



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**CAFDES**

**Promotion 2004**

**Personnes en difficulté sociale**

---

**UN OUTIL D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES SOCIALES AU  
SERVICE DU MANAGEMENT DE LA QUALITÉ DANS UN C.H.R.S.  
MÈRE-ENFANT**

**Marie-Claude ONORATINI ép. ALCARAZ**

---

# Remerciements

---

- à J. Y. MOINE,  
pour le travail mené ensemble et son soutien.
  
- à l'équipe et aux résidentes de « La Chaumière »,  
auprès de qui j'ai beaucoup appris et qui sont les partenaires  
indirects de ce travail.
  
- à V. LEFEUVRE-BODIN,  
pour ses conseils techniques.
  
- à K. MARTINEZ,  
pour sa relecture.
  
- à mon mari, André
- à mes enfants Arnaud, Vincent et Caroline  
avec qui nous avons évalué que la qualité des relations familiales  
n'a pas été totale tout au long de ces derniers mois, mais avec le  
soutien desquels j'ai pu poursuivre la route....

# Sommaire

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>1</b>
<b>LISTE DES SIGLES UTILISES</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>1 PREMIERE PARTIE : L'AMBITION DE LA QUALITE POUR ACCOMPAGNER UN PUBLIC EN VOIE D'EXCLUSION</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1 Objectifs et missions des CHRS</b> .....	<b>8</b>
1.1.1 Les missions des CHRS dans la loi de Lutte contre les Exclusions .....	8
1.1.2 Les objectifs de l'action sociale dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.....	9
1.1.3 L'obligation législative d'évaluation et la demande de qualité dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale .....	9
<b>1.2 Qu'est ce que la qualité, et plus particulièrement dans le domaine social ?</b> .....	<b>11</b>
1.2.1 D'où vient historiquement le concept de qualité ? .....	11
1.2.2 Qu'est ce que la qualité globale aujourd'hui ?.....	12
1.2.3 Faut-il distinguer qualité et qualité sociale ? .....	15
<b>1.3 Pas de qualité sans évaluation</b> .....	<b>16</b>
1.3.1 Qu'est ce que l'évaluation ? .....	16
1.3.2 Qu'est-ce qui est évalué ?.....	17
1.3.3 Qui évalue ? .....	18
1.3.4 Evaluer : pour quels objectifs ? Quelles finalités ? .....	19
1.3.5 Comment évaluer ? .....	20
<b>1.4 Exclusion ou processus d'exclusion : accompagnement de qualité pour quel public ?</b> .....	<b>20</b>
1.4.1 L'exclusion.....	21
1.4.2 Précarité, pauvreté et violence .....	24
<b>1.5 La mission d'accompagnement vers l'autonomie personnelle et sociale : qu'est-ce à dire ?</b> .....	<b>26</b>
1.5.1 La notion d'accompagnement .....	26
1.5.2 La notion d'autonomie : ses trois dimensions .....	28
1.5.3 La parentalité : un domaine particulier en CHRS mère-enfants.....	30
<b>2 DEUXIEME PARTIE : L'ELABORATION D'UNE CULTURE DE L'EVALUATION EN LIEN AVEC UN PROJET D'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>32</b>
<b>2.1 Les caractéristiques de la population du CHRS « la Chaumière »</b> .....	<b>32</b>
2.1.1 La population accueillie .....	32
2.1.2 Les caractéristiques spécifiques aux demandeurs d'asile.....	34
<b>2.2 La création du CHRS et son organisation</b> .....	<b>35</b>

