que d'impulsion vers des modes de prise en charge renouvelés.

Monsieur Sylvain CONNANGLE
Directeur
EHPAD La Madeleine
40 rue Maréchal JOFFRE
24100 BERGERAC

55, rue Saint-Dominique - 75700 Paris - Téléphone : 01 44 38 96 37 - Télécopie : 01 44 38 96 47

Par conséquent, j'ai l'honneur de vous confier une mission de réflexion dont l'objectif est de proposer des pistes pour une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans le secteur médico-social consacré aux personnes âgées. Vous mettrez à profit vos compétences et vos expériences, y compris celles venant de pays étrangers.

Vous voudrez bien faire un point d'étape fin octobre pour une remise de votre rapport à la fin du mois de novembre 2010.

Je vous remercie de votre contribution et vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, mes salutations distinguées.



Nora BERRA

Cette lettre de mission met en exergue six mots-clefs:

- évaluation
- qualité de la vie
- démarches d'évaluation interne et externe
- recommandation des bonnes conduites
- initiatives locales
- management

Il apparaît que pour aussi complexes que soient les démarches d'évaluation, en partie dues au fait que nous avons affaire à un contexte évolutif, celles-ci induisent des comportements managériaux indispensables à la finalité de la prise en charge des structures: la qualité de la vie des personnes âgées.

Dans ce contexte, peut-on s'appuyer sur une réflexion qui permettra une meilleure appropriation de l'évaluation?

Telle est, en exergue, la question posée, entraînant deux axes qui nous permettront une analyse différenciée:

a- quels sont les freins qui parasitent la mise en place d'une démarche d'évaluation dans un établissement?

b- quels sont les freins qui limitent l'utilisation des résultats d'une évaluation dans un établissement?

Plusieurs questions seront reprises de façon transversale pour constituer le fil conducteur de ces deux axes:

Axe 1: freins à la mise en route d'une démarche d'évaluation

a - le rôle des acteurs territoriaux facilite-t-il une prise en charge des personnes?

b - les soutiens apportés aux directions des structures correspondent-ils aux attentes du terrain?

c - les méthodes d'évaluation sont-elles à la portée des dirigeants de structures?

d - l'évolution de la notion d'évaluation depuis les premiers textes la mettant en place a-t-elle été explicitée aux acteurs de terrain?

e - l'évaluation est-elle possible si elle n'a pas pour préalable la connaissance des populations accueillies?

Axe 2: freins à l'utilisation des résultats d'une démarche d'évaluation

a - existe-t-il des raisons objectives pour lesquelles l'évaluation ne permet pas la meilleure appropriation possible par les acteurs de terrain?

b - l'évaluation apparaît-elle comme une notion suffisamment lisible pour permettre une meilleure prise en charge des populations âgées?

c - Les modes de management influencent-ils une appropriation des mécanismes d'évaluation?

d - le fonctionnement des équipes permet-il de comprendre les enjeux de l'évaluation?

e - Les changements induits par les évaluations sont-ils compris comme des marques d'évolution de la culture gériatrique et plus globalement de l'accompagnement des personnes âgées?

Chapitre 1

Aspects contextuels et problématiques

Depuis 2008, l'ANESM assure un suivi de la progression de la mise en place de l'évaluation de la qualité dans les établissements de type ESSMS¹. Pour ce qui nous concerne, nous retiendrons plus particulièrement les seuls chiffres en rapport avec le secteur des personnes âgées en les rassemblant sous les deux axes qui sont la priorité de notre mission:

- Axe 1: freins à la mise en route d'une démarche d'évaluation
- Axe 2: freins à l'utilisation des résultats d'une démarche d'évaluation

1- Axe 1: les freins et les situations externes impactant la mise en œuvre de l'évaluation

1-1- Recours à la démarche d'évaluation

L'avancement de la démarche d'évaluation, avec, en 2009, seulement 22.5% des établissements ayant mis la procédure en route (moins qu'en 2008: 25%) apparaît très faible.

L'avancement dans la procédure montre que:

- 27% des établissements a réalisé leur évaluation
- 25% ont une évaluation en cours
- 48% n'ont pas encore engagé d'évaluation.

Mais, comme le souligne l'enquête, *"les résultats globaux masquent de fortes disparités"*. Ainsi, les EHPAD de plus de 50 places offrent une avancée significativement plus importante de la mise en place d'une démarche qualité que pour les petits établissements.

1-2- Le poids du statut

Si l'on s'en réfère au statut des établissements, il est notable que le secteur public est nettement plus en retard que le secteur lucratif. Ainsi, les établissements n'ayant pas engagé de démarche qualité se répartissent comme suit:

EHPAD public de - de 50 places:	45%
EHPAD privés (lucratif) de - de 50 place	36%
EHPAD public de + de 50 places:	31%
EHPAD privés (lucratif) de + de 50 place	16%

Parallèlement plus la structure est importante, plus l'engagement vers la qualité est significatif. Ainsi, pour l'enquête, *"l'avancement de la démarche est lié au nombre d'ESSMS gérés par l'organisme gestionnaire auquel est rattaché le répondant. Plus l'organisme gestionnaire pilote un nombre important d'ESSMS, plus l'avancement dans la démarche est marqué : 43% des répondants gérés par un organisme gestionnaire dirigeant plus de 19 ESSMS ont réalisé leur évaluation interne, contre 26% des répondants mono-gérés. A contrario 48% de ces répondants ne sont pas encore engagés dans la démarche"*.

1-3- Aspects structurels

¹ Nous donnerons ici les résultats de l'enquête de 2009 dite "Enquête Nationale 2009 auprès des établissements et services sociaux et médico-sociaux, mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS", publication de l'ANESM.

Nous trouvons le tableau suivant:

freins	Moyenne ESSMS	Secteur PA
le manque de temps	65%	
l'actualité de l'ESSMS	50%	
les difficultés techniques et méthodologiques	43%	45%
Equipe de direction non prête	39%	42%
Personnel non prêt	34%	36%

Dans notre analyse nous excluons les deux premiers critères qui touchent à des impondérables, voire à des situations relativement subjectives. Par contre les trois derniers critères touchent directement les compétences et la capacité des personnels à entrer dans la démarche. Cette dimension sera donc reprise dans notre analyse des dysfonctionnements. Il est par ailleurs à noter que d'entre les ESSMS, **le secteur des personnes âgées est le plus touché par ces trois derniers critères**. Par rapport à certains secteurs, le secteur des personnes âgées est toujours au-dessus de la moyenne mais parfois largement, de plus de 10% dans certains cas.

1-4- Aspects financiers

Par ailleurs, comme le souligne l'enquête, *"hormis le manque de temps (69%), les répondants du secteur Personnes Agées indiquent, davantage que les autres secteurs, que le coût trop élevé est un frein à la démarche (30% des répondants de ce secteur)"*.

Enfin, signe peu rassurant, dans le secteur des personnes âgées qui se place en "chef de file" en la matière, *"68% des répondants du secteur Personnes âgées (63% pour les Ehpad et 77% pour les foyers-logements) n'ayant pas encore engagé l'évaluation interne n'ont pas planifié son démarrage"*.

Concernant la question: *"pour votre démarche d'évaluation interne, vous êtes vous associé à d'autres structure"*, le secteur des personnes âgées est celui qui s'est largement le plus désolidarisé de son environnement avec 75% des structures qui ont produit seules leur démarche qualité.

2- Axe 2: les freins impactant l'utilisation des résultats d'une démarche d'évaluation

2-1- Utilisation des outils issus de la loi de 2002 mis en place (en %) (A2):

Outils	Moyenne ESSMS	Secteur PA
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	77	79
Règlement de fonctionnement	89	92
Livret d'accueil	83	83
Charte des droits et libertés de la personne accueillie	89	90
Contrat de séjour ou document individuel de prise en charge	88	92
Projet d'établissement ou de service	71	60

On doit ici constater que si le secteur des personnes âgées est prompt à mettre en place des outils "papier" qui ne demandent pas de réflexion particulière du fait de leur présentation relativement "normalisée", par contre tout ce qui relève d'une élaboration est plus en retrait, comme par exemple le projet d'établissement.

2-2- Recours au projet d'établissement et au CVS(A2)

À peine plus d'un établissement sur deux a un projet d'établissement, projet dont on sait qu'il est indispensable pour engager une démarche d'évaluation de la qualité.

D'entre ces établissements, les hébergements de type "foyer-logement" ne sont que 36% à avoir ce type de document.

- quoique plus nombreux, les établissements ayant mis en place un CVS n'atteignent pas les 80%.

2-3- Poids des équipes et des personnels

A un tout autre niveau, l'implication du personnel a concerné tout le monde, même si dans le secteur des personnes âgées, le corps médical s'est senti le moins concerné. Ceci peut d'ailleurs étonner quand on sait que le médecin coordonateur est à la base d'un des piliers de la qualité avec le projet de soin. On sait toutefois que nombre d'établissement n'ont pas de médecin coordonateur où n'ont sa présence qu'à temps partiel.

2-4- Poids de l'organisation interne

Cette enquête constate enfin que le grand nombre d'ETP (personnel équivalent temps plein) favorise largement la mise en place de la démarche qualité. Ainsi, pour les établissements supérieurs à 20 ETP, seuls 24% n'ont pas engagé de démarche, contre 47% pour les moins de 10 ETP et 33% entre 10 et 20 ETP.

3 - Le contexte

Nous sommes dans un contexte évolutif qui modifie rapidement les différentes approches que l'on peut faire de l'évaluation. En effet, même s'il existait des velléités évaluatives avant 2000², même si la notion d'évaluation était alors régulièrement évoquée, même si la rationalisation des dépenses publiques exigeait qu'à des budgets soit associée une notion soit d'économie soit de solidarité, soit d'objectivité, ou soit encore tout cela à la fois, le champ du médico-social n'avait pas encore véritablement, avant cette décennie, formalisé les méthodes d'évaluation des ESMSS.

3-1 Le coté novateur et ambiguë de la loi de 2002: l'enjeu d'un changement de culture

La loi 2002-02 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale concrétise les choses en faisant apparaître une obligation légale d'une évaluation dans ce secteur. Toutefois, en 2002, le secteur en question ne découvrait pas totalement l'évaluation interne, et surtout pas le champ de la gérontologie puisqu'il l'avait déjà mise en place dans le cadre des conventions tripartites via notamment l'outil ANGELIQUE³. Mais cette connaissance n'avait alors fait l'objet que d'approches méthodologiques balbutiantes, parfois mal comprises, voire niées, puisque des pratiques anciennes semblaient convenir, suivant le discours alors dominant, sans pour autant que cet argument plus populaire que scientifique puisse être objectivé.

C'est dans ce contexte que l'idée **d'une méthode s'est imposée**, contexte dans lequel on sent très bien poindre une rupture avec des pratiques anciennes. Cette idée de rupture peut à elle seule expliquer que l'on adhère ou pas au principe. Ainsi peut-être en a-t-il été au départ d'un possible malentendu entre ce que pouvait être une évaluation comme telle et ce qu'elle imposait comme enjeux.

² Vercauteren R et Chapeleau J., 1995, Evaluer la qualité de la vie en maison de traite, éditions Erès.

³ Il s'agit du premier guide d'auto-évaluation apparu comme outil référentiel à disposition des EHPAD.

Penons pour exemple certains contenus de la loi de 2002.

La loi 2002-02 apporte des éclaircissements sur ce qu'est une évaluation en s'associant à certaines exigences:

- évaluer la personnalisation de la prise en charge et la pertinence des réponses apportées aux attentes et aux besoins des Personnes âgées, ceci dans le cadre d'un projet d'établissement lui-même inscrit dans une planification territoriale ;
- évaluer l'efficacité, c'est-à-dire la meilleure affectation possible, des ressources allouées par rapport aux objectifs de l'établissement
- tendre à l'évaluation de l'efficacé, c'est-à-dire mesurer les effets des interventions sur les usagers de la structure.

Ceci dans un souci d'améliorer sans cesse la qualité des pratiques.

Cette conception implique dans une première approche qu'avant même de considérer en tant que telles les pratiques, c'est l'impact sur la personne qui définit ce qu'est une pratique de qualité et non l'inverse.

Mais allons plus loin. La première "exigences" consistant à "évaluer la personnalisation de la prise en charge", est à cette époque authentiquement "révolutionnaire". Il faut savoir qu'alors la notion-même de "projet" était abstraite, la confusion étant largement faite entre les projets institutionnels (ou d'établissement) et les projets de la personne dont on pensait qu'ils étaient impossibles à approcher et encore moins à réaliser. A cela s'adjoignait des confusions terminologiques évidentes⁴:

- comment parler de la "personnalisation" alors que les outils qui suivirent ne parlaient que d'individualisation? Parlons-nous alors de la même chose? Qu'est ce qui pouvait être évalué dans ce contexte?
- comment parler de la "prise en charge" alors que cette loi oscille sans discontinuer entre cette locution et celle d'"accompagner" sans en faire la distinction? Allait-on évaluer un accompagnement ou une prise en charge? Parler d'une qualité d'accompagnement avait-il le même sens que de parler de la qualité d'une "prise en charge"...
- comment parler d'une "planification territoriale" alors que celle-ci se limitait à entretenir des relations avec les services hospitaliers locaux et particulièrement la psychiatrie? Que faisait-on alors des CLIC naissants? Quoi évaluer dans cette planification territoriale très limitée et bornée par la médico-centration?
- que signifiait le terme "efficacité" dans un contexte où la gestion des budgets n'avait pas encore été soumise (ou très peu) à la nouvelle tarification? Une "efficacité" pouvait-elle être confrontée à une évaluation dans un contexte où ce terme n'avait encore qu'une signification associée au champ industriel et non au médico-social?
- comment évoquer des "objectifs" alors que les seuls objectifs proposés ne s'appuyaient que sur des finalités au sens très large, à savoir ce qui était à cette époque appelé la "qualité globale"? Sans vraiment définir des objectifs comme critères observables et donc évaluables, on se trouvait à faire de l'évaluation une "machine évoluant en roue libre", sans garde-fous pour la formaliser et l'objectiver. Comment alors aborder une méthode pertinente?

Ce catalogue de question marque surtout le passage d'une époque à une autre, mais sans que tous les acteurs n'aient forcément les capacités pour mettre en place la dimension d'une évaluation. Parallèlement, combien de temps toutes ces ambiguïtés allaient-elles marquer le champ de l'évaluation? N'oublions pas enfin qu'à cette époque, pourtant pas si lointaine, les postes de direction ne relevaient d'aucune exigence en terme de diplômes et que de ce fait

⁴ In revue Doc'animation en Gérontologie, n°7, Avril-juin 2005, Hervy B., Mais de quel projet s'agit-il?, pp 20 à 30

ils ne requerraient pas le niveau 1, aujourd'hui incontournable pour la plupart des établissements.

Pour précision, soulignons que la loi de 2002 préconisait un niveau minimum de qualification pour les Directeurs de Maisons de Retraite⁵, mais il aura fallu attendre plus de 5 ans pour qu'apparaisse le décret prenant la décision d'encadrer l'exercice de la profession⁶. Durant cette période « intermédiaire » la fonction publique hospitalière avait anticipé ce décret en recrutant ses Directeurs avec un niveau de qualification 1, issus de l'EHESP (Ecole des Hautes-Etudes en Santé Publique de Rennes), mais les secteurs privé, associatif ou à but lucratif, continuaient à n'avoir à aucun diplôme de base.

Dès 2004 un premier projet était soumis aux Fédérations, parlant d'un niveau II ou III pour exercer la fonction de Direction, associé à une expérience, ceci selon la capacité d'accueil d'hébergement de l'établissement. Cette notion a été retenue dans le dernier décret. Certaines Fédérations, comme le SYNERPA se félicitaient que la notion de diplôme n'apparaisse pas dans ce projet. D'autres préféraient parler d'un diplôme de niveau II, comme la FEHAP⁷. La question de fond résidait alors dans le fait de garder les actuels Directeurs n'ayant ni les niveaux, ni les diplômes, proposant une période transitoire pour satisfaire aux dispositions qui seraient requises, et prônant la mise en place de VAE spécifiques.

On remarquera que tous ces échanges s'orientent vers la convergence qui sortira du décret de 2007 sus-cité :

- acquisition d'un diplôme différent pour les établissements plus ou moins importants (schématiquement au-dessous ou au-dessus de 80 accueils ou gestion d'un budget minimum, c'est-à-dire soit de niveau II, soit de niveau I; par contre, le diplôme est exigé, et non le niveau seulement).
- préservation des Directeurs en place en leur donnant un délai pour obtenir le diplôme pré-requis.
- mise en place d'une VAE.

Le décret sus-cité pose les limites des niveaux de qualification comme suit:

- Pour ce qui est du Niveau 1 :
 - o le professionnel qui dirige ou administre un groupement de coopération,
 - o le professionnel qui dirige un siège social d'organisme gestionnaire,
 - o le professionnel qui dirige un ou plusieurs établissements ou services et qui dispose des quatre délégations si ces établissements ou services répondent au moins à deux des trois seuils fixés pour recourir à un Commissaire aux Comptes (+ de 50 salariés, un bilan supérieur à 1,5 million d'euros ou un chiffre d'affaire supérieur à 3 millions d'euros)
 - Le Niveau 2 est le niveau minimum de référence
- Par dérogation, le Niveau 3 peut être admis, à la condition d'une expérience de trois ans et d'une formation à l'encadrement.
- o pour les établissements et services qui emploient moins de 10 salariés,
 - o pour les logements-foyers non signataires d'une convention tripartite,
 - o pour les établissements et services de moins de 25 lits ou places

⁵ Article 15 : le niveau de qualification des directeurs d'établissement sera fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle (...).

⁶ Décret n°2007-221 du 19 février 2007. Il s'impose à l'ensemble des directeurs des secteurs associatif et commercial ainsi qu'aux établissements et services gérés par des CCAS ou CIAS. Le secteur « territorial » n'est pas concerné.

⁷ La FEHAP réunit les établissements privés à but non lucratif

Il est intéressant de voir que la différence entre les niveaux 1 et 2 met en exergue des compétences spécifiques qui peuvent interroger les capacités à conduire une évaluation. Indéniablement, le niveau 1 développe un potentiel et une ouverture dans de nombreux cas.

L'avancée de la loi de 2002 repose sur le fait qu'on ne se borne pas à lancer des concepts, mais à y ajouter des outils. Sept d'entre eux peuvent à ce niveau être évoqués car ils concernent directement le principe d'évaluation:

- le livret d'accueil,
- la charte des droits et libertés des personnes accueillies,
- le règlement de fonctionnement,
- le recours à la personne qualifiée,
- le Conseil de la vie sociale,
- le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge
- le projet d'établissement

Dès 2003, les contenus spécifiques de ces outils ont fait l'objet d'une précision de contenus à travers plusieurs décrets. Il est important de noter que ces outils sont nés de la loi et ne l'ont pas directement accompagnée, indiquant par là une intention politique d'assurer en continu l'avancée de la loi de 2002.

Il ne nous appartient pas dans la demande qui nous est formulée de faire une analyse critique de ces outils. Par contre, nous devons, au titre du constat, comprendre qu'ils constituent les premiers éléments évaluables dans le cadre de la recherche de la qualité, ce d'autant qu'ils se focalisent tous sur une qualité bien spécifique, celle de la satisfaction de l'usager. Le service rendu à cet usager se présente bien comme le leitmotiv de l'existence de ces outils, justifiant de ce fait leur enjeu.

Dans la chronologie récente (donc celle qui nous concerne directement) de l'histoire de l'évaluation, les outils suscités formalisent les éléments d'un référentiel de qualité répondant à un **premier niveau dit de "conformité"**.

Toutefois, si nous désignons bien à travers eux le bon fonctionnement d'un établissement ils ne se justifient que pour mesurer l'impact qu'ils ont sur l'usager. L'évaluation passe alors par l'analyse de la satisfaction de la personne, aspect qui n'est pas alors présent dans les évaluations, révélant ainsi une nouvelle ambiguïté par rapport à la loi. **En effet il semble difficile d'un côté d'afficher une orientation vers la satisfaction de la personne et de l'autre évaluer le fonctionnement des structures.** Travailler sur un indice de satisfaction n'est pas systématiquement à corrélér à un bon fonctionnement d'un établissement. Les finalités entre ces deux dimensions sont différentes.

L'ensemble de ces éléments désigne l'évolution contextuelle d'une évaluation toujours en chantier et qui se cherche. Si le sens de l'évaluation est assez clair, les moyens mis en place pour la conduire de même que son ciblage ne sont quant à eux pas toujours aussi clairs. De ce fait, les dirigeants des structures, les premiers concernés pour la mise en place des évaluations, n'y adhèrent pas vraiment ou n'en comprennent la méthode.

Ainsi ce directeur qui nous disait:

"Le projet de vie, c'est bien beau, mais il ne sert à rien. On me l'a demandé, alors je le fais. En même pas deux heures j'avais bouclé l'affaire"

Loin de représenter la totalité des directions, celui-ci n'en est pas moins représentatif d'une certaine partie d'entre eux qui évoque les arguments suivants de façon assez précise à propos du projet de vie qui est l'un des piliers de ce qui est évaluable:

- "il ne sert à rien, c'est une perte de temps".

Visiblement, l'enjeu n'était pas compris.

- "une fois que je l'ai écrit, j'en fais quoi? Il reste dans mon bureau".

Le sens de la dynamique du personnel autour du projet n'est pas intégré

- "je n'ai pas besoin de l'écrire, il est dans les esprits de tous-ici".

La notion d'évaluation est totalement incomprise, sachant que ne peut être objectivement évalué que ce qui a été formalisée pour en apprécier la pertinence par rapport à un modèle

- "une fois fini, on est déjà passé à autre chose".

On n'envisage pas l'évaluation dans la durée, pas plus que la méthode n'est intégrée.

- "de toute façon, on ne le donne jamais aux résidents".

La notion d'évaluation ne passe pas par la satisfaction du résident, et de ce fait l'évaluation de la personne n'est pas possible.

Ces cinq positions traduisent avant tout **que l'évaluation fondée sur les outils de la loi de 2002 n'est pas une chose acquise**. Nous soulignerons simplement que le contexte de l'époque avait mis à disposition des outils mais ils étaient trop souvent confrontés à une double appréciation:

- ceux qui considéraient l'évaluation comme une **perte de temps**

- ceux qui ne concevaient pas qu'elle puisse avoir un impact direct sur les pratiques professionnelles **et donc avoir des implications sur la personne et le management**.