2.2.1	L'Association « Femmes Responsables Familiales ».....	35
2.2.2	D'un fonctionnement à renouveler à la nécessité d'un nouveau projet .....	36
2.2.3	Evolution de l'organisation de « La Chaumière » et ouverture à l'environnement .....	37
2.2.4	L'inscription géographique du CHRS : d'un handicap à un atout .....	38
2.2.5	Evolution de la gestion des Ressources Humaines .....	41
<b>2.3</b>	<b>La culture de l'évaluation au CHRS « la Chaumière ».....</b>	<b>42</b>
2.3.1	L'historique de la démarche d'évaluation.....	42
2.3.2	Les bénéfices de la période d'élaboration de l'outil, pour l'établissement .....	43
2.3.3	La théorie des compétences sociales .....	44
2.3.4	Présentation du référentiel.....	47
<b>2.4</b>	<b>L'utilisation d'autres référentiels dans le cadre des démarches qualité : qu'existe-t-il ?.....</b>	<b>50</b>
2.4.1	Les référentiels qualité .....	51
2.4.2	Les référentiels de compétence sociale .....	55
<b>3</b>	<b>TROISIEME PARTIE : L'OUTIL D'EVALUATION AU SERVICE DU MANAGEMENT DE LA QUALITE.....</b>	<b>57</b>
<b>3.1</b>	<b>Les conditions préalables de mise en œuvre de l'outil dans l'établissement .....</b>	<b>57</b>
<b>3.2</b>	<b>Premier bilan de l'utilisation de l'outil.....</b>	<b>59</b>
3.2.1	Au niveau des bénéficiaires .....	59
3.2.2	Au niveau de l'établissement .....	63
3.2.3	Au niveau de l'association .....	70
3.2.4	Au niveau des pouvoirs publics.....	70
<b>3.3</b>	<b>En quoi l'outil d'évaluation est-il au service de la qualité ?.....</b>	<b>71</b>
3.3.1	Du point de vue des pouvoirs publics et de la demande législative .....	71
3.3.2	Par rapport au concept de qualité globale.....	71
3.3.3	Par rapport au concept de qualité sociale .....	75
3.3.4	Par rapport à la note d'information de la DGAS relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux .....	77
<b>3.4</b>	<b>De projets en projets ou une démarche d'amélioration continue de la qualité .....</b>	<b>78</b>
3.4.1	La mise en place des outils de la loi 2002/2.....	78
3.4.2	Compléter l'outil basé sur les compétences sociales par un outil d'évaluation de l'organisation interne, au profit d'une qualité plus globale .....	79
3.4.3	Une réflexion sur la formation des résidentes aux compétences sociales .....	79
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>I</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>IV</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AEMO</b>	Allocation Educative en Milieu Ouvert
<b>AFPA</b>	Association nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes
<b>ANAES</b>	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
<b>ANCREAI</b>	Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
<b>ANGELIQUE</b>	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
<b>ANPE</b>	Agence Nationale Pour l'Emploi
<b>API</b>	Allocation de Parent Isolé
<b>ARTT</b>	Aménagement et Réduction du Temps de Travail
<b>ASELL</b>	Accompagnement Socio-Educatif Lié au Logement
<b>ASI</b>	Appui Social Individualisé
<b>CADA</b>	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
<b>CAF</b>	Caisse d'Allocations Familiales
<b>CASF</b>	Code de l'Actions Sociale et de la Famille
<b>CAT</b>	Centre d'Aide par le Travail
<b>CDD</b>	Contrat à Durée Déterminée
<b>CEDIS</b>	Comité Européen pour le Développement de l'Intégration Sociale
<b>CESF</b>	Conseillère en Economie Sociale et Familiale
<b>CHRS</b>	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
<b>CMU</b>	Couverture Maladie Universelle
<b>CNAF</b>	Caisse Nationale des Allocations Familiales
<b>CNE</b>	Commission Nationale d'Evaluation
<b>CNESMS</b>	Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale
<b>CNRS</b>	Centre National de Recherche Scientifique
<b>CPA</b>	Communauté des Pays d'Aix
<b>CPH</b>	Centre Provisoire d'Hébergement
<b>CSTS</b>	Conseil Supérieur du Travail Social
<b>DCS</b>	Descripteur de Compétences Sociales
<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DGAS</b>	Direction Générale de l'Action Sociale
<b>DGF</b>	Dotation Globale de Financement
<b>DIS</b>	Descripteur d'Intégration Sociale
<b>DMA</b>	Descripteur de Modalités d'Accompagnement
<b>DPS</b>	Descripteur de Possessions Sociales
<b>DRASS</b>	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>EFQM</b>	European Foundation for Quality Management
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>EMDR</b>	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein
<b>FNARS</b>	Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réadaptation Sociale
<b>FRF</b>	Femmes Responsables Familiales (Association)
<b>GECEPS</b>	Groupe d'Etudes Coordonnées des Effets des Politiques Sociales
<b>HLM</b>	Habitation à Loyer Modéré
<b>IME</b>	Institut Médico Educatif
<b>INSEE</b>	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

<b>ISO</b>	International Organization for Standardization
<b>MAP</b>	Modèle d'Accompagnement Personnalisé
<b>MOUS</b>	Maîtrise d'Oeuvre Urbaine Sociale
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>OPAC</b>	Office Public d'Aménagement et de Construction
<b>OSC</b>	Observatoire Sociologique du Changement
<b>PAP</b>	Projet d'Accompagnement Personnalisé
<b>PDCA</b>	Plan-Do-Check-Act (Prévoir, réaliser, contrôler, améliorer)
<b>PLIE</b>	Programme Local pour l'Insertion et l'Emploi
<b>RMI</b>	Revenu Minimum d'Insertion
<b>ROCS</b>	Référentiel d'Observation des Compétences Sociales
<b>SASS</b>	Service d'Accompagnement Social et de Suivi
<b>SDF</b>	Sans Domicile Fixe
<b>UNAPEI</b>	Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés
<b>UNIOPSS</b>	Union Nationale Interfédérale des oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

## INTRODUCTION

L'évaluation est une vague montante depuis la fin des années 80, dans le secteur social et médico-social. Elle a été suivie par celle de la qualité, même si les contours de ces deux notions dans ce secteur, étaient assez imprécis.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est venue en apporter l'exigence légale. Elle a engendré en même temps une mini révolution, avec les évaluations interne et externe, liées aux procédures d'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux.

Il est vrai qu'elle arrivait dans un climat assez peu serein, au moment où des maltraitances dans des établissements pour enfants en situation de handicap ou pour personnes âgées faisaient l'actualité et d'autre part, dans un contexte économique orienté vers des restrictions budgétaires.

De plus, des résistances culturelles ont souvent été affichées par les professionnels, qui privilégiaient le caractère indicible de la relation avec le sujet.