Une double raison pour ne pas s'engager vers cette évaluation.

3-2- Contexte d'apparition de l'évaluation externe

Face à cette conceptualisation progressive et assez floue des principes et des enjeux de l'évaluation, le contexte de travail ainsi que les objectifs de qualité ont conduit à imposer une *auto-évaluation* d'une part et une *évaluation externe* d'autre part. On en retrouve le fondement dans l'article L.312-8 du CASF . Sont ainsi institués :

- l'autoévaluation des **activités** mais aussi de la **qualité des prestations**

- l'obligation entretenue par un **dispositif de communication des résultats** sous le regard d'un tiers.

Ce même article crée parallèlement **l'obligation d'une évaluation externe**. Il convient de noter que c'est au regard des résultats de l'évaluation externe que l'autorité compétente renouvelle l'autorisation de fonctionnement de l'établissement ou exige le dépôt par l'organisme gestionnaire d'un dossier spécifique. On concevra donc que l'enjeu de cette évaluation est important et les finalités incitatives.

Ce texte constitue le fondement à la fois légal et méthodologique de l'évaluation; en posant la **notion de bonnes pratiques professionnelles** il oriente l'évaluation vers un objectif de conformité, tout en laissant une certaine souplesse puisqu'il ouvre la perspective d'un **apprentissage collectif** avec la création de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité (ANESM).

Nous reviendrons par la suite sur l'ANESM (paragraphe suivant), mais soulevons d'emblée cette ambiguïté qui consiste à poser l'idée qu'il existe des **bonnes pratiques** professionnelles, laissant comme sous-entendu que toutes les autres pourraient être des **mauvaises pratiques**. Telle n'est pourtant pas l'intention affichée de l'ANESM puisque les "bonnes conduites" peuvent se comprendre dans la souplesse quant à leur mise en place. L'ambiguïté repose de ce fait sur un aspect qui se voudrait pourtant clair: pouvoir faire ce qu'il est possible dans un contexte donné. En fait, en laissant la latitude d'adopter ou pas ou encore d'adapter ou pas les bonnes pratiques professionnelles, on n'aide pas l'évaluateur à se construire une référence.

3-3- Contexte d'apparition de l'ANESM

Garantir la qualité de la vie des personnes âgées en structures passe par un principe d'évaluation dont la loi du 2 Janvier 2002 a tracé les grandes lignes que nous venons de d'aborder dans ses aspects contextuels.

D'autres mesures, plus qualifiables d'accompagnement, ont été associées à cette démarche "qualité" comme la réforme de la tarification des EHPAD (1999), puis les signatures des conventions tripartites et enfin l'élaboration du référentiel (ou du guide) ANGELIQUE plus haut évoqué.

Un organisme, l'ANESM (2007), a accompagné l'ensemble des outils mis en place, avec mission spécifique de **donner des orientations et des moyens à l'évaluation**, laquelle a été couplée directement à la mise en place de la qualité.

Pécisons les deux missions majeures qui incombait dès le départ à l'ANESM:

- dynamiser et structurer la démarche d'évaluation externe et interne
- élaborer des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Si sur le fond, peu de commentaires sont à faire sur la première mission, par contre les termes utilisés de **"recommandations"** et de **"bonnes pratiques"** peuvent interroger et rendre ambiguë la démarche.

Ainsi, comme le fait remarquer le sociologue Richard Vercauteren dans un récent article⁸, *"les recommandations des "bonnes pratiques professionnelles", ainsi nommées, ne peuvent que soulever, indépendamment de leur évidente utilité, des interrogations éthiques, de compréhension, de mise en pratique, de droit... (...). Il est vrai que dans une société « de droit », la notion de « bon sens » est souvent gommée ; opposer le sens commun aux risques encourus (définis par le droit) conduit de fait à interroger l'Homme dans sa pertinence par rapport aux positions sociétales, souvent plus normatives qu'ontologiquement « défendables ». Il va de soi, et c'est là la place du consensus qui guide les « bonnes pratiques », que la convergence entre les pratiques humaines et l'intérêt sociétal élimine tout débat, chacun s'accordant pour reconnaître qu'alors nous sommes dans une authentique « bonne pratique » ou du moins dans une pratique qui fait approbation de toutes les instances."*

On met ici en exergue la liberté accordée à quiconque de ne pas faire référence à ces "bonnes pratiques" sans pour autant le dédouaner, le cas échéant, en cas d'insuccès, celui qui se référerait à d'autres "pratiques" non qualifiées institutionnellement de "bonnes. Une telle ambiguïté révèle un problème de la référence aux travaux de l'ANESM qui n'est pas sans parasiter ou opacifier la rigueur que pourrait avoir une évaluation. En effet, la question du "quoi évaluer" est sous-jacente.

⁸ in "Les cahiers de l'ACTIF, 2009

Le qualificatif de "régulateur" a pu parfois être attribué à l'ANESM sans pour autant lui trouver de sens dans la réalité.

Cette position va donc interroger progressivement l'influence des recommandations de l'ANESM comme procédure facilitant ou parasitant la démarche d'évaluation.

Mais l'ANESM est porteuse de bien d'autres ambiguïtés comme nous le soulignons plus loin et, d'entre-elles, celle qui ne tient pas le projet institutionnel comme incontournable pour mettre en place une évaluation interne.

3-4- Contexte de structuration du niveau local

Sur un plan plus local, certaines "pratiques de terrain" ont fait la preuve de leur efficacité. Il faudrait, certes, à ce jour effectuer un recensement de toutes ces pratiques pour les ériger en critères transférables et évaluables, mais doré et déjà l'on sait que ces pratiques locales ont pu porter leurs fruits, surtout en matière d'évaluation des populations accueillies. Nous ne sommes donc pas à ce niveau sur la même perspective évaluatrice que l'ANESM. Alors que cette dernière est clairement positionnée sur des pratiques professionnelles génériquement "bonnes", les initiatives locales, souvent impulsées par les plans nationaux (Alzheimer 2010-2012 ou "bien vieillir") ont du faire des propositions à des populations en demandes spécifiques.

Nous ne sommes de ce fait plus dans des pratiques professionnelles décidées comme "bonnes", mais dans la réponse à des demandes empiriques, qui ne sont d'ailleurs pas toujours parfaitement identifiées.

La difficulté incidente est celle de la coordination des différentes prises en charge sur le plan local, et donc l'apparition d'un questionnement sur la territorialité. Dans un tel contexte, il existe là un flou sur ce que pourrait être une évaluation s'intéressant à un accompagnement des personnes âgées sans poser la question de la pertinence des structures d'accueil. Ce questionnement ne remet pas en question les structures elles-mêmes mais la pertinence des populations orientées chez chacune d'entre elles, et donc des coopérations et coordinations qui doivent se mettre en place pour obtenir une véritable qualité de vie⁹.

Cette approche met directement le doigt sur ce que pourrait être une évaluation sans avoir préalablement évalué les populations accueillies.

S'il n'est pas contestable que depuis une décennie les modalités d'approches de la personne âgée, tant au niveau des pratiques professionnelles que de l'évaluation de la population se sont structurées (peut-être même "scientifiées"?), il n'en reste pas moins que des souffrances existent encore, parfois même de façon disproportionnées entre les moyens accessibles aux acteurs du terrain et la réalité de prises en charges contestables.

Le fond du problème du local, on le sent implicitement, est donc celui de l'appropriation des moyens mis à disposition des différents acteurs et leur coordination. Ce problème s'appuie-t-il sur la complexité des systèmes mis en place, sur leur compréhension, sur une culture nouvelle qui n'a pas encore été suffisamment mûrie, sur la compétence peut évidente de certains responsables, sur un refus de changement, sur un manque de moyens matériels, financiers ou humains financiers, sur de formations insuffisantes...? Là est tout le problème qui est inhérent au principe de rénovation, principe qui repose sa pertinence sur

⁹ Voir en annexe 2 les missions des CLIC

l'acceptation d'un changement qui sera d'autant mieux accepté que les différents acteurs seront participatifs.

4- Positionnement des deux axes de travail

Poser comme nous venons de le faire à travers le contexte d'émergence de l'évaluation la question de l'"évaluation de la qualité de la vie" (qui était déjà posée voici vingt ans bientôt¹⁰ sous des formes peu différentes) revient *ipso facto* à s'interroger sur la facilité à l'accès et la compréhension des enjeux d'une évaluation.

Ce sont les deux axes que nous avons plus haut explicités et qui feront l'objet de notre développement à partir d'une problématique générale.

Si les enjeux sont parfaitement compris, l'évaluation devient une priorité des acteurs. De même si l'accès à l'évaluation est simplifié elle sera plus abordable pour chacun. Ces deux dimensions, compréhension des enjeux et simplicité d'accès, deviennent ainsi les termes-clefs de notre interrogation. Il faut cependant soulever ici l'idée, non moins évidente, que ce qui est simple pour les uns peut être compliqué pour d'autres, soit parce que l'enjeu n'est pas parfaitement lisible, soit parce que les termes usités n'ont pas d'échos, soit parce que les compétences ne sont pas là, soit encore parce que... d'autres réalités sont prioritaires.

Nous avons plus haut évoqué l'idée que les principes d'évaluation retenus depuis plusieurs décennies par le secteur industriel pouvaient avoir du mal à s'imposer dans le secteur médico-social. On peut se poser une question identique par rapport à la médico-centration du secteur gériatrique en France: la qualité telle que construite suivant les modèles hospitaliers est-elle vraiment compréhensible? A force de créer pour la vieillesse des secteurs qui sont souvent "borderline" entre le médical et le social, n'a-t-on pas créé des confusions où l'évaluation perd un peu de ses repères qui devraient être spécifiques?

Bien évidemment, la possibilité de répondre à cette question est quasi-impossible car elle demanderait une redéfinition du terme "médico-social" alors que la réalité pourrait peut-être être ni "médico", ni "sociale", mais dans un champ plus philosophique où la personne ne serait pas pensée dans des dimensions de demandes curatives ou d'accompagnement, qui sont des réponses standardisées, mais comme un être en capacité de formuler ses attentes qui relèvent de sa dignité d'être humain et donc d'une écoute.

Convenons que nous évoquons là le principe de la personnalisation du sujet concerné par l'évaluation qui fait partie de l'évaluation interne.

Cette réflexion ne relève pas strictement de l'orientation de notre mission; elle ne peut être formulée qu'en filigrane. Toutefois, à certains moments, surtout quand la question de l'éthique pourra être soulevée, elle ne saurait être incongrue. Elle le sera d'autant moins que la mission qui nous est confiée s'appuie sur une "réflexion".

Résumé:

Le contexte d'apparition et de mise en place de l'évaluation manquent de lisibilité ou de cohérence pour celui qui a en charge de la mener (en général les directions ou sous leur responsabilité). Pris parfois dans un manque de compétence, cet acteur ne peut pas toujours dans la réglementation trouver matière à satisfaire l'adoption d'une méthode évaluative. Les outils restent ainsi théoriques pour lui dès lors que le sens ne leur a pas été parfaitement expliqué, occultant sur le fond les enjeux d'une évaluation.

¹⁰ Vercauteren R., Chapeleau J. 1995, op.cit.

Nous voulons ici dire que l'évaluation ne sera mise en place que si ses enjeux sont clairs et les enjeux ne seront clairs que s'ils apparaissent incontournables.

Enfin, le contexte d'apparition des évaluations confronte la nécessité d'une évaluation sans donner de façon très précise les critères qui lui sont associés, et de ce fait en ne donnant pas la cible sur laquelle elle repose, toute l'élaboration du processus devient floue. Mais dans ce cas, quelle serait la construction hiérarchique, s'il doit en exister une, qu'il faudrait donner au principe d'évaluation, et en se basant sur quelles priorités?

Le contexte ainsi formulé, qui ne saurait faire abstraction de l'avancée notoire des évaluations réclamées par voie réglementaire, issue de la loi de 2002, fait que l'évaluation reste parfois plus « parlée » qu'effective et souffre de l'absence ou de la faiblesse de préalables indispensables pour qu'elle puisse devenir un moyen d'adaptation et d'amélioration de la qualité des services, ceci pour différentes raisons que nous analyserons plus loin.

Enfin, en ne percevant pas distinctement les enjeux de l'évaluation, celle-ci peut être conduite de façon très formelle sans impliquer dans les structures des modifications comportementales et de management. **L'évaluation apparaît alors comme un principe auquel il faut satisfaire, sans pour autant impliquer d'évolutions significatives, à l'interne, des structures pour améliorer la qualité de la vie.**

Chapitre 2

L'évaluation dans le champ de l'action sociale et médico-sociale

1- Définitions, finalités et enjeux

L'évaluation va interroger la qualité du service rendu mais aussi la réalité du besoin en rapport avec le service rendu ; avant même d'être de qualité, le service doit avoir une utilité, correspondre à des besoins réels et s'inscrire dans une politique publique.

Il existe aujourd'hui de nombreuses définitions de l'évaluation, dont une définition "officielle" développée dans le décret n° 98-1048 du 18 novembre 1998:

« Evaluer une politique, c'est apprécier son efficacité en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre ».

Quatre mots-clefs sont alors à retenir dans cette première définition:

- **apprécier**, ce qui présuppose un système d'estimation qui, s'il ne veut pas être subjectif se doit d'être extrêmement bien cerné,
- **comparer** qui implique l'idée d'un résultat confronté à une norme initiale
- **objectifs**, ce qui introduit l'idée d'une méthode où les objectifs deviendraient des indicateurs de la qualité
- **moyens**, donnant l'idée que l'évaluation ne peut exclure l'idée d'une possibilité d'amélioration à travers de réelles possibilités d'y arriver.

En 1996, le Conseil scientifique de l'évaluation considérait que *« l'évaluation a pour finalité de contribuer à l'élaboration d'un jugement de valeur, de préparer une décision, d'améliorer pratiquement la mise en œuvre d'une politique ou le fonctionnement d'un service. Dans tous les cas, il faut que le commanditaire et les autres destinataires de l'évaluation puissent s'approprier les résultats et les connaissances produites. »*

Cette définition, antérieure à la précédente, n'est pas de même nature et ajoute une dimension importante: l'idée que **l'évaluation produit de la connaissance qui se doit d'être utilisée**; on va toutefois au-delà: le terme d'appropriation indique que les données brutes de l'évaluation ne sont pas suffisantes pour faire de la qualité. On introduit ici l'idée d'un système **d'adaptation des résultats**.

Parallèlement, suivant cette définition, évaluer consiste à mettre en relation un référé et un référent. Il s'agit donc tout à la fois de mesurer l'écart entre le référent et le référé, et à l'analyser dans la perspective de le réduire. Autrement dit, c'est la confrontation entre ce qui est déclaré et ce qui est effectif qui devient important, cherchant à trouver un facteur d'ajustement entre ce que l'on dit et ce que l'on fait. **La dimension humaine est ici centrale puisque c'est le discours des personnes qui est important.**

L'évaluation ainsi considérée est d'autant plus importante que dans le cadre de la mise en place d'une politique de bientraitance, elle permet de créer les conditions favorisant l'adaptation des interventions tant humaines qu'architecturales; elle permet aussi de « sortir d'une politique uniquement d'affichage » qui parfois peut être plus libératrice qu'efficace.

A partir de là, on peut considérer qu'évaluer, c'est pouvoir :

- afficher les résultats **et connaître l'impact d'une décision**
- gérer son information **et définir une stratégie de communication**
- optimiser ses moyens
- reformuler, si nécessaire, ses objectifs et sa politique

- ajuster son organisation et son potentiel technique.

Bruno Hérault¹¹ traduit ainsi ces différents aspects :

« [L'évaluation] n'est ni une simple affaire de technique, ni un problème de gestion publique ou seulement un registre d'aide à la décision. C'est plus fondamentalement un exercice collectif de production de connaissances qui, en aidant à redéfinir les besoins prioritaires de la société, contribue à l'amélioration du bien-être général. »

Notre développement met en exergue que, non-seulement l'évaluation est un acte technique, suivant une méthode plus ou moins reconnue universellement, **mais surtout que sa finalité est essentielle pour participer au progrès, ceci de façon collective**. Elle nécessite de ce fait la rencontre active et impliquée des différents acteurs des pratiques. En d'autres termes, une évaluation qui ne s'effectuerait pas dans un cadre concerté, soit au sein des structures, soit dans le cadre plus large de partenaires externes n'aurait que peu de chance de véritablement se mettre en place dans une perspective d'efficacité.

Les différents angles ainsi approchés s'insèrent directement dans notre mission. En posant ici l'évaluation comme enjeu, on interroge les risques d'une incohérence d'une politique qui ne ferait pas référence à elle. De même, en posant la personne comme le centre du principe évaluatif, c'est bien tout à la fois un enjeu de cohérence des personnes, de compétences, de finalités et de participation qui est posé. C'est donc à ces différents niveaux que doit systématiquement s'accrocher une évaluation, et au final les rendre coordonnés entre eux pour gagner en crédibilité.

2- La question de l'autorisation et de la pérennité de l'établissement

Comme plus haut précisé, les résultats de l'évaluation sont communiqués à l'autorité de tutelle. Les enjeux de l'évaluation sont pour cette autorité plus appréhendés autour de considérations économiques¹². Rendre compte de l'utilisation de l'argent public, notamment en termes de dépenses est logique lorsqu'on est gestionnaire et il paraît tout à fait normal de rechercher l'optimisation des ressources allouées visant à tendre au meilleur coût possible de l'action.

*Il y a donc une association de moyen à l'objectif d'efficacité.
C'est un aspect qui est relevé dans l'enquête de l'ANESM plus haut évoquée, mais sous la forme d'un frein: manque de personnel, manque de budgets.*

De plus, chaque responsable (en général et pris en son sens générique: la direction) se pose la question de savoir si dans l'établissement dont il a la responsabilité, la qualité du projet garantit la pérennité de la structure. Nous sommes donc bien dans le cadre d'une évaluation économique.

a question se pose alors à deux niveaux:

- soit augmenter le "degré de qualité" existant,
- soit réduire les causes de non-qualité.

Quelle que soit la réponse choisie, la notion de coût reste centrale.

Ces situations de non-qualité sont directement supportées par l'utilisateur et peuvent entraîner des risques liés à la sécurité ou à la maltraitance (par exemple) mais aussi de non-renouvellement de l'autorisation de fonctionner. Enfin, le rapport d'évaluation devient un élément majeur de l'identité de l'établissement et il va sans aucun doute jouer un rôle décisif

¹¹ Mettre la référence

¹² Ce qui n'exclut pas les dimensions éthiques, celles-ci étant toutefois plus secondaires ou implicites.

dans toutes les transactions avec l'autorité de tutelle : négociation budgétaire, projet d'extension notamment.

3- Evaluation et contrôle.

Contrôle et évaluation diffèrent dans leur objet, leur nature, leurs méthodes, les compétences à mobiliser et les résultats. **Ces deux substantifs n'ont donc que peu de chose en commun**, sinon qu'ils participent à la qualité de la vie dans une structure à des niveaux très différents.

Le contrôle vérifie la conformité d'un fonctionnement au regard des textes législatifs, réglementaires ou de bonnes pratiques professionnelles¹³. Il porte sur la cohérence entre l'action et un ensemble de règles.

Alors que le contrôle juge en fonction de critères de conformité connus à l'avance, **l'évaluation** construit ses propres critères observables à partir des objectifs assignés à l'action évaluée. Elle mesure les résultats mais aborde également les références théoriques de l'action et la pertinence des pratiques. Il est impossible d'évaluer tout seul, la démarche demandant à être participative.

Le contrôleur se doit d'avoir une connaissance précise des critères de conformité alors que l'évaluateur recherche la coopération des acteurs pour s'assurer d'une information fiable et pertinente.

Le contrôle peut déboucher sur des sanctions, alors que l'évaluation cible des processus plutôt que des personnes.

L'évaluation peut donc être un bon moyen d'analyser des graves dysfonctionnements et de mieux les comprendre.

En fait les deux démarches sont bien distinctes, ce qui n'exclut pas leur complémentarité à certains niveaux.

Parfois l'ambiguïté demeure et des démarches d'évaluation peuvent prendre la forme de contrôle vidant de tout leur sens l'objectif initial. L'évaluation est un moment de rencontre entre les différents acteurs favorise un échange productif.

C'est pour cela qu'elle ne peut s'envisager que dans un climat social favorable où le management participatif a déjà fait ses preuves.

4- Différentes cibles et formes de l'évaluation.

4.1 Evaluation des besoins de la personne

L'évaluation des besoins d'une personne trace les fondations sur lesquelles se construit le projet d'intervention sociale ou médico-sociale.

L'article 2 de la loi de 2002 précise ainsi que *"l'action sociale et médico-sociale repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux afin de pouvoir y répondre par des mesures concrètes et adaptées"*.

¹³ On aura cependant vu plus haut que les "bonnes pratiques professionnelles" ne sont que des propositions et ne peuvent donc faire l'objet, en soi, d'un critère d'évaluation et encore moins de contrôle.

L'article 57 énonce l'obligation de l'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement.

*On notera de façon marginale mais interrogante que le législateur a mis deux niveaux différents d'évaluation, l'une concernant les besoins, l'autre les attentes. On se repose ici sur l'idée que tous les acteurs savent différencier ces deux notions, ce qui est loin d'être acquis. Parallèlement, la loi ainsi considérée propose deux dimensions distinctes de l'évaluation: la notion de continuité et le type de population prioritairement concerné. **Dans les deux cas nous visons l'évaluation de la personne et non des pratiques.** De ce fait, l'évaluateur devra corrélér, suivant une méthode qui ne lui est jamais proposée, les problématiques des différentes personnes avec la qualité des pratiques. Il s'agit de ce fait, d'articuler une dimension humaine à des moyens.*

Aujourd'hui plusieurs grilles et outils sont utilisés tels que le SMAF, le RAI, DESIR ou encore la grille AGGIR qui est en France la référence. Cette dernière est donc la plus connue et utilisée dans notre pays. Il s'agit d'un outil d'évaluation de la dépendance¹⁴ des Personnes Agées permettant de faire émerger une pratique professionnelle. Elle est utilisée pour établir le niveau de dépendance correspondant à un groupe Iso-ressources ou GIR (1,2,3,4,5,6). Rappelons que les quatre premiers niveaux permettent d'ouvrir droit à l'allocation personnalisée à l'autonomie.