Malgré cela, la loi du 2 janvier 2002 suscitait une rénovation tout de même attendue par le secteur social et médico-social, conscient de la nécessité d'une évolution afin d'adapter au mieux les prises en charge et l'accompagnement des personnes.

Certains professionnels étaient déjà à la recherche de cette évolution, dans un besoin de reconnaissance et de mise en valeur des actions.

Ces deux notions indissociables : l'évaluation servant la qualité, originaires du secteur industriel ont pu, donc inquiéter certains. Cependant la notion de qualité faisait son chemin et s'élargissait aux entreprises de service. Avec l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996, elle était introduite dans le secteur sanitaire sous forme d'accréditation. Dans le secteur social et médico-social, la notion de qualité est engagée officiellement dans le secteur des personnes âgées en juin 2000 avec l'outil d'auto évaluation « ANGELIQUE » suite à l'arrêté du 26 avril 1999 de la Réforme de la Tarification des EHPAD.

De nombreux outils « fleurissent » aujourd'hui dans le secteur social et médico-social. La diversité des pratiques et des champs d'intervention devrait être respectée par le Conseil National de l'Evaluation qui aura la charge de les valider. Le pluralisme des méthodes et des approches démontre le dynamisme avec lequel les acteurs du secteur se sont emparés de l'évaluation.

Cependant, cette diversité ne permet pas toujours aux acteurs professionnels de bien cerner quel est l'objet de l'évaluation et que signifie qualité dans le secteur social et médico-social.

Il semble primordial, dans une première partie, d'éclaircir cette question au moment où les populations accueillies sont en droit d'attendre une « prise en charge et un

accompagnement individualisé de qualité » favorisant leur développement, leur autonomie et leur insertion.

La loi du 2 janvier 2002<sup>1</sup> rénovant l'action sociale et médico-sociale définit les objectifs de l'action sociale qui doivent tendre à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.

La visée de l'autonomie de la personne rejoint les objectifs de la loi du 29 juillet 1998 relative à la Lutte Contre les Exclusions qui fixe, comme mission essentielle aux Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, le recouvrement de l'autonomie personnelle et sociale des personnes accueillies.

Le CHRS « La Chaumière », dans lequel je suis directrice-adjointe, est confronté aux mutations de notre société et à la montée de l'exclusion. Celle-ci nécessite un travail en profondeur qui permette aux personnes accueillies de ne pas en arriver aux ruptures sociales totales et définitives.

La deuxième partie analysera le fonctionnement de l'établissement et son évolution. En effet, l'établissement héberge des femmes « *en grande situation de détresse sociale et/ou psychologique* » en conformité avec le décret du 3/07/2001 relatif à la loi de Lutte Contre les Exclusions. Ces femmes sont enceintes ou accompagnées de leurs enfants. A leur arrivée en C.H.R.S, sans logement, sans revenus et souvent isolées, c'est-à-dire hors des réseaux familiaux et sociaux, elles ont un vécu de rejet et/ou d'abandon, de dévalorisation de soi. Il s'agit, en général, de personnes victimes de violence, de jeunes femmes en rupture familiale, de demandeurs d'asile...

Les familles monoparentales, dont la pauvreté et la précarité sont en augmentation en France, comme en Europe, ont toujours été dans les préoccupations des pouvoirs publics auxquels s'ajoutent les enjeux sociaux de la parentalité.

La causalité objective de leurs difficultés (chômage, logement, ressources, garde des enfants...) et la causalité subjective (vécu et ressenti d'isolement, d'abandon, de dépression...) demandent un accompagnement adapté.

La question est complexe. En effet, faut-il donner la priorité à la réinsertion sous l'angle du logement, en arguant que c'est le signe de la non exclusion, ou bien axer l'intervention spécifiquement sur la recherche d'emploi, base de l'insertion alors qu'il s'agit de personnes peu qualifiées, devant régler de nombreux problèmes, dont la garde des enfants,... ?

---

<sup>1</sup> Loi n° 2002-2 : article 2, CASF : article L. 116-1

Faut-il prioritairement choisir comme porte d'entrée spécifique, les problèmes personnels liés à l'enfance ou les problèmes familiaux, tels que la violence en pensant que c'est la véritable attente de ce public et le remède à tous leurs maux ? Que signifie autonomie pour ces personnes ?

Le choix de l'angle d'intervention va être primordial pour déterminer ce qui apportera le plus de qualité aux usagers, et par conséquent ce qui sera évalué. C'est ce à quoi doit répondre, entre autres, le projet d'établissement.

On note que pour mettre en place un accompagnement adapté, le travail social tourne naturellement son regard vers les déficits et fait l'inventaire des manques, en risquant de réduire la personne à sa difficulté. L'enfermer dans une étiquette d'exclusion peut entraîner une représentation figée, statique, invalidante de la part des travailleurs sociaux. Cette façon de voir désarme les équipes. Leur regard renforce la dévalorisation des personnes accueillies, dans un mouvement de spirale négative. On parle alors de « burn out ». Dans de telles conditions, des équipes épuisées offrent rarement un travail de qualité aux bénéficiaires.

Pour le directeur d'établissement, se pose la question cruciale du choix d'un outil méthodologique qui réponde aux missions et aux valeurs de l'établissement afin d'aider l'usager au travers d'un processus d'accompagnement adapté et personnalisé, valorisant pour lui et le travail des professionnels.

Cette préoccupation a été à l'origine du travail engagé par le CHRS « La Chaumière » avec J. M. Dutrénit.

J. F. Bauduret<sup>2</sup> indique que les premières réponses à la conception et à la méthodologie de l'évaluation sont venues d'Outre Atlantique. « *Cette façon de voir l'évaluation s'est retrouvée dans le projet d'une équipe française le GECEPS, fondé par Jean-Marc Dutrénit et avec lequel ont collaboré plusieurs chercheurs dont Anne-Marie Favard, Michel Legros, Michel Messu ... L'évaluation se fait à l'aide de descripteurs, de scores, de grilles, donc d'une quantification* ».

Une recherche-action s'effectuera sur de longues années. Outil de management, avant d'avoir été un outil d'évaluation, cela aboutira, dans l'institution, à une véritable acculturation à l'évaluation avec la participation de tous les salariés. Un outil d'évaluation basé sur la théorie de la compétence sociale s'élaborera ainsi, petit à petit, et viendra conforter et entériner l'appropriation, pour les professionnels, des valeurs du projet d'établissement.

---

<sup>2</sup> BAUDURET J. F., JAEGER M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale : histoires d'une refondation*. Dunod, Paris, 2002. 322 p. (p. 149)

La compétence sociale est une notion à trois dimensions : des capacités personnelles spécifiques<sup>3</sup>, activées dans tous les domaines de la vie quotidienne<sup>4</sup>, d'une manière à être en équilibre avec son environnement<sup>5</sup>.

La compétence sociale est synonyme d'autonomie dans ses composantes individuelle et sociale. La personne est unique et globale mais elle vit dans un environnement social dans lequel contributions et rétributions des uns et des autres symbolisent le lien social essentiel à tout processus d'autonomie. Il s'agit de réciprocité positive.

Le développement global de ces compétences est corrélé à l'ensemble des modalités d'accompagnement de l'équipe éducative, par une contractualisation et une mise en évidence des compétences déjà acquises par la personne. Cette visualisation permet de valoriser les personnes, de les regarder sous un angle positif, avec un effet motivant essentiel.

Ce concept apporte des repères qu'on pourrait qualifier de « *bonnes pratiques*<sup>6</sup> ».

Il n'était plus question de peur de l'évaluation-contrôle. Les équipes ont pu comprendre que les points de contrôle, de mesure, permettaient l'auto-questionnement, l'ajustement des pratiques.

La peur de la norme ou de la standardisation, c'est-à-dire la peur de se référer à des pratiques établies, a été dépassée par la pratique de l'outil. L'important est de considérer le référentiel comme pouvant apporter un éclairage supplémentaire à notre pratique, et non comme un guide infaillible, qui s'impose aux acteurs.

Pour ma part, l'enjeu était de ne pas en faire un outil vide de sens, théorique mais déconnecté de la réalité de travail, un outil de « façade », qui se traduirait, à l'heure actuelle au strict respect des obligations législatives.

Le but était l'animation des équipes afin d'améliorer sans cesse la qualité du service rendu aux personnes accompagnées, en fonction du projet d'établissement basé sur certaines valeurs : la personne est unique et globale, on ne la réduit pas à sa difficulté, on doit en valoriser les capacités, on tend à lui permettre d'être davantage actrice de son projet de vie.

L'outil est centré sur la personne et sert la demande d'évaluation de la qualité des prestations, c'est à dire du travail social lui-même. Démarche originale au moment où la

---

<sup>3</sup> Responsabilité, stabilité, motivation, image de soi, utilisation des acquis, maîtrise de l'espace, anticipation.

<sup>4</sup> Vie professionnelle, formation, logement, vie sociale, relations familiales, relation mère-enfants, santé, ressources.

<sup>5</sup> Rapport équilibré entre les contributions que la personne produit et les rétributions que lui apporte son entourage.

<sup>6</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : article 22 – CASF : article L. 312-8.

plupart des outils d'évaluation interne proposent des référentiels ayant pour objet principal le fonctionnement général de l'établissement. Ces deux approches ne sont pas à opposer, elles sont nécessairement complémentaires pour la qualité.

La DGAS précise qu'avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007, première échéance de l'auto évaluation, l'Etat devra définir le cadre réglementaire de l'évaluation interne en fixant les objectifs et le contenu de ce que devront prendre en compte les paramètres de cette évaluation, en précisant la méthodologie et le contenu attendu des référentiels que le Conseil National de l'Evaluation aura la charge de valider.

Dans la troisième partie, après un premier bilan d'utilisation de cet outil, le moment était venu d'aller plus loin que l'évaluation et d'appréhender en quoi l'évaluation servait la qualité sociale.

La qualité sociale est multidimensionnelle. Elle est liée à la satisfaction des besoins de la personne accueillie mais elle doit aussi viser le fonctionnement de l'organisation afin que les moyens mis en œuvre soient pertinents et efficaces. Une meilleure qualité d'accompagnement est effectuée par des équipes motivées, dont la vie au travail doit être également valorisante. Cette qualité doit être mise en œuvre dans le respect de la maîtrise des coûts et ne peut se mesurer que par une méthode rigoureuse. Enfin, la société, elle-même, doit y percevoir un gain.