La Grille AGGIR constitue-t-elle un paradoxe qui ne facilite par l'évaluation?

Alors que l'article 57 (cf. supra) impose l'évaluation de l'autonomie, c'est l'outil AGGIR mesurant la dépendance qui est utilisé. En fait, véritable « outil à tout faire », la grille AGGIR a des rôles multiples : « faire dire la dépendance » en ses origines, puis actuellement « dire l'autonomie », fixer la tarification du budget dépendance, fixer le plan d'aide.... Cet outil, devait constituer, lorsqu'il a été mis en place, une aide non négligeable pour les équipes et la direction.

Aujourd'hui, il faut cependant être plus nuancé, car si la définition d'un outil est bien d'être "l'élément d'une activité qui n'est qu'un moyen", encore faut-il cerner avec précision de quelle activité il s'agit, pour quelle finalité.

Hormis le fait qu'il ignore en grande partie les problématiques de troubles cognitifs de la personne, l'outil AGGIR pose aussi une incertitude dans l'évaluation puisqu'il ne propose que trois choix et incite les évaluateurs à choisir le choix médium. Au niveau des équipes, il ne peut que rarement être utilisé de façon fiable pour mettre en plan le plan d'aide individualisé ; il est en effet beaucoup trop synthétique et constitue un frein dans l'implication des intervenants puisque ces derniers sont exclus des ressources potentielles proches de la Personne âgée. De façon plus globale et scientifique, il est nécessaire d'évoquer le « rapport Colvez » qui par ses travaux constitue un creuset intéressant pour alimenter un véritable bilan de l'utilisation de l'outil AGGIR.

Un autre outil est donc à trouver, permettant d'appréhender le résident dans son potentiel, et pouvant présenter l'intérêt d'un management spécifique du personnel en direction de l'élaboration d'une culture gérontologique.

La mise en exergue de ce débat autour de la Grille AGGIR que nous ne reprendrons pas dans le détail tant ceux-ci sont connus des spécialistes nous permet surtout dans le cadre de cette mission de mettre en évidence que cet outil, simplifié pour être universalisé,

¹⁴ Cette notion est importante quand on sait que le terme "dépendance" a progressivement été délaissé pour donner la place au terme "autonomie", avec les différentes déclinaisons que l'on peut en faire: "perte d'autonomie, "manque d'autonomie"...

n'atteint pas son objectif évaluatif. Il constitue avant tout une réponse administrative (et financière) et ne présente donc pas pour les personnels d'intérêts particuliers; on ne peut donc s'étonner qu'il ne soit considéré dans bien des situations que comme une obligation, avant d'être un moyen d'atteindre la qualité pour la personne âgée.

4.2 L'évaluation interne

L'évaluation interne a pour objectif de donner aux professionnels une meilleure visibilité sur le déroulement et les résultats de leur action au sein de la structure. Cette réflexion sur la pratique implique **l'acceptation d'un regard critique sur les méthodes et les pratiques** afin d'en assurer la cohérence et la qualité :

- ***pour l'institution***, l'évaluation interne est un moyen de rendre palpable et compréhensible son activité en permettant d'en interroger l'efficacité et la pertinence
- ***pour les usagers et leur famille***, l'évaluation interne permet de faire entendre leur point de vue sur l'adaptation des moyens mis en œuvre pour répondre à leurs besoins et attentes (article 2 de la loi 2002-2), ainsi que leur apporter des informations sur les modes opératoires des professionnels
- ***pour les autorités de contrôles et les financeurs***, elle offre une vision globale de l'activité, aspect qui risque aux yeux de certaines directions de transformer l'évaluation en ce qu'elle n'est pas, un système de contrôle (cf. supra).
- ***pour les équipes***, elle interroge des pratiques, permettant de favoriser les échanges internes et l'émergence de collaborations et de participations.

Une évaluation interne est donc fondamentalement une évaluation qui impose sa spécificité d'entre toutes les évaluations. Notamment :

- elle ne peut reposer sur la seule équipe de direction d'une institution, au moins dans la notion de temps qu'elle impose, avec son côté évolutif. En effet, **une direction qui prendrait un certain nombre de décisions à l'issue des résultats d'une évaluation interne impliquerait directement tout le personnel dans son mode de fonctionnement.**
- elle correspond à un processus continu visant à établir un diagnostic pluridimensionnel, avec une finalité d'aide au pilotage du changement. En posant la temporalité comme sens donné à l'évaluation, celle-ci s'impose progressivement comme un repère auquel on se réfère pour évoluer dans les pratiques et avoir une meilleure compréhension de la structure
- elle repose sur une dimension qui ne concerne pas l'évaluation des besoins en équipement, ni l'évaluation du personnel, ni l'évaluation clinique.

Une évaluation interne est ainsi:

- *participative, ne pouvant reposer sur la seule équipe de direction d'une institution*
- *un processus continu visant à établir un diagnostic pluridimensionnel, avec une finalité d'aide au pilotage du changement.*

4-3- Place de l'auto-évaluation

Pour que cette évaluation ne soit pas simplement un jugement de valeur empirique, les évaluateurs disposent d'une échelle de mesure qui fait, par définition, référence: le référentiel.

Ce référentiel pourra être l'une des bases à laquelle on se réfère dans les établissements pour mener l'évaluation.

Partant de là, on peut distinguer trois concepts distincts et associés qui conduisent au principe d'auto-évaluation :

- la qualité comme fait ayant besoin d'être régulièrement apprécié
- l'évaluation comme démarche qui consiste à estimer l'écart entre le prescrit et le réalisé
- le référentiel qui est le point de départ à partir duquel sera appréciée la qualité et la périodicité d'analyse des critères pertinents.

Dans ce contexte d'auto-évaluation on soulignera donc toute l'importance de ce référentiel, construit au sein de l'établissement et opérationnel à partir de critères qui lui sont personnels.

Alors qu'une autoévaluation correspond à une démarche où les équipes se donnent elles-mêmes leurs propres critères d'évaluations (avec ou sans référence à des recommandations de bonnes pratiques ou à des procédures) l'évaluation interne est menée par des acteurs de la structure à partir d'un référentiel construit dans un document préétabli.

4-4- L'évaluation externe

Le principe de l'évaluation externe est de porter une appréciation globale sur le fonctionnement de la structure et de proposer des axes d'amélioration.

Elle se décline autour de sept items principaux que nous rappelons ici pour les introduire dans le sens qu'ils peuvent avoir dans notre mission:

- Adéquation des objectifs du projet d'établissement avec les besoins, les priorités des acteurs concernés et les missions imparties
- Cohérence des différents objectifs entre eux
- Adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place
- Existence et pertinence de dispositifs de gestion et de suivi
- Appréciation de l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et ceux non prévus, positifs ou négatifs
- Appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés
- Conditions d'efficience des actions et de réactualisation régulière de l'organisation

Ces différents items interrogent les stratégies de l'établissement au niveau institutionnel, c'est à dire en référence au projet d'établissement, lequel apparait indispensable pour envisager une évaluation externe.

Elle met notamment en relief trois différents niveaux de la qualité dans les établissements:

- le niveau fonctionnel
- les conditions de prise en charge des usagers
- les équipes dans le cadre de leurs pratiques professionnelles

L'évaluation externe, comme l'évaluation interne a une finalité d'appréciation et non de contrôle, à partir d'une analyse de la situation. Elle va ainsi, sur un plan stratégique, apprécier

- les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne
- la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne
- la mise en œuvre des mesures d'amélioration et les échéanciers prévus après analyse
- les modalités de suivi et de bilan périodique après identification de celles-ci
- la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations

Il s'agit donc, pour l'évaluation externe de cibler des priorités qui ont été préalablement fixées. Ces priorités vont s'inscrire dans le registre des thématiques suivantes, sans être exhaustif:

- Apprécier les activités et la qualité des prestations au regard des droits des usagers et des conditions de réalisation du projet personnalisé, ceci en référence à la loi de 2002
- Donner des éléments d'appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement sur son environnement et des interactions, ceci concernant l'intégration dans un réseau

Sur un plan opérationnel, il s'agit d'adapter tous les critères en fonction de la structure évaluée en se référant à plusieurs thématiques:

- la capacité de l'établissement à évaluer avec l'utilisateur ses besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement et en interaction avec l'environnement familial ou social de la personne
- L'enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphonique, y compris dans le traitement des urgences. Il va de soi que cette thématique est très limitative si elle est prise à minima.
- les Conditions d'élaboration des projets personnalisés et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur
- L'effectivité du projet d'établissement sur l'accès et le recours aux droits
- La réponse de l'établissement aux attentes exprimées par l'utilisateur
- La capacité de l'établissement à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers
- La capacité de l'établissement à observer les changements et adapter son organisation
- La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponses apportées aux usagers
- La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon les différents axes appropriés à chaque contexte: normes d'hygiène, prévention de situation de crise, dispositif de régulation des conflits, sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant mes droits fondamentaux des personnes, politique globale de gestion des risques. Cette thématique interroge tout particulièrement le sens donné à cette évaluation, qui tendrait plutôt à faire penser que nous sommes dans une vérification de la norme avant d'être dans un principe large d'évaluation ouvert à la spécificité de chaque établissement.
- La capacité de l'établissement pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions
- Le respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'ANESM relatifs notamment à la qualité d'hébergement (voir paragraphe 7-3, notre critique de l'article L 312-8 du CASF)
- Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective (échanges d'informations, méthodes de travail, dispositif de gestion de crise, modalité de formation des professionnels
- La capacité de l'établissement à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle (on pourra ici être surpris par le fait que la seule référence aux personnels est liée à l'épuisement)
- Le rôle de l'établissement au regard des missions confiées : la perception de ses missions par les usagers, les partenaires ; formalisation des coopérations et collaboration interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour de l'utilisateur
- L'inscription de l'établissement dans un territoire : prise en compte du réseau de proximité, utilisation des ressources du milieu, contributions aux évolutions de l'environnement. Cet aspect peut paraître exhaustif dans une demande pour lesquelles tous les établissements ne peuvent pas apporter de réponse

Globalement, le rôle de l'évaluation externe devrait conduire, au niveau fonctionnel à faire l'analyse précise des thématiques qui sont intégrées dans le plan d'amélioration continue de la qualité, aspect qui est organisé dans la synthèse.

4-5- L'évaluation du personnel

L'évaluation du personnel constitue un acte de management; plus précisément il vise à estimer l'efficacité attendue de chaque acteur en vue d'une satisfaction commune, celle de l'aidant et celle de l'aidé.

L'évaluation du personnel ne peut se résumer à compléter un formulaire par l'évaluateur; elle favorise aussi un temps d'échanges permettant d'apprécier le niveau professionnel, de reconnaître le travail effectué, de situer la personne afin de mieux comprendre son rôle au sein de l'équipe et, enfin, de fixer des objectifs à atteindre pour la période à venir.

Cette évaluation ne saurait être un acte formel: elle permet la mise en place d'une stratégie commune pour s'adapter aux besoins de l'institution sans cesse en mutation et en évolution.

*On soulignera ici que dans le cadre de notre mission, l'évaluation du personnel, qui est ici présentée comme un des enjeux de l'évaluation, pose la **problématique du management et donc de la remise en cause de certaines pratiques professionnelles ou de comportements** en général et plus particulièrement des directions. Elle peut donc constituer une zone d'incertitude à laquelle tous les acteurs ne sont pas prêts, impliquant que cette évaluation n'est pas toujours admise. On reconnaîtra dans ce cas que l'évaluation du personnel mériterait d'être accompagnée dans l'enjeu qu'elle représente et non comme risque qu'elle peut constituer.*

5- Documents qualifiés et guides diffusés dans le secteur gérontologique pour contribuer à l'évaluation

5-1 Le guide d'accompagnement ANGELIQUE

En avril 1999, une réforme de la réglementation a introduit auprès des EHPAD, l'exigence de formaliser une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité. Afin de faciliter la mise en œuvre des démarches dans les établissements, un groupe national a été constitué pour élaborer un guide d'accompagnement nommé ANGELIQUE.

Ce référentiel (ou guide, la confusion est à ce propos totalement permise) comporte quatre parties d'inégales importances, mais qui, rassemblées, traitent les principaux aspects du fonctionnement d'un EHPAD:

- la première partie intéresse les attentes et la satisfaction,
- la seconde a trait à la nature des réponses apportées aux résidents en termes d'accompagnement,
- la troisième touche aux questions liées à l'établissement et à son environnement
- la quatrième se consacre à la démarche qualité.

ANGELIQUE peut constituer un outil de management performant qui a été largement utilisé, permettant d'effectuer une mesure de la qualité assez facilement. Toutefois il n'aborde que superficiellement la thématique du projet personnalisé¹⁵ et du management des équipes, ne faisant souvent qu'en induire l'idée.

5-2- La Norme Française NF X058

¹⁵ Notons cependant qu'à cette époque le "projet personnalisé", alors appelé "projet individualisé", n'était que balbutiant (voir annexe 1).

Il s'agit d'une norme éditée par l'Afnor. Ce document, normatif par définition, a été réalisé par une commission constituée d'organismes professionnels et des représentants des usagers.

Il intègre le cahier des charges publié pour les conventions tripartites, mais il ne s'agit pas un référentiel d'évaluation, faute d'indicateurs précis et validés. De fait, il ne propose pas de cotation permettant de caractériser le niveau de qualité atteint et les possibilités d'amélioration.

5-3- Le référentiel EVA (Référentiel d'évaluation externe de la qualité des EHPAD)

EVA s'articule au guide d'autoévaluation ANGELIQUE. Il n'apprécie qu'un système : l'organisation de la prise en charge et la réponse apportée aux besoins des personnes âgées.

Etant donné qu'il est issu de l'outil ANGELIQUE, il comporte les mêmes limites.

5-4- Les Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD

Rappelons ici brièvement les différentes missions de la Haute Autorité de Santé (HAS) est chargée, telle qu'elle était conçue à l'époque de la mise en place des évaluations de la qualité. Elle a en charge :

- **d'évaluer** scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'assurance maladie;
 - de **promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage** des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé;
 - **d'améliorer la qualité des soins** dans les établissements de santé et en médecine de ville;
 - de veiller à la **qualité de l'information** médicale diffusée;
 - **d'informer les professionnels de santé et le grand public** et d'améliorer la qualité de l'information médicale;
 - de **développer la concertation** et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger.
- ans ce cadre, elle établit des recommandations.

Principalement destiné à des médecins, ce guide propose des règles de conduite, à observer ou à proscrire, que chaque intervenant gériatrique peut utiliser.

Dans le contexte actuel de médicalisation de l'accompagnement de la personne âgée, ce document peut être utile mais ne peut en aucun cas être suffisant pour mettre en place une démarche qualité. Trop centré sur les problématiques médicales, il ne représente en fait qu'une partie de l'activité d'un EHPAD, mettant en exergue qu'il pourrait exister des "recommandations de bonnes pratiques sociales" dans les structures.

On soulignera que cette distinction "social-médical" est regrettable dans la mesure où le secteur médico-social repose sur un rassemblement de ces deux champs, et non sur leur séparation.

5-5- La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Proposée conjointement par la DGAS et la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG), cette charte constitue une référence de base, mais ne saurait être un référentiel. Il énonce avant tout des principes de défense de la personne âgée dépendante. Cette charte aborde en quatorze articles concis, les droits fondamentaux de cette population bien précise. Ce document en plus de son utilité certaine au quotidien, peut être par certains aspects

constituer un support pour réfléchir à la construction d'une partie de référentiel qualité, notamment dans la partie « droit et citoyenneté ».

5-6 La charte des droits et libertés de la personne accueillie (arrêté du 08 septembre 2003)

Mentionné à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles, ce document constitue l'une des innovations importantes de la loi qui a réformé le secteur social et médico-social.

Ses douze articles rappellent les droits et libertés garantis à toute personne prise en charge par un établissement social ou médico-social, quels que soient son âge, son origine, son handicap. Elle situe le résident dans son identité à part entière et liste les principaux droits pour conclure sur le nécessaire respect de l'intégrité et de la dignité de la personne.

Ce document aujourd'hui est mis en place et trouve implicitement sa place dans la démarche de l'évaluation interne.

6- Place de l'ANESM

De par sa nature que nous avons plus haut évoquées (voir contexte), l'ANESM se doit d'avoir une position privilégiée dans tous les principes d'évaluation que nous venons d'aborder.

6.1 Les missions de l'ANESM (article 4 de la convention constitutive du GIP)

La loi n°2002-02 a rendue obligatoire l'évaluation des pratiques, en exigeant à minima une auto-évaluation quinquennale et une évaluation externe tous les sept ans, évaluations dont les résultats devront être joints à la demande de renouvellement de l'autorisation d'exercer.

Dans ce contexte l'ANESM a été installée le 21 mars 2007 avec différentes missions :

- réaliser ou faire réaliser toute étude qui lui paraît nécessaire
- favoriser et promouvoir toute action d'évaluation ou d'amélioration de la qualité des prestations délivrées dans le domaine social et médico-social ;
- valider et diffuser l'ensemble de ces procédures, références et recommandations de bonnes pratiques
- **déterminer les principes fondamentaux garantissant la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation interne et externe**
- concevoir et exploiter un système d'information renseignant d'une part mise en œuvre et le suivi des évaluations dans les établissements et services et d'autre part la publicité des habilitations des organismes d'évaluation
- **contribuer à l'évaluation des établissements et services à caractère expérimental**
- procéder en tant que besoin à des échanges avec toute institution nationale ou européenne.

Sous cet angle, l'ANESM apparaît comme un acteur central de l'évaluation, dépassant la seule image qui lui est attribuée de produire des guides de bonnes pratiques professionnelles.

6-2 L'ANESM comme organisation "apprenante"

La création d'une Agence destinée à « valider » puis à « diffuser » les recommandations de bonnes pratiques professionnelles forme un mode d'organisation "apprenante" à l'échelle du secteur social et médico-social.

Synthèse des évaluations, auditions publiques, enquêtes sont autant de moyens mobilisés par l'Agence pour organiser les retours d'expériences.

A travers ce dispositif, les établissements et services sont entraînés dans une spirale de progrès continu où vont faire alterner séquences d'évaluations et phases d'améliorations. Les bonnes pratiques professionnelles constituent la clé de voute de l'évaluation mais ne peuvent garantir à elles seules la qualité des prestations.

En effet les bonnes pratiques professionnelles doivent être remises dans le contexte éthique de l'établissement mais aussi dans son organisation et son fonctionnement au quotidien ; chaque structure a son histoire, sa culture mais aussi ses ressources tant humaines qu'architecturales¹⁶.

6-3 L'ANESM comme ressource complémentaire au management de la qualité dans les établissements

L'article L 312-8 du CASF inscrit l'évaluation dans un dispositif bien particulier qui peut être source de confusion s'il n'est pas bien compris et analysé. En effet, il est précisé que l'évaluation s'effectue de la manière suivante :

*"Les établissements et services (...) procèdent à des évaluations 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, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. ».*

L'adverbe "*notamment*" renvoie à la possibilité de se référer à d'autres critères que ceux qui sont indiqués dans l'article comme basiques ou préférentiels, à savoir ceux qui correspondent aux bonnes pratiques de l'ANESM. On peut donc, entre autres, se référer aux critères contenus dans le questionnaire de satisfaction à destination des usagers. De ce fait, l'ANESM n'apparaît pas comme la seule source de référence pour les établissements. Toutefois, l'ANESM reste la référence en cas d'absence de référentiel interne aux établissements... On peut donc s'interroger sur ce que serait un référentiel qui ne se fonderait pas sur les recommandations de l'ANESM, et à quel niveau un tel référentiel serait opposable en cas de litige.

Enfin, il ne faut pas confondre deux types d'évaluations qui ne sont pas de même nature :

- "*l'évaluation au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles*"
- "*l'évaluation des pratiques professionnelles*".

La première dimension renvoie à des références sur certaines thématiques qui ont été traitées par l'ANESM, et la seconde concerne une mesure des écarts par rapport à une fiche de poste définie au préalable dans un établissement.

Cette rapide analyse du texte de loi nous conduit à plusieurs commentaires :

- Les établissements ne peuvent se contenter d'utiliser stricto sensu les recommandations de l'ANESM et donc de les considérer comme figées. Par contre sur quelles bases peuvent-elles construire leur propre référentiel, avec quelle aide, suivant quelle logique ou pertinence, ou encore avec quel contrôle ?

¹⁶ On trouvera en annexe 3 la liste des différentes productions de l'ANESM

- les établissements se doivent d'animer en interne leur propre démarche qualité et construisant des procédures et des modes opératoires en référence à un management organisé tel, par exemple, que le préconise l'approche processus. Par contre quelle peut-être la capacité d'un chef d'établissement à envisager cette méthode s'il n'y a pas été formé, et quel sera le degré d'acceptation du personnel pour entériner de nouveaux modèles managériaux?
- Les établissements ne peuvent considérer l'évaluation professionnelle que comme un élément constituant une étape importante de l'évaluation dans son ensemble. Par contre, quelle est l'aptitude des établissements à pouvoir intégrer et gérer des priorités d'évaluations?
- Compte tenu des remarques précédentes, il est impératif de pouvoir s'appuyer sur un référentiel, mais celui-ci doit être mis en place après avoir lancé une dynamique évaluative qui permet une phase d'appropriation des recommandations de l'Agence et de construction des procédures nécessaires.

C'est donc dans un cadre complémentaire que se comprendra la place de l'ANESM, ce qui présuppose que toute structure ayant l'intention d'une évaluation ne peut faire l'économie d'une analyse critique des guides des bonnes pratiques professionnelles. Cela implique de fait une confrontation entre des propositions externes et un mode de fonctionnement interne, impliquant la création d'un référentiel spécifique.

6-4 Enjeux de la territorialité

Si la notion de territoire, comme nous avons déjà pu le dire, n'est plus récente, il faut cependant admettre qu'elle n'est toujours pas vraiment intégrée dans les faits comme l'un des *modus operandi* de la qualité pour les établissements.