La qualité correspond à une démarche continue d'amélioration.

La démarche évaluative est pour le directeur un outil de management<sup>7</sup>, un outil de légitimité pour lui-même et son équipe dans la mesure où cela lui permet de rendre compte de la qualité du service rendu, en fonction des missions qui lui sont confiées. C'est un outil de régulation et d'aide à la décision.

---

<sup>7</sup> SCHALLER J.J. *Accompagner la personne en difficulté : politiques sociales et stratégies de direction*. Dunod, Paris, 1999. 212 p.

# **1 PREMIERE PARTIE : L'AMBITION DE LA QUALITE POUR ACCOMPAGNER UN PUBLIC EN VOIE D'EXCLUSION**

Le CHRS « La Chaumière » a ouvert ses portes en 1978, période où la société commençait à peine à prendre conscience de la montée du chômage et de l'accroissement de la pauvreté. Il s'agit d'une période de mutations profondes : chômage, délitement du lien social, éclatement de la cellule familiale...

Même si 1988 voit l'institution du RMI, symbole d'un tournant des politiques sociales, l'exclusion continue à faire son chemin. En 1998, la loi relative à la Lutte contre les Exclusions représente une autre étape essentielle pour les CHRS dont les missions sont précisées. A cette même période, les besoins augmentent et les crédits baissent. L'évaluation et la qualité font alors leur apparition dans les textes et dans les mentalités, avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Quels sont les objectifs et les missions des CHRS ? Que doit viser précisément l'évaluation ? Pourquoi est-il question de qualité, aujourd'hui ?

## **1.1 Objectifs et missions des CHRS**

L'accueil en CHRS est lié à l'admission à l'Aide Sociale<sup>8</sup>. Elle relève du régime assistanciel. Elle intervient lorsque les dispositifs de droit commun sont insuffisants ou inaccessibles. Son objectif : l'accompagnement social, l'hébergement, l'aide au logement et à la formation.

### **1.1.1 Les missions des CHRS dans la loi de Lutte contre les Exclusions**

La loi du 29 juillet 1998 relative à la Lutte contre les Exclusions indique clairement les grandes orientations qui doivent être poursuivies par les professionnels confrontés à l'exclusion : l'accès aux droits fondamentaux (droit de vote, moyens d'existence, droit au compte bancaire...); le logement; l'emploi; l'accès à la santé en terme de droit<sup>9</sup> de prévention et de soins vers les troubles psychiques, en particulier, et tout ce qui concerne drogue, alcool, tabac.

En 2004, le plan de cohésion sociale reprend certains thèmes cruciaux de la loi de Lutte contre les Exclusions, comme le logement, les résultats espérés n'ayant pas été atteints.

---

<sup>8</sup> CASF : article 185.

<sup>9</sup> Création de la CMU en 2000.

Cette loi précise aussi l'objectif à poursuivre : aider les personnes ou les familles en graves difficultés, à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale<sup>10</sup>.

Toujours dans le cadre de la loi de juillet 1998 relative à la Lutte contre les Exclusions, le décret du 3 juillet 2001 concerne plus particulièrement le fonctionnement des CHRS, et en fixe les quatre missions essentielles :

- l'accueil et l'orientation, notamment en urgence ;
- l'hébergement dans ou hors les murs ;
- le soutien ou l'accompagnement social ;
- l'adaptation à la vie active et une insertion sociale et professionnelle.

Les CHRS peuvent assurer totalement ou partiellement ces missions selon leur projet et leur habilitation. Il semble que face à la montée de la précarité et de l'exclusion, l'Aide Sociale se transforme en une forme d'aide plus globale, moins axée sur le logement : ceci nous apporte des éléments importants quant à l'orientation à donner à notre accompagnement.

### **1.1.2 Les objectifs de l'action sociale dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale tente de définir l'action sociale et médico-sociale par quatre objectifs généraux<sup>11</sup> :

- l'autonomie et la protection des personnes ;
- l'exercice de la citoyenneté ;
- la cohésion sociale ;
- la prévention des exclusions.

Il semble qu'autonomie des personnes et prévention des exclusions soient des thèmes répétitifs dans les derniers textes législatifs et que les CHRS se situent au cœur des grandes problématiques de l'action sociale.

### **1.1.3 L'obligation législative d'évaluation et la demande de qualité dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**

L'évaluation interne et externe de l'action sociale deviennent donc obligatoires avec l'article 22 de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>12</sup>.

Cet article exige l'auto-évaluation des pratiques de la part des établissements sociaux et médico-sociaux: et ce à un double titre : « *leurs activités et la qualité des prestations*

---

<sup>10</sup> CASF, article 345/1

<sup>11</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : article 2 – CASF : article L. 116-1

<sup>12</sup> CASF : article L. 312-8

*qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées (...) ou élaborées (...) par un Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale ».*

L'évaluation des activités vise l'organisation des établissements et la gestion des ressources humaines.

L'évaluation de la qualité des prestations vise la qualité des interventions, des prises en charge, des accompagnements des personnes<sup>13</sup>.

Les résultats de cette auto-évaluation doivent être communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation et pour l'évaluation externe, sept ans suivant l'autorisation de l'établissement ou son renouvellement, et au moins deux ans avant la date de celui-ci.

D'autre part, dans le chapitre de l'énonciation des droits de l'utilisateur<sup>14</sup>, les établissements doivent obligatoirement assurer « *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché*<sup>15</sup> ».

En résumé, les établissements sociaux et médico-sociaux doivent auto-évaluer leurs pratiques sous deux aspects : leurs activités et leurs prestations.

La loi ne nomme pas la finalité de cette évaluation mais la relie, avec l'évaluation externe, directement aux procédures d'autorisation et donc aux financements des établissements.

En revanche la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement individualisé fait partie des droits des usagers.

Il s'agit que les prestations délivrées par les lieux d'hébergement puissent aider réellement la personne accueillie dans son processus d'autonomisation et ne fassent pas en sorte de la suivre, sans avoir la possibilité de modifier sa trajectoire. Héberger ne suffit pas pour prendre en considération la personne en difficulté.

Démontrer cette efficacité est un enjeu majeur pour les établissements sociaux et médico-sociaux, dans un souci de maîtrise des dépenses de l'argent collectif et d'optimisation des moyens. Pour mettre en place tout cela, il s'agit de bien comprendre ce que sont qualité et évaluation, et en quoi elles sont indissociables.

---

<sup>13</sup> BAUDURET J. F., JAEGER M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale : histoires d'une refondation*. Dunod, Paris, 2002. 322 p.

<sup>14</sup> Respect de la vie privée, libre choix des prestations, confidentialité, information sur l'étendue des droits, participation de la personne au projet qui la concerne, accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, droit à une vie familiale.

<sup>15</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : article 7. CASF, article L. 311-3

## 1.2 Qu'est ce que la qualité, et plus particulièrement dans le domaine social ?

Les démarches qualité se sont développées dans le secteur industriel, puis dans le secteur des services et dans le secteur sanitaire, avant d'entrer dans le secteur social et médico-social. Mais comment cette notion a-t-elle progressé ?

### 1.2.1 D'où vient historiquement le concept de qualité ?

Chercher à faire mieux est de tous temps, une préoccupation humaine.

Avec l'avènement de l'ère industrielle, apparaît au début du siècle dernier le concept moderne de qualité. Les entreprises industrielles s'organisent pour vendre au mieux et mettent en place des contrôles de qualité des produits. Afin d'élargir le commerce à d'autres pays, il est nécessaire que les produits issus des différents pays, soient compatibles entre eux. Ainsi est créée en 1926, l'Association Française de Normalisation<sup>16</sup>. En 1947, l'International Standardization Organization<sup>17</sup> regroupant un réseau d'instituts de normalisation de 147 pays, assure la coordination internationale de la production de normes techniques<sup>18</sup>.

La qualité proprement dite va faire son apparition en Europe dans les années 60 avec le modèle de l'assurance qualité qui nous parvient des Etats-Unis et s'organise autour de deux principes essentiels : la formalisation (écrire ce que l'on veut faire, faire conformément à ce qui a été décrit, écrire ce que l'on a fait) et la prévention (anticipation sur les facteurs possibles de non qualité).

Ensuite apparaissent, au Japon, les cercles de qualité qui arrivent en France dans les années 80. La qualité devient l'affaire de tous : les personnels apprennent les enjeux liés à la qualité, les cadres dirigeants animent d'une nouvelle manière leurs équipes lors de réunions d'échanges et de formation. Qualité et management sont liés. Ils ont évolué de concert. C'est la pratique managériale influencée par les cercles de qualité, qui a connu la plus grande mutation. Ensuite, la notion de qualité va s'élargir et son amélioration va viser aussi bien le produit fini que l'aspect humain du fonctionnement de l'entreprise, avec l'idée d'une gestion participative.

Après l'assurance-qualité et les cercles de qualité, une troisième approche plus actuelle, basée sur le management de la qualité, a conduit à la création de l'European

---

<sup>16</sup> AFNOR

<sup>17</sup> ISO

<sup>18</sup> DGAS, *Démarche qualité - Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire, Guide méthodologique*, mars 2004, 39 p.

Foundation for Quality Management en 1988. Une vision complémentaire et globale de la qualité prend corps. Le champ de la qualité s'élargit encore et vise l'ensemble du projet d'entreprise. Le modèle EFQM d'Excellence 1999 propose de l'appuyer sur neuf critères innovants que sont le leadership, la politique et la stratégie, le personnel, le partenariat et les ressources, les processus, la satisfaction des clients, la satisfaction du personnel, l'impact vis-à-vis de la collectivité, les résultats et les performances.

L'élargissement des domaines de la qualité étant analogue, F. Charleux<sup>19</sup> relie le modèle EFQM à la norme ISO 9001, de décembre 2000, qui introduit le concept de système de management de la qualité.

Le système de management de la qualité est « *l'ensemble de l'organisation, des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité (norme ISO 8402)* »<sup>20</sup>.

Ainsi, l'histoire de la qualité nous amène du début du siècle avec le contrôle et la normalisation au management de la qualité qui implique l'organisation entière afin de tendre vers une qualité globale. Aujourd'hui, quelles sont les bases de cette qualité élargie ?