Nous soulignons page 25 de ce présent rapport ce que la territorialité pouvait être comme moyen de faire émerger une nouvelle gouvernance. En mettant en exergue ce qu'est un réseau tant social que sanitaire pour un EPAD, nous développons l'idée d'un véritable enjeu: faire en sorte que la personne âgée puisse continuer à vivre de façon qualitative dans un établissement grâce à des mobilisations multiples.

Il s'agit là **d'un premier axe** que peut poursuivre la territorialité: pouvoir intégrer l'extérieur à l'intérieur de l'établissement. Si l'idée n'est pas nouvelle, elle est cependant peu prise au sérieux dans les réalités opérationnelles. Le manque de moyens humains (personnels) est souvent évoqué, de même que les limites du bénévolat ou encore de l'investissement des familles. Sur ce point, on pourrait simplement dire "dont acte", à moins de rentrer des débats qui pourraient s'avérer parfois trop partisans.

Un deuxième axe montrerait que la nouvelle gouvernance territoriale dans laquelle seraient engagés les CLIC, les réseaux sociaux de proximité (souvent définis autour du bénévolat et d'un travail associatif), mais aussi, en-deçà des départements, les cantons et les communes en leur politique propre pourraient coordonner leurs actions pour accompagner la qualité de la vie des personnes âgées. Là non plus l'idée n'est pas nouvelle, mais elle fait toutefois peu l'objet d'une coordination, chaque acteur restant sur des actions propres et rarement partagées. L'enjeu de ce type de coordination territoriale resterait bien évidemment centrée à la fois sur l'amélioration de la vie sociale de la personne âgée et sur une concentration vers le cœur d'une action visant le suivi de la personne âgée depuis ses repères domiciliaires vers de nouveaux repères institutionnels dès lors que le passage en établissement s'avère nécessaire. Bien évidemment, ce discours ne peut qu'être utopiste dès lors que l'instinct grégaire d'acteurs locaux (qu'ils soient associatifs, politiques ou économiques) ne serait pas dépassé par une intention de répondre aux aspirations des populations âgées. Dans ce contexte, l'évaluation de la qualité, comprise par tous de la même manière pourrait, sur un

territoire donné, aboutir à donner du sens à l'évaluation, cherchant de ce fait, au-delà de complémentarités, de véritables enjeux de coopérations transversales.

Un troisième axe touche à l'idée, plus nouvelle, de faire de la territorialité l'enjeu d'un continuum¹⁷. On sait que l'évaluation des populations entrante reste l'une des problématiques centrales de l'évaluation. Le concept de continuum pose comme présupposé que cette population peut être suivie dès le domicile sur un plan qualitatif. Ce suivi s'effectue en coordination (ou plus précisément en coopération) entre le corps sanitaire (médecin et SSIAD de façon préférentielle), les familles (quand elles existent), et les associations, ce troisième acteur prenant une dimension nouvelle. L'intérêt de l'EHPAD est de mieux connaître la personne qui entre dans l'établissement et donc de pouvoir construire avec elle son projet personnalisé. Parallèlement, l'EHPAD peut mieux adapter son projet institutionnel, et tout particulièrement un éventuel projet d'individualisation qui répondra de façon plus adaptée et pertinente aux personnes âgées, futurs résidents devenus souvent trop brutalement des résidents.

Avant d'être une **sectorisation géographique** dont on perçoit parfois mal les limites même si elles sont incontournables, la territorialité devient progressivement un **enjeux d'outils** visant à la réunion des différents acteurs concernés par l'accompagnement qualitatif de la personne. **C'est sur ces outils que doit se créer un axe de réflexion en rapport avec la territorialité.**

Dans ce cadre, l'évaluation de la qualité de la vie dans les EHPAD est influencée positivement par une définition territoriale qui lui est propre. Ainsi, quand nous parlons en termes d'enjeux, nous rejoignons nos propos émis plus loin, suivant lesquels "la problématique des coopérations est centrale car elle apporte les éléments d'une meilleure prise en charge (ou accompagnement) à travers des échanges" (voir infra).

En résumé:

Dans le cadre de notre mission, les définitions de l'évaluation poseront quatre types de réflexions:

a- une évaluation mal comprise dans son sens est-elle possible tant à mettre en place qu'à exploiter dans les structures pour personnes âgées? Trop souvent confondue avec un principe de contrôle, elles n'apparaissent pas systématiquement bien accueillies tant par les personnels que les directions.

Une telle place accordée à l'évaluation (en général) n'est pas dynamisante pour les différents acteurs concernés

b- Nous avons développé l'idée de la possible inadaptation des équipes devant le principe évaluatif pour des raisons de compétences, mais aussi pour des raisons de modifications culturelles rapides dans les structures. Il apparaît d'évidence dans ce contexte que les responsables politiques devront se pencher sur l'explication des enjeux d'une évaluation avant même de proposer des méthodes évaluatives.

c- La question du management est directement induite par l'évaluation et, parallèlement, c'est la question d'une nouvelle approche managériale qui est posée à travers la mise en place d'une évaluation ayant sens.

d- En posant les acteurs humains au centre de la définition de l'évaluation, ce sont non seulement ses enjeux qui sont posés, mais aussi les modalités d'une compréhension et d'une adaptation du mode du travail qui sont interrogées.

¹⁷ le concept de continuum a été développé par R. Vercauteren (déjà cité) dans plusieurs articles et ouvrages depuis 2008.

Cette quadruple approche demande donc de trouver les moyens d'une pédagogie adaptée pour faire de l'évaluation une réponse à des enjeux de qualité. Il reste à trouver les modalités de cette pédagogie qui passe par le partage des connaissances issues de l'évaluation et l'acceptation de celles-ci dans des approches différentes des pratiques professionnelles.

Chapitre 3

Analyse des dysfonctionnements possibles et pistes pour une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans les EHPAD

1- Constats de dysfonctionnements

Notre développement nous a conduits à fournir quelques éléments de compréhension qui risquent de parasiter l'appropriation des démarches d'évaluation des établissements pour personnes âgées. Nous avons notamment mis en exergue qu'une évolution demande de s'interroger sur les blocages dès lors qu'une décennie s'est écoulée depuis la mise en place du principe d'évaluation. Durant cette période, tous les pré-requis pour conduire une évaluation semblent avoir été mis en place, mais il apparaît que certaines étapes n'ont pas été franchies, ou l'on mal été, ou ont été mal accompagnées pour leur donner du sens.

En reprenant notre questionnement formulé dans le préambule, nous pouvons éclaircir les mécanismes de dysfonctionnements. Nous séparerons en deux catégories ce questionnement, comme annoncé en préambule:

Axe 1: freins à la mise en route d'une démarche d'évaluation

Axe 2: freins dus à l'utilisation des résultats d'une démarche d'évaluation dans les établissements.

2- Dysfonctionnements dus à la mise en route d'une démarche d'évaluation

2-1- les soutiens théoriques et méthodologiques apportés aux directions sources de dysfonctionnements

On a vu que les seuls soutiens apportés aux directions d'établissements résidaient dans les guides de bonnes pratiques fournis par l'ANESM. Ce soutien, essentiel dans une première approche, apparaît cependant ambigu.

A titre d'exemple, page 19, le guide de l'évaluation interne stipule:

"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.

Dans ces trois paragraphes nous relevons:

- une obligation légale de formaliser un projet d'établissement,
- l'intérêt de poser une évaluation à partir du projet d'établissement,
- l'idée qu'en l'absence (plus ou moins partielle) d'un projet d'établissement, l'évaluation peut cependant être conduite, voire même constituer la base de la "concrétisation ou de la révision" du projet.

D'évidence il y a là une contradiction qui est peu incitative pour les responsables d'établissements qui n'auraient pas vu l'utilité d'un projet d'établissement, voire qui n'en

auraient fait un que par "obligation légale" sans l'inscrire dans la dynamique de leur structure.

Certes, on se doit de comprendre la position de ce groupe du travail de l'ANESM qui a conduit à l'élaboration du guide, sans doute préoccupé de ne pas faire du projet d'établissement l'expression dogmatique de la mise en place de l'évaluation, chose que nous partageons. Il reconnaissait ainsi implicitement que ce projet, pourtant obligatoire, pouvait ne pas exister, et que le nombre d'établissement n'ayant pas leur projet (ou n'ayant pas un projet opérationnel) pouvait être suffisamment conséquent pour ne pas bloquer la situation évaluative. Par contre **dans la réalité, on voyait disparaître la base méthodologique de l'évaluation, le projet d'établissement finalisé**, ce qui est pour le moins surprenant.

Une telle disposition ne peut que conduire à un dysfonctionnement de la méthode évaluative et conforter certaines directions dans leur intention de ne pas satisfaire à la rédaction de leur projet d'établissement.

De telles ambiguïtés révèlent avant tout des imprécisions qui n'aident pas les directions à aborder l'évaluation de façon suffisamment concrète pour être pertinente et entraîner des **freins à l'utilisation des résultats d'une démarche d'évaluation**, et même des **freins à la mise en route d'une démarche d'évaluation**.

Mais in existe d'autres illustrations du problème relatives à la construction d'une évaluation à partir d'un référentiel spécifique à l'établissement, ne reposant pas sur les guides des bonnes pratiques de l'ANESM. Dans le forum des "questions-réponses" sur le site de l'ANESM, la question est posée de faire des recommandations de l'ANESM la référence de l'évaluation.

La réponse est ainsi formulée:

*"L'évaluation porte sur la pertinence et l'adaptation des réponses proposées. Il est important de compléter les informations recueillies notamment **en identifiant clairement le profil des usagers et en appréciant les effets produits au regard du parcours des personnes**, de leur qualité de vie, etc.*

*Les explorations préalables à la rédaction de cette recommandation ont montré **que ces deux points étaient encore faiblement investis dans les démarches**. Pourtant, ils donnent tout son sens à l'exercice participatif de l'évaluation qui doit tendre à améliorer la qualité du service rendu."*

Nous trouvons dans cette réponse, par ailleurs tout à fait juste et adaptée, deux dimensions successives:

- la nécessité d'avoir des réponses pertinente, coordonnées aux réalités qui se fondent, entre autres, sur la connaissance des populations,
- la recherche d'une évaluation reposant sur l'identification des populations et l'adéquation des réponses en fonction de cette diversité, deux dimensions relevant de démarches "encore faiblement investies".

Le paradoxe repose sur ce dernier constat: comment poser comme postulat que l'appel à un référentiel interne est pertinent, lui même étant adapté à la diversité des populations concernées, **alors même que les structures ne se sont pratiquement pas penchées sur leur identification?**

Dans ce cadre, pour aussi adaptée que soit la réponse, elle n'incite pas à produire une évaluation dès lors que les fondements n'existent pas ou rarement.

Encore une fois, nous sommes dans une forme d'injonction, ou pour le moins d'une incitation, à pratiquer l'évaluation sur des bases qui sont pratiquement inconnues par les établissements: dès lors, de quelle évaluation peut-on parler? Quelle crédibilité accorder aux évaluations?

En ne commençant pas par la base, c'est à dire l'évaluation de la population, la recommandation méthodologique, aussi pertinente soit-elle, ne traite pas du vrai problème de l'évaluation et de sa mise en place. Dans ce contexte, comment peut agir une direction qui, finalement justifie son non-recours à l'évaluation en faisant remarquer que même l'ANESM reconnaît que les bases pertinentes ne concernent que peu d'établissements?

Nos deux exemples, qui peuvent être multipliés, mettent avant tout en évidence une réalité de terrain qui tourne autour de deux dimensions concrétisant un dysfonctionnement majeur:

- les projets d'établissements sur lesquels elle doit reposer n'est qu'une nécessité contournable,
- l'analyse des populations n'étant que rarement effectuée, les critères d'évaluation restent assez introuvables en tant qu'outils pour apporter des réponses pertinentes

Vue sous cet aspect, l'évaluation ne devient progressivement qu'une "obligation théorique".

2-2- l'évolution de la notion d'évaluation depuis les premiers textes la mettant en place à l'origine de dysfonctionnements

Qu'en est-il de l'évolution de la notion d'évaluation depuis les premiers textes? Le guide de 2006 s'est centré sur une réflexion à propos de la démarche évaluative. En 2008 apparaissent les "recommandations", associées à une approche méthodologique.

Dès Novembre 2005, Le Chesms avait produit une note d'orientation proposant de différencier, en référence à la loi de 2002, les deux types d'évaluation, interne et externe., tout en considérant d'un côté l'évaluation de l'activité de la structure et d'un autre côté la qualité du service produit. Cependant, rien n'est précisé quant au choix des items à prendre en considération pour conduire la démarche qualité.

Nous sommes donc déjà dans une approche approximative de la mise en place de la démarche d'évaluation quant il s'agit **de l'appréhender concrètement**, la seule compréhension qui en est faite étant d'aller vers un mécanisme de changement. Parallèlement, elle pose la problématique du projet d'établissement comme centrale pour démarrer l'évaluation.

Ce même projet n'apparaît pas comme essentiel dans le guide des bonnes pratiques de l'ANESM comme nous l'analysons plus haut.

Le problème semble non seulement se situer au niveau d'une incohérence dans des discours paradoxaux, mais aussi dans le fait que nous sommes passés très rapidement d'une conception à l'autre. Il ne faut toutefois pas donner à cet exemple une valeur trop importante, la réalité étant simplement que les différentes versions des évaluations se succèdent à un rythme qui ne permet pas d'approche pédagogique de l'évaluation. De façon plus précise, nous dirons que l'évolution est beaucoup plus rapide dans les textes qu'elle ne peut l'être sur le terrain, un terrain qui finit pas être dépassé par l'ampleur du problème et va le délaissier pour le cantonner aux "spécialistes".¹⁸

¹⁸ Dans notre chapitre 1, nous évoquons le contexte de l'évaluation en soulignant que les plus grosses structures satisfaisaient plus facilement à la démarche d'évaluation que les autres. C'est une

2-3- Un dysfonctionnement naît du manque de préalable de la connaissance des populations accueillies?

Cette question trouve sans ambiguïté sa réponse dans les différents textes officiels, précisant que la connaissance des populations accueillies est un préalable à l'évaluation. De fait, en l'absence de la connaissance de cette population l'objet de l'évaluation demeure assez confus.

il faut cependant reconnaître que cette "connaissance de la population" repose sur trois aspects qui la rendent difficile à approcher:

a- nombre d'établissements, surtout dans le secteur rural, se trouve contraint d'accepter les résidents "dans l'urgence". **Cette notion d'urgence ne permet pas de bien connaître la population qui va être accueillie**, et surtout interroge une évaluation qui s'effectue plus en fonction de la population réellement qu'elle n'ouvre la possibilité d'homogénéiser les accueils en fonction d'une individualisation qui est en partie l'objet de l'évaluation.

b- la notion de continuum, évoquée dans la loi quand elle précise que l'histoire de la personne commence en amont de son passage en établissement, n'a pas ici de supports concrets. En effet, nul outil fiable ne permet aux établissements d'avoir une bonne approche de la personne et donc de la connaître (la grille AGGIR, comme "grille" ne saurait remplir ce rôle dont l'approche est qualitative). En "passant" en établissement la personne âgée ne vient qu'avec des bribes d'elle-même dans la plupart des cas. **La connaissance de la personne s'effectue donc a posteriori**, avec la mise en place du projet personnalisé, ce qui n'est pas en soi satisfaisant.

c- il est rare que des outils permettant de connaître la personne accueillie soit mis à la disposition des personnels pour vraiment connaître la personne qui se présente en établissement. **Actuellement, aucun outil validé ne permet de construire les projets de vie personnalisés**¹⁹.

2-4- Un dysfonctionnement associé à un manque de coordination avec les acteurs territoriaux.

Le rôle des acteurs territoriaux, mais aussi des autres structures telles que les SSIAD, SMAD, MDPH, CCAS, (énumération non exhaustive) peut avoir un double rôle:

- assurer le continuum de la personne et donc faciliter la connaissance générale des populations accueillies,
- partager des méthodes d'évaluation de la qualité en fonction des impératifs de chacun des acteurs, voire tout simplement parler le même langage de la qualité et de son évaluation.

La problématique des coopérations est ici centrale car elle apporte les éléments d'une meilleure prise en charge (ou accompagnement) à travers des échanges. Sans cerner la totalité des apports des territoires, soulignons en cependant quelques uns qu'ils assurent dans la proximité, c'est à dire sur un lieu géographique déterminé et restreint (territoire):

autre façon d'argumenter sur le fait que les petites structures sont moins informées de l'actualité ou qu'elles n'ont pas le temps de la mettre en place, laissant à des "spécialistes" le soin de le faire.

¹⁹ Un outil est en cours de construction, sous la direction de Jean-Luc Schaff, cadre de santé, Anne-Marie Couet, médecin coordonnateur, Bernard Hervy, animateur et Richard Vercauteren sociologue. L'une de ses finalités est de mieux connaître la personne accueillie au niveau de ses attentes, en fonction de son autonomie restante. Il devrait être opérationnel dans le courant de l'année 2011.

- apports d'information aux personnes âgées sur l'utilisation des différents services auxquelles elles peuvent prétendre ou avoir recours, dont les accueils temporaires, de jour, l'organisation des gardes à domicile, comme les gardes itinérantes de nuit...
- des aides concernant les services et équipement de proximité, les transports...
- articulation des politiques du vieillissement*- rationalisation des prises en charge et accompagnements

On sait que l'ensemble des apports de ces territoires ne peut pas exister sans le partage de tous les acteurs locaux, qu'ils soient - établissement, - volonté politique, - structuration administrative du territoire, comme les CLIC ou les réseaux associatifs....

L'énumération du rôle et des principes des territoires ne peuvent que convaincre de l'importance d'implanter une structure dans son environnement. Toutefois, au-delà de ce principe la question de fond est de savoir comment les EHPAD associent les différents acteurs quand l'enquête ANESM indique que 75% des établissements ont construit leur démarche qualité.

La méconnaissance de l'intérêt d'un travail sur le territoire apparaît donc patente, surtout quand il s'agit de l'associer au principe de l'évaluation d'un établissement. Ceci met avant tout en exergue que les établissements vivent isolés dans leur territoire, impliquant une absence de coopération.

De ce fait on peut interroger le manque de prise de conscience des nouvelles gouvernances et de l'intérêt qu'elles amènent. Nous sommes là dans une lecture assez ancienne des pratiques, attestant que la nouvelle culture de management n'est pas intégrée dans les structures.

2-5- Des méthodes d'évaluation qui ne sont pas à la portée des dirigeants de structures comme source de dysfonctionnement

La réponse est globalement apportée dans l'enquête de l'ANESM (2009) que nous citons au chapitre 1 paragraphe 1 au niveau des freins: **45% disent éprouver des difficultés techniques et technologiques pour s'engager dans la démarche d'évaluation.**

Quand près d'un acteur sur deux avoue une telle carence, il y a d'évidence une **problématique liée à la compétence de ceux qui ont pour mission d'instruire l'évaluation dans les établissements.**

Cette carence est directement associable aux études poursuivies par les directions (cf. supra), carence qui relève moins d'un niveau que d'un contenu de formation. En effet, dès le niveau 3, c'est à dire dès l'instant où les principes d'analyses sont présents dans les études, la possibilité de coordonner une évaluation existe.

Par contre, cette incapacité à avoir une méthode d'évaluation pourrait interroger les relations qui existent entre les établissements et les différents acteurs territoriaux. En laissant leur établissement isolé dans les territoires, les directions prennent le risque de ne pas communiquer entre eux leurs savoirs et leurs compétences. Soulignons ici que l'enquête que nous citons en référence indique que "75% des structures ont produit seules leur démarche qualité", ce taux étant le plus élevé de tous les ESSMS.

3- Dysfonctionnements dus à l'utilisation d'une démarche d'évaluation au sein des établissements

3-1- Un dysfonctionnement fondé sur des pratiques managériales sans référence à l'évaluation

Tous les textes indiquent que l'évaluation reposant sur une méthode doit être participative car "avancer de façon méthodique dans ce questionnement permet de **repérer collectivement** les points forts et faibles, les améliorations à engager et **le niveau d'organisation à interroger** au regard des effets pour les usagers."

On ne peut être plus clair sur les effets induits par l'évaluation. Par contre, comment ce "collectif" peut-il se mettre en place quand il repose sur "la personnalisation, l'évaluation des besoins et attentes"? Chacun de ces éléments constituent l'effet a réalité de l'**accompagnement** (finalité de l'évaluation) alors même que non seulement la loi de 2002 ne définit pas ces termes (ces concepts?) et qu'elle les utilise de façon anarchique?

Ainsi, comme le fait remarquer le sociologue R. Vercauteren, "au regard de la loi de 2002, le terme « accompagnement » n'est jamais défini en soi. Il apparaît comme une « notion entendue » n'ayant pas besoin de clarification. Pourtant, parallèlement, les nombreuses références à l'accompagnement vu sous des angles différents n'est pas sans interroger sur la façon dont il doit être appréhendé, même s'il reste fondamentalement à définir par les personnes ayant à le mettre en application dans leurs pratiques."²⁰

Cette dernière remarque met en relief la nécessité d'un management:

- qui favorise les échanges au sein des équipes,
- ou, à défaut, d'utiliser des définitions en correspondance avec les attentes des personnels
- ou encore permettant de remettre objectivement en question des pratiques parfois très anciennes.

Comme le fait remarque l'ANESM, "avancer de façon méthodique dans cette démarche (d'évaluation) permet d'identifier collectivement (...) le niveau d'organisation, à interroger au regard des effets pour les usagers."

Les recommandations de l'ANESM sont, au niveau managérial, tout à fait précises: "l'accompagnement est toujours pluridisciplinaire; la circulation des informations, la cohérence des interventions sont gages d'efficacité".

Cependant, les modèles managériaux, quels que soient les choix des directions, ne peuvent se concevoir que quand les concepts utilisés dans les pratiques sont bien compris, analysés, intégrés au travail, et en d'autres termes **évaluables**.

Le dysfonctionnement naît ici d'un manque de définition des termes, lesquels ne sont accessibles aux différents personnels qu'en révisant les modèles managériaux préexistants. Même si chaque équipe peut avoir ses propres définitions, celles-ci n'en sont pas moins obligatoires. Or les équipes sont peu rôdées à ce genre d'exercice de définition, créant de fait un hiatus dans l'exploitation qui pourrait être mise en place de l'évaluation.