### **1.2.2 Qu'est ce que la qualité globale aujourd'hui ?**

Cinq principes fondateurs organisent la qualité aujourd'hui<sup>21</sup> :

#### A) La relation client/prestataire de service :

Il peut sembler évident que la qualité s'appréhende essentiellement du point de vue du client mais il est bon d'en rappeler le rôle central. L'identification et l'analyse des besoins constituent par conséquent, un préalable incontournable. D'autre part, la pérennité d'une relation client/prestataire de service exige un accord explicite, formalisé par un contrat. Pour le secteur social et médico-social, c'est à l'utilisateur que profite la qualité en premier lieu. Pour cela, l'établissement doit bien connaître ses attentes et ses besoins et doit formaliser sa prestation par un contrat, comme l'exige maintenant la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. La DGAS entend la qualité comme « *une synthèse entre les besoins des usagers-clients tels qu'ils les expriment par eux-mêmes*

---

<sup>19</sup> CHARLEUX F., GUAQUERE D., *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale : outils, méthode et mises en œuvre*, ESF éditeur, Paris, 2003. 246 p.

<sup>20</sup> DGAS, *Démarche qualité - Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire, Guide méthodologique*, mars 2004, 39 p. (p. 38)

<sup>21</sup> CHARLEUX F., GUAQUERE D., *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale : outils, méthode et mises en œuvre*, ESF éditeur, Paris, 2003. 246 p.

*ou par leurs représentants, ceux que les professionnels estiment prioritaires, ceux que le droit impose et enfin ceux que l'environnement recommande ».*<sup>22</sup>

B) Le principe d'amélioration continue :

Ce serait une erreur de penser que la qualité d'un produit ou d'un service existe dans l'absolu. La qualité relève, en réalité, d'un processus d'amélioration continue. Ce processus s'appuie sur le modèle d'amélioration continue de Deming, plus célèbre sous le terme de « roue de Deming » ou cycle PDCA (Plan, Do, Check, Act) : prévoir, réaliser, contrôler, améliorer. Il s'agit d'une quête permanente d'amélioration, qui pour certains dans le secteur social et médico-social, n'a pas attendu la loi du 2 janvier 2002.

C) Les quatre domaines-clés de la qualité :

Comme nous avons pu le voir dans le modèle EFQM, la qualité est globale et ne se réduit pas à la seule prestation réalisée. Elle doit viser le résultat, qui est une priorité ; les services associés ; le fonctionnement de l'organisation, la vie au travail. *« Ces quatre domaines sont interdépendants. Ils agissent les uns sur les autres. La satisfaction des salariés au travail possède une influence évidente sur la qualité des prestations, et partant sur la satisfaction du client, les dysfonctionnements pénalisent inévitablement les performances de la qualité du résultat, etc. »*<sup>23</sup>. Cet élargissement à une qualité globale est primordial pour le secteur social et médico-social. Obligation de moyens et obligations de résultats s'y côtoient et s'avèrent complémentaires. J'entends résultats au sens de l'évolution du parcours des personnes accueillies en lien avec un projet individualisé c'est-à-dire l'effet de la prestation. Les moyens étant humains, financiers, matériels, environnementaux, organisationnels...

D) La qualité et la maîtrise des coûts :

La qualité suppose une juste adéquation des moyens aux objectifs poursuivis. Le critère de l'entreprise est l'efficacité. L'efficacité est le rapport entre les moyens, la mise en œuvre et le résultat : c'est la capacité de performance ou faire plus avec le même budget. L'efficacité est à distinguer, de l'efficacités et de l'effectivité qui s'inscrivent également comme des critères de qualité, en entreprise. L'effectivité concerne le caractère effectif, démontrable d'un raisonnement<sup>24</sup>. L'efficacité est le rapport

---

<sup>22</sup> DGAS, *Démarche qualité - Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire, Guide méthodologique*, mars 2004, 39 p. (p.38)

<sup>23</sup> CHARLEUX F., GUAQUERE D., *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale : outils, méthode et mises en œuvre*. ESF éditeur, Paris, 2003. 246 p. (p. 43)

<sup>24</sup> LAROUSSE dictionnaire, 100e édition, 2005

résultat/objectifs. Est efficace, celui qui produit l'effet attendu. Produire un travail social effectif, efficace et efficient dans une période de restrictions budgétaires, est un enjeu que les établissements sociaux et médico-sociaux ne peuvent pas éluder.

E) La mesure de la qualité :

La qualité n'existe pas en dehors d'une démarche d'évaluation. La maîtrise de la qualité nécessite une évaluation. En effet, sans évaluation préalable, aucune action d'amélioration n'a de pertinence. Il existe trois formes d'évaluation : l'évaluation interne ou auto évaluation, l'évaluation externe conduite par un donneur d'ordre et l'évaluation conduite par un établissement indépendant qui doit « certifier » ou « accréditer » l'organisme.