3-2- Des changements induits par les évaluations peu compris comme des marques d'évolution de la culture gériatrique et de l'accompagnement des personnes âgées

²⁰ Voir annexe 4, extrait de l'ouvrage de Vercauteren R et Personne M., 2009, Accompagner les personnes âgées fragiles, éditions ERES, 146 pages, chapitre 2.

Ce questionnement n'est cependant pas très éloigné du précédent. Il pose toutefois une autre dimension managériale: la capacité des directions à concevoir dans leurs établissements que l'évaluation introduit un changement. Le changement doit se comprendre comme un **processus continu d'évolution d'une organisation**, faute de quoi il risque de développer des refus et des résistances.

Pour cela il est nécessaire de concevoir l'évaluation comme partie intégrante de ce processus d'évolution, et non comme un système d'intervention sporadique ou épisodique. Ce principe ainsi retenu est d'ailleurs formulé à plusieurs reprises par l'ANESM. La question qui est donc posée est la capacité des établissements à intégrer cette notion. D'évidence, la place d'une direction est centrale dans cette acceptation, à condition toutefois de faire de leur établissement une structure médico-sociale et non médico-centrée.

Le choix est important car il implique une rupture avec des représentations qui se réfèrent avant tout à des pratiques médicales et non, objectivement, à des pratiques médico-sociales. Entériner cette notion de médico-centration, qui appartient à l'histoire de la "prise en charge" des personnes âgées en France, c'est poursuivre un mode de lecture de la personne âgée comme "personne malade", **introduisant des normes médicales comme prévalentes sur la vie sociale**.

En ne faisant pas référence à cette notion de rupture, l'idée est dès lors entérinée que les "normes" de prises en charge et d'accompagnement relèvent d'une seule conception, ce qui n'est pas sans troubler certains personnels qui finissent par ne s'appuyer, pour fonctionner, que sur "l'avis médical". **Dans cette condition l'évaluation devient dogmatique et perd de son sens d'ouverture vers de nouvelles dimensions managériales**.

Alors même que la culture des établissements devient un peu plus sociale (reconnaissance des animateurs, valorisation de la locution "vie sociale"²¹...), le contrepoids de la culture médicale et de la culture administrative trouble largement des orientations managériales d'ordre participatives. De ce fait, le dysfonctionnement relevé ici repose sur l'impossibilité de certaines directions à imposer des modes participatifs relevant de l'interprofessionnalité et donc du partage au sein des équipes.

Cette forme de blocage culturel apparaît assez naturelle à beaucoup d'échelon de la hiérarchie de l'équipe dans les EHPAD, faisant en sorte que l'évaluation ne peut pas être mise en route au sein des établissements pour des raisons de remise en question organisationnelle.

3-3- Des dysfonctionnements associés à une évaluation qui n'est pas une notion suffisamment lisible pour permettre une meilleure prise en charge (accompagnement) des populations âgées

Si l'évaluation est généralement comprise comme enjeu de la qualité, il n'est pas sûr qu'elle apparaisse lisiblement comme telle à ceux qui ont la charge de la mettre en place dans l'exercice de leur fonction.

Au niveau des familles, la demande n'est pas systématiquement celle de la qualité au sens où le concept est sensé la définir. Leur préoccupation première est souvent de trouver, généralement "dans l'urgence", un "lieu de placement". Le manque évident de Maisons de

²¹ on parle de Conseils de la vie sociale, ou encore d'accompagnement à la vie sociale, ou encore de réseaux sociaux, sans compter que l'animation en gérontologie prend souvent l'appellation d'animation à la vie sociale. Ce sont autant d'approches qui n'existaient pas voici moins d'une décennie.

retraite en France et une politique de maintien à domicile qui apparaît parfois couteuses, ceci associé à des dépendances de plus en plus extrêmes justifient la position de ces familles. Dans ce contexte, la participation à la vie sociale devient secondaire.

La médico-centration plus haut évoquée est aussi une demande des familles comme de beaucoup de personnes âgées. Inscrits dans ce modèle, ces acteurs ne voient pas la qualité comme importante dès lors qu'elle ne concerne pas cet aspect. Ainsi, toute approche qui n'est pas directement en lien avec ce type de prise en charge n'apparaît pas comme nécessaire.

Dans le concret, on considérera que le poids du regard extérieur enferme les établissements dans des pratiques dont la finalité est plus de répondre à une demande standardisé autour de modèles populaires que de véritablement chercher la personnalisation. Confondant "attentes" et "besoins", ces structures apportent des réponses qui peuvent être éloignées d'un accompagnement qui n'aurait pas été défini.

Ces constats conduisent à concevoir un dysfonctionnement né de représentations du rôle et du sens que peut avoir un EHPAD. Dans cette optique, le recours à une évaluation qui d'évidence proposerait des changements ne semble pas toujours pertinent à des équipes en place dans ces établissements. Le poids des pratiques sociétales devient de la sorte un handicap à la progression des établissements, n'incitant pas les directions à modifier leurs approches.

3-4- Des raisons objectives pour lesquelles les acteurs de terrain qui ne peuvent pas avoir la meilleure appropriation possible de l'évaluation comme source de dysfonctionnement.

En ayant à sa disposition la seule grille AGGIR qui ne donne qu'une appréciation plus que limitée et parcellaire de la personne accueillie, les personnels n'ont pas objectivement la possibilité d'approcher réellement l'évaluation de la personne.

Cette réalité qui est sans doute la première, ne doit pas en occulter trois autres:

a- le turnover des personnels de niveau 5 dans beaucoup d'établissement (de même que les temps partiels), ainsi que le rythme de travail auxquels ils sont soumis ne permettent pas d'installer à la base les principes d'une évaluation. **La "longévité" des personnels à leur poste serait un gage d'appropriation des principes d'évaluation.** Cela est plus particulièrement vrai dans le domaine du privé à but non lucratif.

b- **la formation des personnels jusqu'au niveau 2 n'inclut pas, en général, dans le cursus le principe de l'évaluation.** La seule formation interne des personnels en EHPAD est sous la responsabilité du médecin coordonateur qui, soit la focalise sur les aspects "soins", soit ne la dispense pas du tout, soit n'est pas lui-même en capacité de transmettre des savoirs qu'il n'a pas systématiquement. Il va de soi que la qualité de "médecin" ne donne pas systématiquement les connaissances pour aborder l'évaluation. Ceci est d'ailleurs corroboré par notre remarque (chapitre 1) précisant que les médecins sont les moins participants de la démarche d'évaluation.

c- quand elles ont une certaine ancienneté ou simplement quand les anciennes pratiques font référence, les équipes ont peu d'enthousiasme pour rechercher des changements, lesquels peuvent être apportés par l'évaluation.

*Ces éléments font directement référence à une **culture gérontologique défailante**, ne cherchant pas systématiquement son identité à travers des repères qui lui sont spécifiques.*

Les repères se construisent autour de fonctionnements d'équipe adaptés à la réponse qualitative dans les établissements, favorisant l'appropriation de l'évaluation par le partage.

3-5- le fonctionnement des équipes qui ne permet pas de comprendre les enjeux de l'évaluation à l'origine de dysfonctionnement

L'enquête de l'ANESM (2009) apporte la réponse: **36% des personnels ne sont pas prêts à s'engager dans la démarche qualité.**

A cela s'adjoint le fait que 65% des interrogés avouent "ne pas avoir le temps" de s'engager dans la démarche qualité.

Ces deux arguments suffisent à expliquer les difficultés pour entrer dans une démarche qualité:

- avec les acteurs actuels,
- et/ou avec des acteurs qui ne trouveront pas les ressources nécessaires pour les dynamiser ou les inscrire dans une autre organisation de leur travail.

Mais ces arguments démontrent avant tout que **le sens de la démarche qualité n'est pas comprise ou pas suffisamment comprise pour être comprise comme des priorités dans les établissements.**

Il ne s'agit toutefois pas de confondre les choses, ne pas s'engager dans la démarche qualité parce que l'on n'est pas prêt ou que l'on manque de temps ne signifiant pas systématiquement qu'on n'en connaît pas les enjeux. Par contre, cela signifie que ces types de frein est suffisamment prégnant pour les faire passer devant les enjeux.

*Ainsi, **même si les enjeux peuvent être connus du personnel, ceux-ci ne peuvent s'opposer aux aspects organisationnels d'un établissement.** Le quotidien tel qu'il est semble suffisamment opérationnel pour que d'autres enjeux apparaissent plus secondaires pour atteindre la qualité.*

Il va alors de soi que les méthodes d'évaluation ne sont pas à la portée de tous les responsables d'établissement, soit pour des raisons de carences dans les formations, soit pour des raisons de manque d'échange entre les établissements et les différents acteurs du territoire.

Chapitre 4

Pistes opérationnelles pour conduire une démarche d'évaluation et d'amélioration continue à travers un management fondé sur le processus

Les pistes opérationnelles que nous allons présenter relèvent de pratiques déjà instruites dans certains établissements, parfois sous des formes diverses et variables. La démarche globale reste cependant comparable, ce qui nous permet d'en donner de façon synthétique les lignes essentielles. Le but de ce chapitre est donc conforme à la demande de notre mission qui est de poser une *"réflexion visant à proposer des pistes pour une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans le secteur médico-social consacré aux personnes âgées"* dès lors qu'il va servir d'image concrète à nos propos.

Dans ce contexte, nous considérerons cet exemple comme tel, c'est à dire illustratif, et non comme "exemplaire".

La recommandation de l'ANESM (plus haut citée et analysée) demande de décliner des objectifs communs avec des réponses précises aux questions suivantes :

- Quels sont les objectifs spécifiques poursuivis au regard de la population accompagnée et des missions ?
- Quels sont les engagements pris, les ressources disponibles en termes de repères réglementaires ?
- Quelles sont les modalités d'articulations entre les métiers, les modalités de coordination, d'information, d'organisation interne ?
- Quels sont les effets attendus et recherchés pour les personnes accompagnés ?

Ces demandes questionnent un niveau de mise en œuvre en matière des pratiques, mais aussi la qualité des processus. Il convient donc de s'interroger sur le sens et le contenu que l'on peut mettre au terme « processus ».

Partant de là, le présent chapitre se construira autour de deux axes:

- les préalables pour mettre une nouvelle organisation en place à partir de l'évaluation interne
- l'analyse de certains outils mis à disposition dans cette mise en place

1- Les préalables pour inclure le "processus" dans le mécanisme de l'évaluation interne²²

1.1 L'approche processus : un concept qui nécessite une méthodologie précise

Le "management par processus" consiste à porter une vision transversale sur l'établissement "par un enchaînement et un pilotage coordonnés des différentes activités créatrices de valeur pour le résident et les autres parties intéressées".

Cette vision se démarque des organisations traditionnelles souvent utilisées dans le secteur gérontologique, dites verticales calquées uniquement sur les organigrammes et les fiches métiers.

Dans le premier cas, le "processus" se justifie par le regard porté sur l'activité de l'établissement en coordonnant chacune de ses "productions" de façon à arriver à une cohérence globale; **dans le deuxième cas**, les organisations traditionnelles sectorisent le

²² On verra l'annexe 5 consacrée aux enjeux et étapes de la démarche processus, ainsi que sa description méthodologique.

travail en l'enfermant dans des résultats peu accessibles à l'ensemble des personnels, dès lors que ceux-ci ne sont pas concernés à des niveaux identiques.

On notera toutefois que cette approche processus n'est en rien opposable à un management par objectif qui, on le comprendra, est d'une autre nature. Retenons cependant qu'il ne peut y avoir de management par processus si les objectifs ne sont pas partagés à tous les niveaux de la hiérarchie de l'établissement. Dès lors, la connaissance des objectifs de qualité est indispensable dans une structure, et de façon générale:

- la qualité des interventions (régularité de l'action par rapport aux directives générales),
- la qualité des services rendus (analyse de la satisfaction de l'usager)
- la qualité de l'activité globale, souvent plus en rapport avec la production qu'avec l'action recherchée par la qualité

L'approche processus peut apparaître complexe si elle n'est pas bien comprise dans ses enjeux et intégrée comme méthode. Elle ignore les frontières internes liées à l'organisation purement hiérarchiques et vise à adapter les différentes entités de la structure pour former une série de chaînes d'activités, homogènes et maîtrisables.

La définition du terme processus renvoie à un « ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie »²³.

Comme beaucoup d'approches concernant le médico-social, celle-ci est issue du monde industriel qui l'a utilisée notamment pour rapprocher le secteur commercial du secteur de la production, permettant ainsi de satisfaire, voire d'anticiper l'ensemble des attentes que ce dernier exprime en amont.

L'établissement qui déploie une approche processus a pour finalité de :

- répondre aux besoins et attentes des usagers,
- **donner un sens au travail des personnes** pour améliorer l'efficacité et l'efficience des processus pour lesquels ils agissent,
- déterminer leurs missions et contributions dans l'obtention de la satisfaction des résidents.

Elle permet aussi des gains significatifs en terme de coûts, parce qu'elle est fondée sur :

- la détection et la correction des dysfonctionnements,
- la prévention des erreurs
- l'utilisation optimale des ressources.

Enfin, elle vise une dynamique d'amélioration permanente et de ce fait :

- les améliorations résultant des changements sont mesurables et mesurées
- la maîtrise des interfaces est améliorée par une meilleure :
 - compréhension et prise en compte des besoins et des contraintes de chacun,
 - communication entre entités structurelles,
 - définition des circuits d'informations et de prises de décisions.

1.2 Caractéristiques, vitalité d'un processus et référence à l'évaluation interne

Décrire un processus consiste à le caractériser pour mieux le comprendre, l'analyser, le piloter et l'améliorer.

²³ L'entreprise orientée processus, Patrick Mongillon, Afnor

La description d'un processus implique les actions suivantes :

- Définir le processus permettant d'aboutir au résultat souhaité
- Identifier et mesurer les entrants et sortants du processus
- Identifier les interfaces du processus avec les fonctions de l'établissement
- Définir clairement la responsabilité pour le management du processus
- Identifier les clients et fournisseurs internes et externes au processus
- Lors de la conception des processus, prendre en compte les étapes du processus.

Pour réussir l'approche processus, il est nécessaire de se rappeler en permanence la finalité de la démarche ; en effet il n'agit pas de s'organiser en fonction d'une tâche à accomplir, mais d'un résultat à atteindre : meilleure satisfaction des résidents, réduction des anomalies en particulier.

L'évaluation interne demande d'interroger toute une démarche qu'elle nomme elle-même « appréciation de la qualité des processus mis en œuvre »²⁴, sans vraiment l'expliquer et surtout sans avoir vérifié si le secteur dans son ensemble l'avait "apprivoisé". Ainsi, à ce jour, force est de constater que le secteur est plutôt organisé en phase verticale, avec des cloisonnements permanents dus à l'histoire du secteur mais aussi au mode de financement (hébergement, dépendance, soins) qui positionne dans des compartiments le personnel, voir le découpe en part budgétaire.

De ce fait la portée de l'évaluation interne est quelque peu difficile à prendre en considération, et le risque pourrait être de bâtir quelques processus pour répondre à la réglementation plutôt que de construire une véritable démarche.

1.3- L'engagement de la direction et l'adhésion des cadres au "processus": une bonne compréhension de l'évaluation interne

La démarche de l'évaluation interne trop souvent considérée comme "évidente" ne bénéficie pas d'une explication claire pourtant nécessaire pour l'adhésion de tous, comme nous le soulignons dans notre précédente approche. Devant les ambiguïtés des termes, il serait pertinent que la Direction précise les raisons de son engagement dans l'évaluation et propose une communication stratégique s'inspirant des principes proposés par H.Mintzberg²⁵ :

- Plan : un plan de travail avec ses étapes
- Play : un temps d'écoute sur les questions ou résistances
- Pattern : possibilité pour les professionnels de faire des propositions
- Position : l'exigence de réalisation
- Perspective : La communication de l'évaluation

L'article 22 de la loi 2002-02 du 2 janvier 2002 indique que l'évaluation interne doit être conduite : "...au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées....".

En faisant référence aux "bonnes pratiques", la loi tend à faire glisser l'évaluation vers une pratique de contrôle et de conformité à des normes, risquant d'enfermer le personnel dans une tâche à accomplir plutôt que la participation à une activité. Ceci nous éloigne de la démarche "processus".

²⁴ La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services, Anesm, juillet 2009

²⁵ Référence?

Il convient donc de rassurer le personnel et de bien rappeler que la réglementation laisse la possibilité aux structures d'avoir recours à leurs propres références à condition bien évidemment qu'elles ne soient pas contraires à celles validées par l'ANESM.

Le directeur est ainsi au cœur d'une vision dynamique du concept de « bonnes pratiques » pour qu'elles puissent s'intégrer dans les valeurs institutionnelles mais aussi en les inscrivant dans des perspectives d'évolution.

Toutefois, il est nécessaire de se donner quelques critères pour apprécier la qualité d'une pratique. Elle doit être

- le produit d'une réflexion collective
- concilier efficacité technique et acceptabilité éthique
- cohérente, pluridisciplinaire et partenariale
- bien traitante
- pensée comme perfectible, avec toujours la possibilité d'avoir une meilleure pratique.

1.4 L'évaluation : une opportunité managériale si...

Si la démarche d'évaluation est généralement intégrée au projet de l'établissement, elle se doit cependant de prendre en compte la culture institutionnelle qui peut être appréhendée au travers des rites, des croyances, des symboles... Il en est de même pour la structure organisationnelle.

Comment se lancer dans un vaste programme qui consiste à la fois à lancer une démarche d'évaluation et éventuellement modifier des aspects managériaux si tous ces éléments ne sont pas favorables ?

Il convient donc au préalable de commencer à supprimer certaines routines organisationnelles (si nécessaire) et de montrer le bien fondé de la démarche. L'évaluation ne saurait apparaître comme une action superposée, ni être le seul moyen de faire évoluer les pratiques.

En fait, vecteur de sens et de la mobilisation des acteurs, l'évaluation peut être un moyen de mettre en mouvement les pratiques professionnelles mais à condition que le terrain soit propice...

Cela signifie que le climat social sera favorable et que la clarté des intentions puisse être manifeste dès le début : passer d'une logique de jugement qu'induit généralement le contrôle à celle d'une analyse critique de l'organisation partant de l'évaluation n'est pas toujours aisé

2- Des outils à adapter

Un certain nombre d'outils, qui font partie de la panoplie qualitative de l'accompagnement des résidents, sont incontournables²⁶. Ils ne touchent toutefois pas directement aux pratiques professionnelles. Ils constituent de toute évidence un préambule à la démarche d'évaluation car ils affichent la prestation attendue qui peut être rapprochée de celle qui est proposée.

On trouve ainsi, dans un contexte de mise en pratique:

2-1- le livret d'accueil :

²⁶ Voir supra.

Sur le principe et dans ces objectifs, il permet à un futur usager de connaître précisément l'étendue des services mis à sa disposition (article L 311-4). Il est donc remis à l'usager ou à un représentant (légal ou familial ou encore un aidant désigné et identifié comme tel) lors de la venue dans l'établissement. Il est à noter que les deux principaux documents qui lui sont annexés sont la charte des droits et libertés (arrêté du 08 septembre 2003) et le règlement de fonctionnement (article L 311-7).

Sur l'intention de ce projet, aucun commentaire ne peut être fait: il s'agit d'un outil nécessaire. L'apport de l'évaluation interne repose sur trois dimensions:

- ce livret d'accueil est-il compris par l'usager, c'est à dire à la fois lisible et en rapport avec les attentes du résident
- ce livret d'accueil est-il commenté par la personne qui accueille le résident, ce qui doit correspondre à une amorce de discussion avec la personne entrante
- le résident a-t-il lu le livret.

Le livret peut être un premier outil facilitant la construction du projet personnel du résident²⁷ vers lequel tend la recherche de la qualité de la vie du résident en établissement.

2-2 Le règlement de fonctionnement :

Il s'agit d'un outil permettant la connaissance de l'organisation de l'institution et la définition des droits et devoirs de l'usager citoyen.

Cet outil n'est pas anodin car il peut baliser certaines pratiques professionnelles attendues par le résident, mais non systématiquement adaptée à son cas. Ainsi, il peut être affiché dans ce règlement l'intention de ne pas répondre mécaniquement au résident de faire sa chambre si celui-ci est en capacité de le faire.

2-3- Le conseil de vie sociale (article L311-06):

Il constitue une instance de consultation pour l'élaboration du règlement de fonctionnement, le projet d'établissement, mais il peut aussi prendre position et donner son avis sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement

Cet outil prend tout son sens si les axes de progression révélés par l'évaluation s'intéressent à l'évolution et à l'adaptation de l'accompagnement global des résidents. Le CVS n'ayant pas pour mission de répondre aux attentes de personnes, mais d'améliorer les services rendus à chacun par le collectif, on comprendra que de sa dynamique va dépendre l'amélioration de la qualité.

2-4 - Le contrat de séjour:

Il est conclu entre l'usager ou son représentant légal et l'institution; il présente les conditions et la nature de la prise en charge. On considèrera qu'il représente « le menu » ou encore la gamme de services proposés dans leur diversité.

²⁷ On pourra faire notre cette réflexion de R. Vercauteren, sociologue, déjà cité: "Il n'est pas certain que le terme projet soit le meilleur quand on s'adresse à des personnes particulièrement atteintes, tant sur le plan cognitif que moteur, population que l'on retrouve majoritairement dans nos EHPAD. On peut aisément lui substituer les locutions: "expression des attentes" ou encore "recueil des aspirations de la personne". Ainsi, partant de là, c'est le personnel qui pourra construire le projet de la personne, qui, confronté au projet institutionnel pourra devenir le projet personnalisé vers lequel nous devons tendre. Commenter avec le résident ou ses représentants le "livret d'accueil" peut parfois constituer un bon déclencheur de ces expressions". (Extrait de conférence, Marseille, Juin 2010)

Le contrat de séjour définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou l'accompagnement en lien avec les principes déontologiques et éthiques, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et le projet d'établissement. Il peut être aussi un outil pédagogique visant à réguler des conflits futurs.

Il est remis à l'utilisateur, par une clause spécifique, que l'établissement s'engage à produire avec le bénéficiaire, à l'aide d'un avenant dans les six mois, un projet personnalisé, visant à l'affinement et à la personnalisation complète de la prise en charge.

Si cet outil constitue une référence indispensable à la reconnaissance du respect de la personne, il risque cependant dans certaines circonstances, de rester assez formel. C'est le type de management du personnel, avec une forte incitation à la motivation, qui sera déterminant dans la prise en considération des contenus de cet outil, faisant en sorte qu'il dépasse la seule intention.

2-5- Le projet d'établissement:

Ce projet, dont nous avons dit plus haut qu'il devait être indispensable pour la construction de l'évaluation, est élaboré pour définir les orientations en matière de coordination, de fonctionnement, de coopération et d'évaluation des activités et des prestations proposées. Il est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale.

Il poursuit plusieurs objectifs :

- il répond aux besoins généraux des usagers, avec notamment la possibilité d'inclure à ce niveau les axes d'un projet individualisé
- il est le fil conducteur de l'évolution des pratiques professionnelles en faisant valoir des idées fortes; il est en quelque sorte un référentiel technique.
- il permet une bonne lisibilité des principes qui guident les choix d'organisation du travail. Il est le lien avec les principes éthiques de l'établissement
- il constitue un véritable outil de management qui fédère les acteurs, tout en restant ouvert pour permettre l'expression et la prise d'initiative.

Ce projet d'établissement peut (voire doit) au regard des résultats de l'évaluation interne, évoluer à un rythme laissé à la discrétion des directions. Il ne serait toutefois pas inutile d'en faire une relecture à l'issue des résultats de l'évaluation interne

2-6- La « personne qualifiée » (article L 311-5 du CASF)

Elle a pour mission d'aider à faire valoir les droits de l'utilisateur ou de son représentant légal. Ainsi elle ne s'entend pas comme étant un médiateur, mais comme un défenseur visant à protéger les intérêts de la personne âgée.

2-7- Préparer le recueil de données des besoins et attentes du résident

Si en soi le fait de préparer le recueil de données n'est pas un outil, le principe appartient cependant à la méthode de l'évaluation interne. Cet acte est de ce fait fondateur des différents outils et va de ce fait en influencer leur sens.

La formulation des besoins et attentes est souvent construite autour d'une mesure des incapacités et des ressources humaines disponibles. La réalisation a lieu à deux moments

soit au cours d'une demande d'admission ou en vue d'élaborer ou de réviser le projet personnalisé²⁸

Comme le précise la recommandation de l'ANESM: *"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..."*

3- Autres outils de travail spécifiques qui dépassent les outils légaux

Il va de soi que la description des précédents outils, même s'ils demandent des adaptations spécifiques à chaque établissements, restent en grande partie des outils formels et standardisés. Nous proposons ici l'observation d'outils qui vont au-delà, qui parfois peuvent se substituer à ceux-ci, mais qui ont tous fait les preuves de leur efficacité lors de leur mise en œuvre, à l'issue d'une période d'évaluation interne.

3-1- La démarche SMAF

Nota: dans la mesure où la démarche SMAF a été retenue dans certains EHPAD nous nous devons d'en faire une présentation et de comprendre la façon dont il est utilisable. Nous ne sommes donc plus, comme dans le paragraphe précédent dans le cadre d'outils communs et obligatoires à tous les EHPAD, mais dans le choix de certains établissements. Ce choix montre la latitude qu'ont les directeurs d'établissement pour comprendre comme il leur semble meilleur de le faire les critères d'évaluation²⁹.

A la suite de nos commentaires précédents, il n'est plus à démontrer que la grille AGGIR n'est pas opérationnelle pour être un véritable outil de collecte de données utilisables de façon qualitative. Face à cela, l'utilisation du SMAF a été préférée dans certains établissements. Il s'agit d'un outil Québécois, créé en 1983 Par R.Hébert et qui aujourd'hui constitue une base de référence sérieuse puisqu'il est utilisé majoritairement au Québec.

Mis en place depuis 2001 dans certains EHPAD, le SMAF est progressivement devenu au-delà d'un outil, une véritable démarche conduisant à la mise en place d'une *"culture gérontologique"*³⁰. Il permet de répondre à la demande de chaque personne, mais également de dresser un plan d'intervention adapté. Cet outil a été conçu à partir de la prise en compte de deux concepts : l'incapacité et le handicap.

Ces deux concepts ont été développés par l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) dans un modèle qui distingue deux niveaux dans les conséquences individuelles et sociales des maladies et traumatismes. Ainsi, l'incapacité correspond à toute réduction partielle ou totale de la capacité à exercer une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain; le handicap, correspond quant à lui à un désavantage social, pour une personne, résultant d'une déficience qui limite ou interdit l'accomplissement de ses rôles sociaux.

²⁸ Voir en annexe 4 les définitions des différents projets.

²⁹ Voir en annexe 5 la méthodologie du SMAF que nous ne développerons dans le présent chapitre que de façon brève et suffisante pour comprendre le sens de nos propos.

³⁰ La locution "culture gérontologique" a été pour la première fois utilisée et définie par Connangle S. et Vercauteren R., 2007, *Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées, La culture gérontologique dans les équipes multiprofessionnelles*, Editions ERES, 141 pages. Cette locution est désormais introduite dans le dictionnaire thématique de la Gériatrie sociale, Novembre 2010; édition ERES.

De façon formelle, le SMAF peut apparaître comme un outil utile à la gestion des temps d'intervention des équipes auprès des personnes âgées dans l'établissement. Toutefois, au-delà de cet intérêt, sa particularité première réside dans le fait qu'il prévoit le résultat en « heures soins » avec une identification complémentaire des ressources intellectuelles dont continue à disposer la personne.

L'évaluateur choisit avec la commission d'évaluation l'énoncé qui reflète le mieux l'incapacité de la personne concernée et lorsque le niveau est établi, il vérifie si les ressources intellectuelles et sociales combleront cette incapacité. L'écart entre les incapacités et les ressources de l'usager détermine alors son niveau de handicap. Le handicap est nul si l'usager a les ressources nécessaires pour combler cette incapacité ; inversement si l'usager est sans ressources ou que l'aide apportée est insuffisante, le handicap devient proportionnel à l'incapacité.

La pertinence de cette méthode permet d'avoir une vision globale et rapide de la personne, non pas de son incapacité, mais de son handicap, et, de façon incidente, de joindre en annexe du contrat de séjour le plan de soin individualisé issu des données du système.

La grille d'évaluation en soi est conçue comme une grille unique d'évaluation. Aucune partie de l'évaluation n'est propre à une profession en particulier, ce qui laisse la place à l'émergence d'une *culture gérontologique*. Ainsi, tous les intervenants, quelle que soit leur discipline, peuvent la compléter après une séance de formation. Les informations recueillies sont descriptives et rapportent le plus fidèlement possible les propos de la personne évaluée.

Un tel outil semble aussi adapté dans le cadre de la lutte contre la maltraitance car il permet d'apporter une réponse la plus proche possible du besoin identifié. Soulignons enfin qu'il permet d'identifier les insuffisances de compétences.

Depuis 2005, l'outil permet en plus de créer quatorze profils ISO-SMAFS pour harmoniser les pratiques sur des groupes identifiés et ainsi de répartir une offre de service de qualité tant au niveau territorial, qu'en institution.

3-2- L'enquête par entretien

Le SMAF n'a pas, malgré ses apports incontestables, pour objectif ni prétention de guider la personne âgée dans ses choix et donc de la priver de sa liberté fondamentale à accomplir tel ou tel acte. Comme pour toute évaluation, il est indispensable de rester vigilant et ne pas perdre le fil conducteur du projet personnalisé qui reste bien de **répondre à une demande globale ce qui ne peut correspondre à satisfaire les seuls besoins.**

C'est pour cela que la collecte des besoins ne peut se limiter à une grille qui demande à être complétée par la conduite d'entretiens auprès de chaque personne pour aller recueillir le maximum d'informations. Pour ce faire, la **création d'un guide d'entretien** s'avère nécessaire. Ce guide détaille la conduite de l'entretien, les objectifs définis et surtout l'utilisation qui peut en être faite.

L'enquête, organisée, repose sur trois axes :

- L'état de santé et sa perception
- La personne (autonomie fonctionnelle, autonomie psychologique..)
- L'environnement social.

Il est important de choisir des items pertinents et de fixer également ce que l'on recherche pour aller au plus vite vers une analyse globale qui peut être comparé aux résultats issus de l'outil SMAF ou d'autres entretiens.

3-3- L'observation continue

Même si les équipes bénéficient d'outils qui peuvent être utilisés comme "guides-repères" ou encore comme « feuille de route », elles doivent aussi faire preuve d'initiatives et de créativité. La réalisation de tâches plus ou moins mécaniques et techniques n'est pas une fin en soi, nécessitant d'être rapprochées d'une logique de savoir faire où l'action produite a un sens.

Il apparaît que l'observation continue peut être un moyen de suivre cette logique, à condition de respecter différentes étapes indispensables à la mise en place de la relation de service :

- **Prendre conscience** que la difficulté d'accompagner une personne fait appel à du professionnalisme
- **Prendre connaissance de la personne** : Il paraît difficile de mettre en place un projet sans bien connaître la personne, d'où l'utilité de mettre en place un outil multidimensionnel
- **Être en confiance** : comme toute relation, elle ne peut se concevoir que dans un rapport de confiance et c'est à ce moment-là que les attentes de la personne peuvent plus facilement être détectées.

L'observation permet un travail sur le comportement manifeste plutôt que sur des déclarations de comportement et elle doit être plus ou moins effective suivant les moments de la journée et les événements non habituels.

4- Autres outils en référence à l'évaluation de la qualité

4-1- Rechercher une finalité professionnelle et élaborer un plan de qualité

Avant de lancer une démarche d'évaluation, il convient de faire un état des lieux de l'établissement et d'organiser une large consultation concernant la finalité et l'objectif d'une telle démarche.

Le premier document opérationnel qu'il est possible d'élaborer concerne la planification de la mise en place de la démarche. Cette planification consiste en un document qui donne des indications complètes sur :

- le projet qualité
- les acteurs
- les moyens
- la programmation dans le temps.

Le plan qualité³¹ qui découle de cette démarche s'appuie sur plusieurs chapitres impliquant directement l'évaluation qui apparaît ici encore totalement nécessaire :

- le cadre déontologique : il convient d'intégrer l'histoire et la culture de l'établissement qui place le respect de la personne accueillie au centre des préoccupations ;
- l'organisation de l'évaluation et de la qualité de l'établissement : il s'agit d'afficher les objectifs et les engagements concernant l'évaluation et la qualité des services proposés par l'établissement. Les personnes et les instances responsables de l'évaluation et de la qualité

³¹Editions Weka, Evaluation et qualité élaborer un plan qualité (compléter la référence)

sont désignées. L'organisation opérationnelle de l'établissement est présentée avec les spécificités qui sont mises en valeur.

L'accent est aussi mis sur les points faibles de l'organisation en place:

- la coordination des intervenants professionnels : Il s'agit de mettre en avant le besoin et les moyens de travailler en équipe et en réseau
- la communication interne et externe sur la démarche : le plan évoque tous les moyens et outils de communication au sujet de l'évaluation et de la qualité. Il peut s'agir des réunions d'information et de sensibilisation des acteurs
- la présentation des services proposés : ce chapitre détaille l'analyse de la demande, l'offre de service, la réalisation du service et les actions préventives et correctives ;
- la gestion des documents d'évaluation et de qualité : on définit ici les conditions et les modalités de gestion de la diffusion et du classement des documents d'évaluation ;
- la gestion des réclamations : ce chapitre donne un cadre méthodologique de traitement des plaintes en distinguant l'enregistrement, l'analyse et la réponse ;
- l'évaluation et l'amélioration de la qualité : il s'agit de préciser comment l'établissement entend organiser la vérification de la satisfaction des usagers,
- la synthèse et l'analyse des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM (en effet pour une meilleure lecture et appropriation, il paraît nécessaire de proposer aux équipes des synthèses qui sont facilement utilisables.

4-2- Construire un référentiel de service

4-2-1 Quelques préalables théoriques et opérationnels

Avant d'envisager l'évaluation interne, il semble nécessaire, suivant nos observations, de réaliser une évaluation dynamique qui permet de vérifier que tous les éléments correspondent bien aux définitions réglementaires des missions. C'est aussi un moyen de mener en parallèle la relecture et la réécriture du projet d'établissement. Ce modèle permet d'établir des écarts et d'établir un premier diagnostic qui pourra alimenter par ailleurs le futur référentiel interne.

En vue d'établir un diagnostic rapide³² pour mesurer le degré de mise en œuvre, il est important de cibler certaines thématiques y compris celles qui ne sont pas prévues au niveau des objectifs déployés par l'ANESM. Elles se doivent d'être évaluées au préalable, car elles ont un impact direct sur la qualité.

Le questionnement prévoit d'interroger l'identité et les raisons d'être du service, mais aussi de vérifier si le service a conduit et formalisé une réflexion portant sur les besoins des personnes accompagnées (besoins selon l'âge et la perte d'autonomie).

Il convient de surcroît de vérifier si les moyens mis en œuvre, notamment humains, sont opérationnels et permettent de répondre aux besoins et attentes des résidents sur l'ensemble de la journée.

Enfin, c'est aussi l'occasion de s'interroger sur la qualité du lien qui existe avec les services généraux et de préciser les difficultés rencontrées ; trop souvent l'articulation n'est perçue qu'au travers des différentes interventions qui concernent directement la personne âgée. Toutefois, il ne s'agit pas de s'arrêter là, car l'entretien du linge, la préparation des repas, l'assistance administrative et informatique, les dépannages techniques... sont eux aussi des vecteurs de la qualité. Trop souvent ces services sont réduits à de simples "fournisseurs",

³² Recommandations de bonnes pratiques professionnelles-« la conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés » p23

simplement parce qu'ils ne côtoient pas directement l'utilisateur et de ce fait ne le « comprendraient » pas.

Même si le management d'un EHPAD nécessite de tenir compte d'une culture dominante qui fait référence à l'ensemble des comportements des personnels, il ne faut pas ignorer que des sous-cultures existent tels l'accompagnement et le social, ou encore l'administratif et le technique, toutes ayant leur place dans un EHPAD.

Il apparaît là que la valorisation extrême d'une culture par rapport à une autre occulte le principe même de l'approche globale de la personne âgée et peut être un frein à la promotion de l'autonomie ou une négligence concernant la prévention des risques dans leur ensemble. Il est donc impératif **de voir émerger une culture de synthèse**, culture permettant la transmission entre les sous-cultures.

Celle-ci repose de façon assez évidente sur la recherche d'une meilleure communication entre ce qui deviendrait trois sous-cultures (sanitaire, social et services généraux) au centre de laquelle se situe **l'obligation de trouver un vocabulaire commun**. Sans éliminer l'évidence du poids culturel qu'imposent les années d'études, les références, ou encore les représentations que chacun a de son métier, on ne doit toutefois pas gommer **la nécessité de se comprendre pour répondre à une approche globale.**³³

Aujourd'hui le champ de la gériatrie est trop sectorisé et segmenté en interne au travers de cultures différentes et a des difficultés pour s'intégrer dans « un bassin gériatrique » en externe. Ces éléments doivent être pris en compte sans aucun doute dans le recueil d'informations du référentiel interne car ils sont liés directement aux objectifs spécifiquement poursuivis pour l'utilisateur :

- la promotion de l'autonomie
- 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.

4-2-2- Questionnement sur la construction d'un référentiel

Un référentiel doit ici se comprendre comme le moyen de passer d'une évaluation implicite à une évaluation explicite. En d'autres termes, il s'agit d'un outil qui formalise la chose observée et en permet, de façon opérative, la reproductibilité.

Cet outil, qu'il soit issu d'un référentiel externe ou construit en interne est indispensable pour asseoir une évaluation objective et surtout non parcellaire ; en effet, évaluer sans référentiel peut rapidement amener deux inconvénients majeurs: se fixer uniquement sur un point sans avoir de vision globale, et manquer de base méthodologique pour une évaluation pertinente.

Sur le fond, la question est de savoir si un EHPAD doit choisir un référentiel parmi tous ceux existants, ou en construire un, peut-être mieux adapté à sa singularité.

On soulignera d'emblée que la taille de l'établissement, son histoire mais aussi ses ressources disponibles sont des éléments centraux. Cependant, devant les contraintes actuelles, il paraît raisonnable de trouver un bon compromis entre des éléments multiples et complexes.

³³ Gérer la démarche qualité en établissements pour personnes âgées, Sylvain Connangle, Richard Vercauteren p 98, éditions ERES

L'élaboration d'un référentiel fait appel à une approche plurielle, surtout sur le plan conceptuel avec des références communes à plusieurs disciplines (cf notre approche de la pluridisciplinarité et de la culture de synthèse) qui ne peuvent être abordées à la fois que **par un comité de pilotage départemental et traitées à l'interne de chaque institution**.

Certains domaines de références sont communs quelque soit l'établissement, comme :

- les missions et les orientations publiques pour le secteur des Personnes Agées
- le contexte : orientations territoriales et demandes formulées à l'égard du secteur
- les recommandations de bonnes pratiques professionnelles : les axes à retenir par recommandation.

D'autres sont plus spécifiques, comme :

- l'étude des documents internes : projet d'établissement, compte rendu de réflexion, procédures, charte... (Mise en évidence des repères éthiques)
- l'étude des caractéristiques de la population mettant en évidence les besoins et les attentes (rapport d'activité, études qualitatives.....)

Pour illustrer nos propos concernant l'élaboration d'un référentiel par un comité de pilotage, nous prendrons l'expérience effectuée sur le département de la Dordogne et que nous avons pu suivre.

4-2-3- L'expérience de référentiel conduite avec l'ARS Dordogne³⁴

« L'évaluation ne peut s'envisager sans référentiel; c'est pourquoi l'ARS-délégation territoriale de la Dordogne", a souhaité construire un référentiel qualité en EHPAD dont l'objectif est d'accompagner les établissements et services dans la démarche d'évaluation. »

Ainsi, des groupes de travail constitués de gestionnaires, de professionnels, de représentants des usagers, se sont réunis en 2009 et en 2010 pour co-construire collectivement ce référentiel qualité.

L'objectif a été de créer un **référentiel d'auto-évaluation** de la qualité pour les EHPAD en prenant en compte les bibliographies, les référentiels existants et les recommandations en la matière, afin de mesurer la qualité réelle des prestations offertes et d'apprécier ce qu'il sera souhaitable d'améliorer au sein des établissements.

Les travaux se sont appuyés sur les rapports et recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM).

Une proposition de classement des questions a été réalisée en même temps que la proposition de questionnaire :

- Avec des questions à réponse OUI/NON
- Avec des questions à réponses A-B-C-D-NC, afin d'adopter celle du référentiel ANGELIQUE, seule base "juridique" actuelle :

³⁴ On ne confondra pas ici une expérience menée sur un territoire donné (le département pour l'occasion) et une collaboration territoriale qui correspond à rassembler des acteurs complémentaires autour de la mise en place de la démarche qualité dans un EHPAD. La première désigne une recherche dynamique d'acteurs identiques ayant les mêmes préoccupations méthodologiques, la seconde le rassemblement d'acteurs différents ayant pour objectif de construire ensemble une gouvernance adaptée à des réponses multiples

- A: Satisfait dans tous les cas et de manière constante
- B: Satisfait dans la plupart des cas et de manière habituelle
- C: Peu ou partiellement satisfait
- D: Non satisfait, trop peu ou rarement
- NC: Non concerné

Toutefois, les groupes de travail ont opté pour des méthodes de cotation différentes, précisant dans la réponse les degrés de satisfaction.

Le référentiel qualité distingue quatre grandes parties :

- 1^{ère} partie : Le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations
- 2^{ème} partie : L'établissement ou le service dans son environnement
- 3^{ème} partie : Le projet d'établissement ou de services et ses modalités de mise en œuvre
- 4^{ème} partie : L'organisation de l'établissement ou du service

Ce référentiel est donc destiné être un guide pour les EHPAD, sachant que sa construction s'est effectuée sur un territoire restreint, donc proche des réalités locales, et que la participation des différents acteurs permet de lui donner toute sa pertinence.

Dans la pratique, le référentiel proposé demande de mettre en place un **comité de pilotage**, composé des cadres et chefs de service mais aussi des résidents ou/famille.

Il a pour principale missions :

- de reprendre le document de base et de **l'ajuster au regard de la culture institutionnelle** tout en reformulant le document en respectant deux types de formulation :
 - Une description des engagements d'actions ou des modes d'organisation
 - La formulation des effets attendus au regard d'objectifs.
- de définir le cadre ou le périmètre de l'évaluation
- de rédiger l'engagement de la direction relatif à la politique d'amélioration continue de l'établissement
- de définir les responsabilités et les rôles nouveaux issus de la mise en place de la démarche d'évaluation
- de faire régulièrement un bilan des résultats obtenus et des réalisations conduites
- de garantir les moyens nécessaires au bon fonctionnement de la démarche.

Même si une présentation préalable a pu être effectuée dans les EHPAD ayant opté de suivre cette démarche, il est cependant nécessaire de **présenter la démarche au personnel** quand celle-ci est définitivement adoptée par une direction.

L'objectif de cette action est double :

- présenter à l'ensemble du personnel le projet de manière détaillée ce façon à bien faire comprendre ses intentions, ses finalités et ses enjeux,
- constituer les premiers groupes de travail, sur la base du volontariat, ces groupes de travail étant indispensable pour que chacun, à son niveau, puisse voir les résultats de ses engagements et pratiques.

Cette démarche est un importante et indispensable puisqu'elle peut faire levier pour amener l'adhésion des professionnels. Nous avons montré, dans nos précédents développements, **qu'il ne peut y avoir de démarche qualité, issue de l'évaluation, s'il n'y a pas une participation active des différents acteurs concernés**. Avec cette expérience "ARS-Dordogne", nous sommes pleinement dans la réalité d'une mise en place incitative, sur le plan local de la démarche qualité induite par l'évaluation.

Il sera bon d'effectuer à terme une évaluation de l'impact de cette démarche originale, et notamment si elle a été incitative d'un déclenchement d'une évaluation d'une part et d'autre part de son utilisation. Toutefois, et d'ores et déjà, une telle démarche met à disposition des EHPAD locaux une possibilité d'une meilleure compréhension de l'intérêt de l'évaluation.

Chapitre 5

Pistes pour une amélioration de l'appropriation de l'évaluation

Notre développement contenu dans le **chapitre 4** a indiqué des pistes opérationnelles fondées sur les outils visant à utiliser, dynamiser, mettre en place, l'évaluation des EHPAD. Le développement des **chapitres 1, 2 et 3** nous a conduits à préparer des axes de réflexion plus globaux en faisant le constat des dysfonctionnements suivants articulés autour de deux axes:

Axe 1: Dysfonctionnements dus à la mise en route d'une démarche d'évaluation

- les soutiens théoriques et méthodologiques apportés aux directions confus
- l'évolution de la notion d'évaluation depuis les premiers textes la mettant en place à l'origine trop rapide
- Le manque de préalable de la connaissance des populations accueillies ne répondant pas au principe de base de l'évaluation
- l'évolution de la notion d'évaluation depuis les premiers textes la mettant en place n'a pas été explicitée aux acteurs de terrain
- un manque de coordination avec les acteurs territoriaux.
- Des méthodes d'évaluation qui ne sont pas à la portée des dirigeants de structures

Axe 2: Dysfonctionnements dus à l'utilisation d'une démarche d'évaluation au sein des établissements

- des pratiques managériales sans référence à l'évaluation
- des changements induits par les évaluations peu compris comme des marques d'évolution de la culture gérontologique et de l'accompagnement des personnes âgées
- une évaluation qui n'est pas une notion suffisamment lisible pour permettre une meilleure prise en charge (accompagnement) des populations âgées
- Des raisons objectives pour lesquelles les acteurs de terrain ne peuvent pas avoir la meilleure appropriation possible de l'évaluation.

Partant de là, nous formaliserons les pistes de réflexions suivantes:

Piste de réflexion 1: Mettre en place des formations spécifiques (concerne l'axe 1)

Former un personnel intermédiaire visant l'aide à la réalisation du projet. Ce personnel intermédiaire de niveau 3 ou 2 doit se comprendre comme un **coordinateur de l'action** et non comme celui qui va la réfléchir, ce qui n'est pas de sa compétence (direction).

En charge de rassembler les éléments constitutifs du projet et de chercher les sources qui permettront de mener à bien l'action, le personnel de ce niveau existe dans la plupart des structures, mais sans avoir cette mission d'organisation et de coordination de l'action. Il s'agit généralement de ce type de personnel:

- personnel administratif (secrétariat, comptabilité...)
- infirmier coordinateur, animateur coordinateur
- cadre de santé
- ...

Charger ce personnel de cette mission ponctuelle permet de mettre en place les réunions animées par les directions qui conduiront à la réalisation du projet institutionnel.

Piste de réflexion 2: Fédérer les établissements ayant les mêmes problèmes par rapport au projet institutionnel de vie (concerne l'axe 1)

Rassembler des établissements ayant la même problématique de projet institutionnel, et ayant la capacité à partager la difficulté pour y répondre. L'organisation de ce type de rassemblement pose la difficulté de savoir qui prendra l'initiative de le déclencher et le manager. Notre exemple de l'initiative Dordogne peut constituer un support concret à cette proposition de piste de réflexion (chapitre 4, paragraphe 4-2-3).

Piste de réflexion 3: Formaliser définitivement la nécessité d'un projet institutionnel (concerne l'axe 1 et 2)

Expliquer de façon incitative l'intérêt du projet institutionnel de vie comme préalable à l'évaluation, ceci à travers un texte officiel et un accompagnement de celui-ci dont la forme doit être recherchée, la sensibilisation devant constituer l'axe central de cet accompagnement.

Cette piste de réflexion demande de formaliser l'intérêt de l'évaluation par un moyen dont on voit mal qu'il soit autre que la production d'un livret explicatif. Toutefois, comme nous le soulignons, tout support peut être étudié. Notre réflexion montre surtout qu'il peut être intéressant de monter une commission dont la spécificité serait de promouvoir l'évaluation dont l'une de finalité serait, à partir de conseils méthodologiques, de se focaliser sur les enjeux de l'évaluation.

Partant de là, plusieurs pistes de réflexions pourront s'articuler à la présente sur un plan formel (création d'une commission active visant l'accompagnement méthodologique à l'évaluation)

Piste de réflexion 4: donner les moyens d'évaluer les populations accueillies (concerne l'axe 1 et 2)

L'évaluation de la population étant un postulat de base de la démarche évaluative, elle peut, par dérive d'interprétation, devenir un prétexte pour ne pas s'engager. Il va de soi que la seule proposition à faire est de donner les moyens d'évaluer la population, ce qui demande une décision politique au départ et des moyens, sinon en temps et en budget, du moins en méthode et dynamisation des acteurs locaux, et plus particulièrement des réseaux.

Il faut ici distinguer deux types d'évaluation de la population:

- la population entrante, qui, effectivement demande des coopérations de réseaux. Dans ce cas, une problématique de l'uniformisation de la lecture de la population est posée. En d'autres termes, est-il possible d'analyser cette population entrante suivant des critères identiques? Cela est possible si on accepte l'idée d'une coopération qui se fonde sur la recherche d'outil commun avec les SSIAD, CCAS, CLIC, MDPA, MAIA, SMD... **(Concerne l'axe 1)**
- la population existante dans l'établissement: cette dimension se doit de prendre en considération l'évolution des personnes. Il s'agit donc de concevoir les outils d'une évaluation en continu de la population. Là aussi, la présence d'un outil fiable doit être recherchée. **(Concerne l'axe 2)**

Cette réflexion est probablement à conjuguer avec notre **piste n°3** dans laquelle nous soulignons qu'"il peut être intéressant de monter une commission dont la spécificité serait de promouvoir l'évaluation dont l'une de finalité serait, à partir de conseils méthodologiques, de se focaliser sur les enjeux de l'évaluation". Ici il ne s'agit pas de traiter l'évaluation en terme d'enjeu, mais d'aide méthodologique.

Piste de réflexion 5: construire des outils de coordination gérontologique communs sur les territoires (concerne l'Axe 1)

La territorialisation a fait de notre part l'objet d'un long commentaire (chapitre 2, paragraphe 6-4) pour ce qui est la création d'un outil, sinon commun, du moins exploitable par l'ensemble des acteurs (surtout les structures), du moins exploitable par tous.

Cette piste demande de poser un principe la formalisation de rencontres avec tous les acteurs de la gérontologie sur le territoire couvert par l'EHPAD avec la mission de **construire des outils communs d'évaluation de la personne**. Cette piste est associée à l'idée que tout un territoire est concerné par la qualité de la vie des personnes âgées dans l'établissement. Elle repose sur l'expérience "Dordogne" (chapitre 4, paragraphe 4-2-3, déjà cité)

On notera que **nous ne nous situons pas ici sur un territoire couvert par un EHPAD**, mais sur une territorialité élargie au département. Nous sommes donc bien dans deux dimensions distinctes:

- le territoire concerné par l'EHPAD qui vise la dynamisation d'un environnement restreint et met en exergue les principes d'une nouvelle gouvernance articulée autour des intérêts de la personne
- le territoire "administratif", rassemblant des zones couvertes par plusieurs EHPAD, le département pouvant être la solution au regard de l'expérience conduite en Dordogne.

Cette seconde dimension ici retenue ne vise pas la proximité fonctionnelle d'un EHPAD, mais un rassemblement à un niveau de taille humaine pour réfléchir à des outils communs nous semble donner des résultats plus tangibles qu'une proposition nationale. Il s'agit donc d'un "relais local" qui donne le temps de réfléchir et de mettre en pace objectivement une évaluation.

Piste de réflexion 6: Donner des définitions opérationnelles (concerne l'Axe 2)

Quand le manque de définition ne rend pas lisible les objectifs d'une action (nous avons mis en évidence au chapitre 1 que l'un des freins au recours à l'évaluation pouvait s'ancrer dans le fait que les enjeux ne sont pas bien compris) celle-ci a peu de chance d'aboutir. Cela ne saurait signifier que les évaluateurs n'ont pas eu de définition de l'évaluation ou des projets institutionnels, mais que ces définitions ne sont pas claires pour eux.

Il est évident que la multiplication des "projets", lesquels ont tous leur place dans l'évaluation, n'a pas clarifié leur appropriation depuis un peu plus d'une décennie.

On notera tout particulièrement avec le vote de la loi de 2002 que la notion de projet s'est autant clarifiée qu'elle est devenue complexe, conduisant à beaucoup de confusion. Ainsi, cette loi a donné comme impératif de construire des projets sans les avoir conceptualisés. Notamment, aucune définition pour distinguer:

- projet institutionnel de vie
- projet d'individualisation ou individualisé
- projet personnel (ou de recueil des aspirations de la personne)
- projet personnalisé
- les rapports de construction du projet d'accompagnement à la confluence entre le projet de vie institutionnelle et le projet de la personne)
- etc...

On s'est ainsi trouvé confronté à l'arrivée d'une multitude de termes, qui ont tous leur sens et leur intérêt, sans que concrètement sur le terrain, ils ne soient utilisés de façon opérationnelle.

Notre piste de réflexion n°6 devrait conduire à cela, celle-ci visant à **produire un glossaire des définitions** directement associées à la méthode, et tout particulièrement des concepts suivants qu'il est nécessaire d'inscrire à des niveaux différents pour une meilleure compréhension:

Définitions liées à l'institution	Définition liées à la personne	Définition liées à l'évaluation
- projet institutionnel	- projet personnel ³⁵	- évaluation interne
- projet individualisé ³⁶	- projet personnalisé	- évaluation externe
- projet d'accompagnement		
- projet de soin		
- projet d'animation		
- projet d'équipe		

Piste de réflexion 7: Produire au sein des établissements des vadémécums méthodologiques

Nous avons vu dans la précédente piste de réflexion l'importance de fédérer les établissements d'un territoire restreint autour d'une mise en commun des outils; nous allons avec cette piste dans une autre dimension qui correspond à produire, au sein des établissements, un livret de type vadémécum, issu d'un référentiel interne, lui-même ayant été réfléchi dans des réunions proposées dans la piste n°6 (précédente)

Cette proposition (associée à la précédente) peut donner un effet de type "usine à gaz" dans la mesure où elle paraît mettre une instance d'action intermédiaire. Dans les faits, l'exemple que nous avons développé dans le chapitre 4, paragraphes 3 et 4, indique que cette dimension très pratique que constitue la rédaction d'un vadémécum interne est tout à fait adapté à la motivation pour la mise en place et l'exploitation de la démarche qualité.

Si une formation acquise dans le domaine de l'évaluation (soit par des modules de formation dans les diplômes permettant l'accès à la fonction de directeur, soit par une formation continue) est la clef d'une maîtrise méthodologique, au-delà nous proposerons de un guide adapté au quotidien de la vie d'un établissement. Nous montrons par là qu'il existe bien deux dimensions de compréhension de l'évaluation

- la dimension "réflexive", préalable indispensable à la mise en place de l'évaluation
- la dimension "applicative", donnant au quotidien le sens du travail en EHPAD, pouvant être formalisée par le vadémécum que nous proposons.

Ce guide ne relèverait donc pas du même principe que celui de l'ANESM, trop généraliste en l'occurrence, il s'agit donc d'un guide plus pédagogique que méthodologique, cette dernière étant plus à introduire dans la dimension "réflexive". Ainsi, à la fois synthèse de la genèse du principe de l'évaluation depuis les origines et guide de construction de cette démarche, ce "vadémécum" marquerait un authentique repère pour les établissements égarés dans la marche à suivre.

Piste de réflexion 8: expliquer les enjeux d'un management participatif et d'une culture gérontologique (concerne l'axe 2)

Il apparaît nécessaire de donner, sur un plan méthodologique, des "définitions opérationnelles raisonnées". Cela signifie que nous devrions avoir affaire à des équipes

³⁵ Il semblerait que la meilleure locution soit dans ce cas "expression de la personne", plutôt que "projet personnel". Il est rare que les personnes âgées aient de véritables projets, mais rien ne les empêche d'avoir un des attentes ou des aspirations et de les exprimer comme telles.

³⁶ il semblerait que le terme le plus exact puisse être "projet d'individualisation)

participatives, comme d'ailleurs le recommande la démarche d'évaluation telle qu'elle est proposée par l'ANESM. Cette équipe est en capacité de se situer par rapport à un projet institutionnel (présupposant qu'il existe), de comprendre les missions qui lui sont allouées et pouvant travailler en collaboration (pluridisciplinarité). Cela nécessite donc un management spécifique induit par l'évaluation.

La question du management rejoint, par certains côtés, celle de la formation. Ne pas accéder à la démarche d'évaluation peut en effet relever d'une carence managériale. Les difficultés managériales semblent plus toucher les petites structures que les grosses (voir notre chapitre 1), ces dernières ayant souvent acquis l'idée d'un management par objectifs qui demande, peu ou prou, une pratique participative.

Le principe d'un accompagnement extérieur, proposé de façon incitative par des moyens qui restent à déterminer, pourrait aider à la construction d'un projet institutionnel de vie où sont introduits les items d'une évaluation interne. Il s'agirait, en un temps déterminé et suivi, de faire participer l'ensemble de l'équipe à l'élaboration pratique du projet institutionnel de vie avec des objectifs précis à mettre en place.

Ceci serait contributif de la mise en place d'une culture gérontologique, indispensable à la démarche d'évaluation.

Piste de réflexion 9: trouver un support pour expliquer les enjeux d'un management participatif (concerne l'axe 1 et 2)

Il s'agit là d'une réflexion plus transversale à la mise en place et à l'exploitation d'une évaluation que véritablement opérationnelle. Elle vient du fait que nous avons démontré dans notre développement qu'une évaluation pourrait remettre en question le management de certains établissements. Cette réflexion est constante chez nombre de directeur d'établissement.

Aucune propositions n'est possible de façon concrète pour répondre à ce constat, le principe relevant d'une incitation à concevoir l'évaluation autrement que comme une mise en danger d'un management, et donc d'une direction. Sur le fond, la nécessité d'un accompagnement de ces directions en risque de difficulté est la seule option à retenir.

Piste de réflexion 10: instituer une enquête annuelle visant l'implication de et dans l'environnement de l'établissement (concerne l'axe 1 et 2)

Le changement est inhérent à toute structure devant s'adapter à son époque et à l'évolution des besoins et demandes. Aujourd'hui, le changement est une donnée permanente à prendre en considération dans le bon fonctionnement d'un établissement. Ne pas intégrer sa dimension s'oppose aux principes mêmes de l'évaluation.

En toute circonstance, le changement dans les établissements de type EHPAD est contraint tant par la demande toujours évolutive des personnes hébergées qui changent progressivement que par la nouvelle gouvernance des établissements qui implique de multiples acteurs, dont des acteurs du territoire. Cela nécessite qu'un établissement ne s'isole pas sur son territoire.

En développant l'intérêt de la territorialité (chapitre 2, paragraphe 6-4), nous avons, ipso facto introduit la prise de conscience des directions qu'aujourd'hui une structure est dépendante de multiples acteurs. Toutefois, s'agissant d'une "prise de conscience" il serait illusoire de penser que celle-ci se fasse spontanément dans tous les cas. Une proposition dans ces conditions concerne la responsabilité des organismes de tutelle.

Il s'agira de solliciter les organismes de tutelle pour évaluer le degré d'implication ou d'isolement de l'environnement dans les différents EHPAD. Une enquête annuelle analysant le nombre de contacts avec les différents acteurs du territoire et la façon donc s'organise le réseau de l'EHPAD concerné pourrait être envisagée. Une telle demande doit être incitatrice pour les établissements à réfléchir leur changement.

Autres pistes de réflexion et conclusions:

D'autres pistes de réflexions pourraient être inventoriées, concernant des approches plus ponctuelles ou structurelles.

- Ainsi, la **certification** et ses liens directs avec l'évaluation devraient demander une réflexion approfondie. La normalisation créée par les certifications diverses requièrent ainsi une réflexion portant sur la cohérence entre les deux dimensions. C'est donc ici une recherche de complémentarité qui pourra apparaître.

- Ainsi, la **mise en place des MAIA** demande une réflexion qui dépasse l'évaluation des EHPAD, mais la concerne directement au niveau territorial. En effet, le principe même des MAIA présuppose la mobilisation de tous les acteurs concernés par leur approche, y compris les EHPAD. Toutefois, encore à ce niveau, nous ne sommes pas dans une réflexion qui dynamise l'évaluation, mais bien d'un critère supplémentaire d'évaluation introduisant un nouvel acteur.

- Ainsi une réflexion sur le **management participatif** qui questionne directement les mécanismes organisationnels, tels que nous les avons déjà évoqués dans les pistes 8 et 9. Il s'agit là de porter une réflexion nouvelle sur une possible uniformisation des systèmes managériaux autour d'un principe qui valorise le sens du travail dans les EHPAD, constituant un enjeu supplémentaire de la qualité.

Notre mission ne saurait donc être exhaustive dans ses propositions, ce d'autant que des données nouvelles apparaissent régulièrement dans le monde en pleine évolution à la fois de l'accueil et des conceptions managériales, tout comme aussi dans une terminologie toujours plus spécialisée. C'est dans ce contexte que notre mission pourrait se poursuivre pour définir des outils permanents visant à la fois l'incitation à un recours à l'évaluation pour améliorer la qualité de la vie des personnes âgées et l'exploitation en interne des résultats de ces évaluations.

Annexes

Annexe 1

Définition des projets

Les définitions que nous donnons sont extraites du "Dictionnaire de la Gériatrie Sociale", coordonné par Richard Vercauteren, Editions Erès Novembre 2010, 298 pages.

Projet(s) (concept)

Devant la multitude des projets, la définition du projet dit « de vie » [voir Mémin Charlotte et Vercauteren Richard] devient de plus en plus complexe et hasardeuse. Aujourd'hui, il est devenu indispensable d'en tracer clairement le sens, avant même d'en fournir une définition.

Une définition n'a de valeur que si elle éclaire l'objectif poursuivi. C'est donc en référence à la construction d'un projet que nous fournirons quelques éléments d'une définition qui visiblement divise largement auteurs, responsables divers et praticiens, du moins pour ceux qui se sont interrogés sur ce que signifie un projet avant de s'en servir. Dire que le terme vient du latin revient à dire que le projet n'est pas une nouveauté. Cette étymologie latine nous permet toutefois de mieux comprendre comment nous pourrions donner sens au projet. Celui-ci peut se décomposer : le préfixe *pro* signifie « avant », et le verbe *jacere* signifie en son sens premier « jeter », mais surtout par usage, « élever », « fonder », et finalement « construire ».

Ainsi considéré, « projeter » prend la signification de « construire avant », et par extension, devient synonyme (dans la période médiévale) d'« élaborer un canevas », puis, plus récemment, « avoir un dessein, une intention ». La projection devient de la sorte une action d'anticipation, nécessitant d'avoir une représentation, c'est-à-dire une « image potentielle », virtuelle, avant d'avoir une image réelle. Nous sommes dans le domaine des représentations qui sont les préalables à leur réalisation, donc de constructions mentales nées d'une hypothèse. Cela présuppose d'avoir une image « a priori », fondée sur de multiples références : imaginaires, professionnelles, culturelles, etc. Le projet repose de ce fait sur une structuration progressive, une élaboration multiréférentielle (et donc pluridisciplinaire [voir ce terme]), avant de devenir « acte », puis « mise en action ».

Projet d'établissement

[voir aussi Projet institutionnel]

Ce projet est exigé dans les conventions tripartites [voir cette locution]. Il se trouve directement articulé avec les conceptions institutionnelles de l'accueil [voir ce terme], le projet global de vie [voir cette locution] et le projet de soins [voir cette locution]. Ces différents projets sont présentés lors de la visite de conventionnement, validés (ou non) pour cinq ans, puis évalués lors de la visite suivante.

Le projet d'établissement n'est pas la simple déclinaison du projet institutionnel. L'ambiguïté qui pouvait exister dans les premières versions des textes des conventions tripartites [voir cette locution] (décrets du 26 avril 1999 et du 4 mai 2001) a été levée par un texte (arrêté du 13 août 2004, paru au JO du 22 septembre 2004) qui clarifie la loi du 2 janvier 2002 [voir cette locution]. C'est le « projet d'établissement » qui est cité sans ambiguïté et non plus le projet institutionnel. Dans ce même texte, le « règlement de fonctionnement » remplace le « règlement intérieur ».

Ce projet se situe toutefois dans les orientations de celui de l'institution, mais nous sommes alors enclins à parler d'interactions des projets des établissements avec le projet de l'institution, dans un rapport dynamique (faute de quoi les écarts se creuseraient entre les décideurs et les acteurs). Le projet d'établissement prend aussi en compte les caractéristiques économiques, démographiques, sociales, architecturales du lieu, ainsi que les besoins et les demandes du public précis concerné. En ce sens, il « personnalise » (au sens où il cible) ses orientations.

Le projet d'établissement veillera à la cohérence et à la complémentarité entre ses deux composantes essentielles, le projet de vie et le projet de soins ; il peut aussi parfois contenir d'autres projets, comme la politique sociale du personnel, ou le regroupement de deux établissements, ou encore le développement d'un réseau.

Projet institutionnel

[voir aussi Projet d'établissement]

Suivant les principes de la loi 2002-2 [voir cette loi], ce projet est établi pour cinq ans. Il nécessite l'avis du conseil de la vie sociale. Sachant que ce dernier est lui-même composé d'usagers [voir ce terme] (donc des résidents, c'est-à-dire des personnes vivant dans l'établissement), il faut concevoir qu'il est dans son principe directement en lien avec l'individualisation [voir ce terme] et la personnalisation [voir ce terme] des approches dans l'établissement, même si « avis » ne signifie pas « accord »...

Ce projet est principalement articulé sur trois axes majeurs dont deux d'entre eux sont exprimés en termes d'objectifs :

- objectifs de coordination, de coopération ;
- objectifs d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ;
- la définition des modalités d'organisation et de fonctionnement de la structure.

Ces trois axes ne sont pas spécifiques d'une construction de l'établissement ou du service comme lieu de vie ; ce sera donc au projet de vie **[voir ce terme]** d'aborder cette dimension sur un plan humain et de rétablir les équilibres.

Dans ses finalités, le projet institutionnel reste peu connu du personnel en dépit d'une diffusion large. Le sentiment d'appartenance naît en général du vécu du personnel au quotidien dans l'établissement ou le service, et en particulier dans l'aide concrète à la personne ; dans son exercice professionnel, l'entité structurelle est perçue comme lointaine.

Pourtant, ce projet de l'institution donne un premier cadrage essentiel, en particulier sur les priorités des décideurs, des financeurs et du conseil d'administration.

Projet de soin

[voir aussi Médecin coordonnateur et Médecin traitant]

Le terme de « projet de soin » est des plus ambigus. C'est un projet construit par le corps médical (et/ou paramédical) alors que ce même corps médical pense que le terme « soin » **[voir ce terme]** ne lui appartient pas en propre : pourquoi dans ce cas ne pas parler de projet médical ?

Le projet de soin définit les enjeux en termes de satisfaction des besoins à dominante curative (même si ce n'est pas exclusivement cela) au sein des EHPAD, en relation directe avec l'usager, ce qui rappelle la dimension individuelle recherchée dans ce projet. Il se définit à partir d'axes prioritaires, en des termes souvent empruntés aux milieux aussi bien médical ou sanitaire que médico-social :

- la coordination des soins dans l'établissement, avec plus particulièrement la cohérence de l'équipe de soin (dans la plupart des structures, on trouve une équipe hôtelière ou une équipe de soin... mais jamais une « équipe de vie sociale », bien que cette locution soit centrale dans la loi 2002-2) ;
- une réflexion sur les pratiques de soins.

Dès que nous avons affaire à un établissement médicalisé (comme peut l'être un EHPAD), il doit y avoir un projet de soins suivant les textes en vigueur. Les établissements n'offrant pas de prestations de soins, comme les foyers-logements ou les maisons de retraite pour personnes autonomes, n'ont pas de projet de soins. Les personnes accueillies font alors appel au professionnel de santé de leur choix en cas de nécessité, comme chacun à domicile. Une différenciation du même ordre intervient dans les services à domicile entre les services d'aide et les services de soins.

Si, par définition et suivant les textes en vigueur, le projet de soin est du ressort des médecins et des soignants, il est important qu'il soit connu de l'ensemble du personnel dans la perspective d'une dynamique d'équipe **[voir Pluridisciplinarité]**. Dans un ouvrage consacré à la culture gériatrique **[voir cette locution]**, les auteurs montrent qu'un projet de soin partagé par l'ensemble du personnel donne du sens à une approche médico-sociale dans les établissements. Il en va sur ce point de l'harmonisation du travail au sein de l'établissement, de la recherche d'une cohérence d'ensemble des actions qui touchent la même personne âgée, et de la prise en compte essentielle des interactions. Selon les institutions, le projet de soins peut couvrir plusieurs dimensions ou plusieurs projets : projet médical « pur », projet de soins infirmiers, projet de rééducation, et, de plus en plus, des projets individuels de soins (à entendre au sens de « projet personnel », mais le secteur médical n'utilise pas cette terminologie).

Quoi qu'il en soit, l'accès de la personne à son dossier est un aspect qui reste essentiel dans l'approche de l'individu. En devenant « responsable » des modalités de sa prise en charge médicale (quand cela est possible, mais l'apparition de la « personne de confiance » a beaucoup aidé à cela), la personne acquiert une identité nouvelle dont tous les acteurs (médicaux, sociaux, administratifs...) doivent concrètement prendre conscience.

Projet de vie, ou Projet institutionnel de vie, ou Projet de vie institutionnelle (définition, concept, origine, évolution)

Le terme de projet de vie est consacré (loi de 2002) ; toutefois, nous retrouvons souvent interposé le terme « institutionnel » de façon à souligner l'idée que c'est un projet qui émane de l'institution et non de la personne, lequel s'appelle projet personnel ou personnalisé.

Globalement, le projet de vie est un outil à la disposition des équipes dans les établissements, inscrit comme le moteur de pratiques homogènes et le garant des valeurs **[voir ce terme]**. Parallèlement, il représente une référence des pratiques professionnelles partagées ou spécifiques (mais connues de tous), pour toutes les équipes, y compris la direction: il appartient de la sorte aux outils de

management [voir ce terme] des équipes [voir ce terme]. Ce dernier aspect émerge comme la réalité de l'implication des différents personnels à tous les niveaux de la structure : il est donc porteur du sens des pratiques avant même d'être un système de référence des bonnes pratiques. Toutefois, s'il est sens comme outil de référence, il définit aussi des moyens. Par exemple, une animation par le projet, c'est-à-dire à partir de conceptions pratiques que l'on a de l'animation, fait de lui un instrument méthodologique. Le projet institutionnel de vie s'inscrit ainsi différemment d'un projet d'animation comme de tous les autres projets (soins, culturel, accueil, hébergement, etc.) puisqu'il est écrit en amont de ceux-ci. Un projet d'animation repose sur une intention fondée sur les attentes et les aspirations de la personne âgée, alors que le projet institutionnel de vie repose sur une idée globale répondant à la fois à la personne âgée, à l'équipe tout entière et à l'institution, avec de fortes variables sur l'importance accordée à l'une ou l'autre de ses composantes.

Il fait partie du projet d'établissement et appartient de façon obligatoire au conventionnement vie quotidienne et sociale. Il peut comprendre plusieurs projets selon les situations, mais le plus souvent il cumule les différents aspects sous le terme « projet de vie » : l'organisation de la vie quotidienne (qui doit se faire en fonction des attentes des personnes accueillies, tout en tenant compte des nécessités de soins, et non l'inverse), les éléments architecturaux (si des travaux ou des extensions sont prévus), des éléments sur le respect des droits des personnes accueillies, et, bien évidemment, l'animation et la vie sociale. Parfois, lors de certaines visites passées pour les conventions tripartites [voir cette locution] ont été acceptés des conventionnements avec des projets institutionnels de vie inexistantes ou incomplets, mais avec l'engagement d'une élaboration prochaine. Cette solution transitoire est de moins en moins fréquente, et n'existera plus dès lors que seront abordées les révisions des conventions (les premières conventions ont été signées en 2001, et sont arrivées à échéance en 2006).

Projet de vie, ou Projet institutionnel de vie, ou Projet de vie institutionnelle (méthodologie)

Quel que soit le nom utilisé (projet d'établissement, projet de service, projet institutionnel de vie ou de vie institutionnelle...), les projets « à visées institutionnelles » ont tous la même finalité : inscrire l'établissement dans des repères économiques et sociaux en fonction de ses budgets. En d'autres termes, le projet institutionnel définit les grandes lignes relatives aux investissements, aux projets d'extension, aux conventions tripartites, à l'embauche du personnel, etc. Il ne touche pas à la vie dans l'établissement, sinon de façon indirecte, chaque décision prise dans le projet institutionnel pouvant malgré tout avoir de sérieuses répercussions sur la vie du personnel comme des personnes âgées.

Dans la mesure où le projet institutionnel repose surtout sur des dimensions « matérielles » (mais pas seulement), le directeur doit aborder les différents postes et rubriques de ce projet institutionnel de telle façon que le projet de vie puisse s'appuyer sur lui pour rendre réalistes les pratiques à l'intérieur de l'établissement.

Si les dimensions matérielles et financières sont privilégiées, les projets institutionnels peuvent aussi atteindre les dimensions humaines des établissements. Le projet institutionnel de vie est là pour rappeler que les établissements ont des valeurs, et que ce sont celles-ci qui figurent dans ce projet de vie. Sur le plan méthodologique, ce projet institutionnel de vie doit donner en référence sa conception globale de la vie dans l'établissement. On trouve donc assez systématiquement des préambules qui évoquent l'intention du projet de vie.

Le fil conducteur du projet de vie dans l'institution tient compte des grands titres contenus dans la Charte des droits et des libertés des personnes accueillies, issue de la loi n° 2002-2, article 4-I, II, et de l'article 8 paru au *Journal officiel* du 3 janvier 2002, selon l'arrêté du 8 septembre 2003 mentionné à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles. Une direction, qui est à la base de ce projet de vie (soumis au conseil d'administration et au cvs pour avis), ayant un souci de pédagogie envers le personnel comme envers les résidents, pourra faire préciser les choses dans son préambule.

Projet de la personne, Projet personnalisé (concept et origine de la personnalisation en gérontologie)

Le projet de la personne émane des attentes exprimées ou repérées par et chez un usager. Le projet personnalisé désigne le processus par lequel, partant du projet de la personne, on adapte celui-ci à son potentiel et aux possibilités de réponses de l'institution.

Annexe 2

Les missions des CLIC

- **Accueillir et écouter** : Les demandes peuvent donner lieu à un entretien personnalisé, une évaluation personnalisée ou à une visite à domicile si la situation le nécessite.
- **Informier sur les services et les prestations** dont la personne âgée peut bénéficier, **l'orienter** vers le professionnel, le service ou la structure qui répondra le mieux à ses besoins. **Examiner avec la personne et son entourage toutes les solutions existantes** en matière d'aide sociale pour le maintien à domicile ou le placement en institution.
- **Accompagner** la personne âgée et son entourage au retour à domicile après hospitalisation, si la perte d'autonomie s'est brusquement accélérée.
- **Proposer un plan d'aide personnalisé** et aider à le mettre en place pour permettre à la personne âgée de continuer à vivre selon son projet de vie et dans des conditions optimales.
- **Suivre le plan d'aide défini** et le réajuster en tenant compte du souhait de la personne et de son entourage ainsi que de l'évolution de son état de santé.
- **Mettre à disposition** de la documentation à visée préventive et éducative.
- **Organiser** des permanences d'associations et de professionnels sur des thématiques précises : adaptation de l'habitat, aide aux victimes de maltraitance...

Il s'agit des missions officielles et premières, sachant que nombre de CLIC dépassent largement cette liste.

Annexe 3
Les différentes productions de l'ANESM

Intitulé	Date
L'éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux	Recommandation en cours
Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service	Avril 2010
Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement	Novembre 2009
Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile	Septembre 2009
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	Juillet 2009
L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social	Février 2009
Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance	Décembre 2008
Ouverture de l'établissement à et sur son environnement	Décembre 2008
Les attentes de la personne et le projet personnalisé	Décembre 2008
La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre	Juillet 2008
Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées	Juillet 2008
Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code l'action sociale et des familles	Avril 2008

Annexe 4
Extrait de l'ouvrage "accompagner les personnes fragiles"
R. Vercauteren, M. Personne
Editions ERES

Expression de l'accompagnement dans la loi de 2002

Une conception à différencier suivant les champs d'exercices professionnels

Au regard de la loi de 2002³⁷, le terme « accompagnement » n'est jamais défini en soi. Il apparaît comme une « notion entendue » n'ayant pas besoin de clarification. Pourtant, parallèlement, les nombreuses références à l'accompagnement vu sous des angles différents n'est pas sans interroger sur la façon dont il doit être appréhendé, même s'il reste fondamentalement à définir par les personnes ayant à le mettre en application dans leurs pratiques.

Cette loi du champ « médico-social », associant entre autres le handicap et les personnes âgées, recouvre des compréhensions différentes du terme, ne serait-ce que parce que le champ du handicap ne saurait poser l'accompagnement de façon identique à celui de la personne âgée, et que, de surcroît un accompagnement structurel ne saurait avoir les mêmes approches pour une personne maintenue à son domicile.

Trois dimensions cernant le concept

Dans la section 1, posant les fondements de l'action sociale et médico-sociale, au niveau de l'article L.311-1, alinéa 5, on trouve un principe d'action sociale et médico-sociale qui s'inscrit « dans des missions d'intérêt général et d'utilité sociale ». Au rang de celles-ci on situe des « Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ».

Cette position met directement en exergue trois dimensions de l'accompagnement :

- l'accompagnement n'est pas à confondre avec les soins (qui ne sont pas eux-mêmes définis)
- l'accompagnement s'inscrit dans la vie quotidienne et non en des moments spécifiques de la vie
- l'accompagnement est associé à des actions d'assistance.

Ces trois approches de l'accompagnement permettent de le conceptualiser autour d'un principe faisant appel à une aide spécialisée dès lors que l'on peut observer une situation qui handicape la personne dans sa vie de tous les jours. Cette déficience sociale exclut de fait toute approche qui ne se fonderait pas dans un champ à la fois humain et négociable dans la mesure où il s'agit d'une assistance.

Qualification d'un accompagnement individualisé et personnalisé : la confusion

Au niveau de la section 2, relative aux « droits des usagers du secteur social et médico-social », l'article 7 fait allusion à l'accompagnement à partir de deux dimensions différentes. L'alinéa 3 associe l'accompagnement au qualificatif « individualisé », qui n'apparaît pas de même nature que la « prise en charge ». Dans cet alinéa les deux éléments sont séparés. De ce fait l'accompagnement ne saurait être confondu avec une « prise en charge ».

En qualifiant l'accompagnement d'« individualisé », on lui donne une orientation précise. Si la « prise en charge » peut être collective, il n'en est pas de même pour un accompagnement qui pour être de qualité ne peut se comprendre que comme « individualisé ». Ceci n'est toutefois pas antinomique : les modalités d'interventions peuvent

³⁷Loi 2002-2 portant réforme à l'action médico-sociale

être collectives (que ce soit pour la prise en charge ou pour l'accompagnement), mais l'accompagnement quant à lui ne peut être que l'expression de l'attente d'une personne. La confusion repose essentiellement sur une superposition des modalités d'intervention, et non sur l'origine de la demande qui implique tout autant la prise en charge que l'accompagnement. Par contre l'intérêt est de constater que la prise en charge et l'accompagnement sont différenciés.

L'alinéa 7 de ce même article donne une signification plus précise à la locution « accompagnement personnalisé » en ne le confondant pas avec un « projet d'accueil ». Ainsi l'accompagnement n'est pas inclus dans l'accueil et doit avoir une existence propre comme concept, même si le « projet d'accueil et d'accompagnement » forme un tout indissociable.

Ce serait donc depuis le stade de l'accueil que se construirait l'accompagnement. Si la chose paraît assez évidente, elle est à réfléchir quant aux modalités de mise en place.

On aura par contre observé une grande confusion quand sont successivement utilisés les termes « personnalisé » et « individualisé », ceci sans vraie distinction. En fait, s'agissant d'une loi « médico-sociale », on est alternativement conduit de l'un à l'autre des champs, la personnalisation étant préférentielle du social et l'individualisation du sanitaire. Une telle confusion ne peut qu'interroger les différents sens que l'on attribue à l'accompagnement en fonction du champ duquel on parle. Ainsi, un accompagnement social serait différent d'un accompagnement médical.

L'accompagnement comme outil négocié

Dans ce même article 7, l'accompagnement apparaît comme un « outil » qui se construit, avec des contenus spécifiques nés dans l'expression directe de la personne ou avec l'aide de son représentant légal.

Dans ce contexte, on réaffirme une dimension centrale de l'accompagnement qui est une pratique négociée entre les acteurs. Il est dans ce cas entendu que le principe même de cet outil peut être compris de façon différente entre tous les acteurs concernés.

L'article 8, relatif à l'accueil en établissement précise quant à lui dans son alinéa « b » qu'« un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal ». Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement.

Ainsi, même si l'accompagnement n'est pas défini en soi, le cadre dans lequel il s'inscrit (comme la prise en charge) donne une orientation. L'accompagnement relève d'objectifs encadrés par le code de déontologie de la profession. De ce fait il ne saurait contrevenir à des règles précises allant dans le sens de l'intérêt de la personne. En séparant la déontologie (professionnelle) et l'éthique (aspect sociétal), le législateur a encore une fois marqué la distance entre le champ sanitaire et social³⁸.

Cet alinéa montre qu'outre le fait que l'accompagnement est un mode de fonctionnement des équipes dans le cadre d'une relation avec les usagers, sa définition s'inscrit :

- dans le respect de la déontologie et de l'éthique, cet aspect indiquant qu'il s'agit d'un processus adapté à chaque structure en fonction des valeurs contenues dans le projet personnalisé ou le projet de vie institutionnelle ou d'établissement,
- qu'il ne saurait révéler que des pratiques variables car adaptée à chaque établissement

Ces deux aspects renvoient au fait que l'accompagnement s'inscrit dans un cadre (réflexion, mise en pratique, participation des personnels...) mais jamais dans une pratique non concertée d'équipe. Il s'agit donc d'un principe construit par le personnel, principe qui reste encadré par des valeurs partagées dans l'équipe ; en ce sens il devient un « outil négocié »..

³⁸B. Laborel, R. Vercauteren, 2004, Construire une éthique en établissements pour personnes âgées, collection « Pratiques gérontologiques », Edition ERES, Toulouse.

L'accompagnement comme notion générique du bien-être de la personne

Dans le chapitre II consacré à l'organisation de l'action sociale et médico-sociale, la section 1 définit les établissements concernés. L'article 15, dans ses alinéas 2, 7, 8 et 9 cerne les établissements non concernés par les personnes âgées (enseignement et éducation spéciale, foyers d'accueils médicalisés, d'urgence, etc) à travers un accompagnement social et médico-social sans donner de définition de ceux-ci. Il appartient donc à ces structures d'apporter leur propre conception de cet accompagnement qui apparaît comme une notion générique dans l'exercice professionnel.

Par contre, l'article 19 de cette même section, sans entrer dans les détails, parle de « centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » spécifiant que nous sommes sur trois notions différentes. Ceci nous donne par défaut que l'accompagnement n'est pas un soin ni un système de prévention, mais possède à lui seul sa spécificité.

Les articles 20 et 21 de la Section 4 relative à la coordination et de la coopération des services et établissements réitère l'approche différenciée entre une prise en charge et un accompagnement dit « social ».

L'article 39 confirme la différenciation entre "prise en charge" et "accompagnement" en donnant, encore par défaut, ce que n'est pas l'accompagnement. Il ne s'agit pas d'une pratique conduisant à faire respecter les droits de la personne. Nous sommes donc encore dans un mécanisme d'accompagnement touchant l'être dans ce qu'il est comme personne et non comme ayant une place juridique dans la société.

L'article 51, alinéa « b », précise que l'accompagnement est finalisé par la locution « accompagnement à la vie sociale ». Cette finalité exclut dans le cas présent tout accompagnement qui ne se centrerait pas sur l'insertion dans la société, le reste pouvant, être la place d'une prise en charge (insertion par les soins par exemple).

Le bien-être de la personne est ici explicitement visé sous des formes multiples où chaque acteur a sa place. C'est cette spécificité qui émerge et qui sera visée par une mise en pratique.

Des tendances émergentes

En nous focalisant sur les apports de la loi de 2002 qui cadrent la notion d'accompagnement sans y apporter de définition nous avons fait émerger cinq dimensions essentielles :

- l'accompagnement est à la fois un comportement et un outil qui se doit d'être discuté par les accompagnants en fonction de leurs objectifs à atteindre,
- l'accompagnement est qualifié par une relation personnelle entre l'aidant et les aidés s'inscrivant dans un projet personnalisé et faisable,
- l'accompagnement ne peut exister sans l'acceptation de la personne accompagnée, signifiant qu'une négociation permanente avec la personne accompagnée est nécessaire,
- l'accompagnement repose sur une bonne connaissance de la population à laquelle on s'adresse car c'est son bien-être personnel que l'on vise,
- excluant toute standardisation des approches l'accompagnement relève d'une conception d'équipe et nécessite un dialogue interprofessionnel

S'agissant d'un accompagnement de la personne âgée, il faudra quoi qu'il en soit bien différencier l'état de la personne accompagnée, les objectifs visés pouvant être plus ou moins humbles suivant les cas qui se présentent. La notion de « personne fragile » sera alors le fil conducteur de l'accompagnement et le concept transversal des pratiques.

Tel semble être attendu, à ce jour, l'accompagnement dans notre société.

Annexe 6

Principe de fonctionnement de l'outil SMAF

Il s'agit d'un outil d'évaluation de l'autonomie développé au Québec depuis 1983 à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'Organisation mondiale de la santé.

Il vise à mesurer en particulier le degré d'autonomie de la personne âgée ou handicapée, dans une approche globale de la situation, permettant ainsi de définir des plans d'aide plus pertinents et donc d'être en accord avec les exigences de la loi de 2002-2.

Initié par Réjean Hébert porté par l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, le SMAF s'est aujourd'hui généralisé, au Canada, à tous les services d'aide à la personne. L'outil est disponible en sept langues. Il est développé en France notamment pour son utilisation dans la gestion des ressources humaines et dans la démarche qualité.

Le SMAF évalue 29 fonctions couvrant les activités de la vie quotidienne (7 items), la mobilité (6 items), la communication (3 items), les fonctions mentales (5 items) et les tâches domestiques (8 items). Il propose une démarche centrée sur les ressources de la personne et permet de lui apporter les aides dont elle a vraiment besoin pour pallier ses incapacités. Dans la démarche SMAF, une personne est en situation d'autonomie lorsque les aides apportées compensent ses incapacités. Cela suppose que cette compensation se fasse toujours avec la personne dans une relation d'accompagnement.

À partir de l'évaluation initiale des capacités de la personne, le système permet de la repérer dans un groupe ISO-ressources parmi quatorze profils. En outre, le personnel d'accompagnement dispose d'un tableau d'aide individualisé (TAI) facilement utilisable.

Le SMAF est informatisé depuis 2004 (logiciel eSLAF II®) et offre de nombreuses requêtes de gestion et d'analyses de situation, tant individuelles que collectives.

Depuis 2010, une expérimentation est en cours sur le territoire du Grand Bergeracois à l'initiative du conseil général de la Dordogne et de la CNSA .

On va ici le considérer comme un instrument d'évaluation de l'autonomie, développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps par l'OMS.

Le SMAF évalue vingt-neuf fonctions couvrant les "activités de la vie quotidienne" (AVQ) :

- les actes de la vie quotidienne
- la mobilité
- la communication
- les fonctions mentales
- les fonctions domestiques.

Chaque fonction est cotée sur une échelle de quatre degrés :

- 0=autonome
- 1=besoin de surveillance ou de stimulation
- 2=besoin d'aide
- 3=dépendance.

La cotation est réalisée suivant des critères précis, à partir des renseignements obtenus par question auprès du sujet. Pour chacun des items, une évaluation des ressources en place pour pallier l'incapacité permet d'obtenir un score de handicap.

La stabilité des ressources environnantes est également estimée. Un résultat total est dès lors obtenu en additionnant les cotes de chaque item. Des « sous scores » par dimension peuvent être calculés. Ces résultats permettent d'estimer le temps de « soins » requis par un groupe d'individus hébergés.