J. R. Loubat<sup>25</sup> effectue une comparaison simple pour distinguer accréditation et évaluation interne : *« l'accréditation est aux établissements ce qu'est le contrôle technique aux automobiles : un passage obligé ponctuel destiné à s'assurer que des points essentiels sont pris en compte régulièrement. En revanche, la démarche qualité correspond à l'entretien permanent qu'effectue l'automobiliste intelligent à l'endroit de son véhicule. Cet entretien continu s'avère bien plus efficace pour lui garantir la fiabilité de son véhicule, mais il est volontaire, et sans contrôle technique, certaines épaves pourraient bien continuer de rouler, mettant en danger les autres automobilistes... »*.

Nous venons d'étudier les principes méthodologiques en qualité aujourd'hui. Ils sont applicables à tous les processus, qu'il s'agisse d'un objet manufacturé ou d'une prestation de service. Il s'agit à l'heure actuelle de mettre en place des démarches visant la qualité globale, dans laquelle sont inclus les aspects sociaux des projets d'entreprise. On parle même de qualité totale (ISO 9004) lorsque la gestion de l'environnement est incluse !

On peut alors faire référence à la notion de développement durable<sup>26</sup> issue de la Conférence de Rio de Janeiro de 1992, et reprise dans la loi Voynet de 1999. Elle désigne un mode de développement qui satisfait les besoins des populations sans compromettre ceux des populations futures en cherchant un équilibre entre l'action économique, le respect de l'environnement et le social.

Qualité globale ou qualité totale...faut-il avoir peur de la qualité dans le secteur social et médico-social ? Pourquoi craindre une juste interrogation de l'activité du secteur social ?

---

<sup>25</sup> LOUBAT J. R., L'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux, *Lien Social*, 2/09/2004 n° 719, p. 8

<sup>26</sup> DUTRENIT J. M., *Action Sociale et qualité sociale*. L'Harmattan, Paris, 2001. 337 pages

Certes, le secteur social et médico-social exige, par sa complexité et sa diversité, une approche de la qualité plus nuancée qui intègre des considérations éthiques mais d'une obligation d'évaluation, une opportunité de dynamique de qualité peut être créée. Opportunité pour améliorer le service rendu aux personnes accueillies, apporter les meilleures réponses possibles à leurs attentes et à leurs besoins, rechercher la qualité par une démarche continue d'amélioration, valoriser nos savoir-faire dans une préoccupation de l'utilisation de l'argent public dans une période économique difficile, développer les ressources humaines...

### **1.2.3 Faut-il distinguer qualité et qualité sociale ?**

Même si les principes de la qualité applicables au secteur industriel et aux entreprises de service peuvent être transférables au secteur social et médico-social, il est préférable de les différencier. J. L. Joing<sup>27</sup> indique « *qu'un établissement pourrait obtenir une norme certificatrice ISO. L'ISO 9001 est la plus difficile à obtenir : elle certifie l'ensemble des activités de l'entreprise, de la conception du produit (ou du service) à l'après-vente. Elle permettrait, par exemple, d'assurer la qualité d'un établissement médico-social qui voudrait garantir son fonctionnement en y incluant la conception des projets individualisés* ». Certains établissements, comme des CAT ou des maisons de retraite du secteur marchand l'ont fait mais je ne pense pas que le secteur médico-social ait à se diriger dans cette direction.

Il était important d'appréhender la notion de qualité dans l'entreprise. C'est une culture qui a permis de conceptualiser la notion de qualité et il est essentiel d'en connaître les logiques car, à l'origine, la qualité appliquée au secteur social et médico-social cherche à s'inspirer de cette culture. Mais notre spécificité est basée sur le sujet, qui est le fondement de l'intervention sociale.

Dans ce sens, J. M. Dutrénit<sup>28</sup> pense que dans le cas d'une entreprise, si l'on vise les procédures de fabrication du produit, il s'agit de qualité mais si l'on vise les procédures de management du personnel ou les rapports de l'entreprise avec la société globale, on est dans le domaine de la qualité sociale. Dans le cas des entreprises d'Action Sociale, que l'on ait pour objectif les procédures du produit, le management du personnel ou les rapports avec le reste de la société, on se trouve toujours dans le domaine de la qualité sociale car, en travail social, les usagers sont concernés au premier chef puisqu'ils en sont le motif, le but et l'objet. La qualité sociale en action sociale concerne la manière de

---

<sup>27</sup> JOING J. L., *Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Editions ESF, Paris, 1998. 139 p. (p. 21)

<sup>28</sup> DUTRENIT J. M., *Action Sociale et qualité sociale*. L'Harmattan, Paris, 2001. 337 pages

traiter les usagers, les professionnels et le reste de la société à travers l'utilisation de l'argent public. Il y a qualité sociale lorsque :

- les usagers parviennent à améliorer leurs capacités et à nouer des liens sociaux stables et équilibrés en vue d'une véritable insertion sociale d'une part,
- les acteurs impliqués dans l'action sociale coopèrent de façon satisfaisante et fournissent un travail collectif efficient,
- ce travail collectif doit être source de développement personnel et avantageux pour la société dans son ensemble.

Il est nécessaire que chaque acteur y trouve un gain. La qualité sociale fait référence au concept de qualité globale, mais appliqué au secteur social et médico-social.

En conclusion sur le thème de la qualité, je reprendrai l'expression de J. R. Loubat<sup>29</sup> : « *la démarche qualité apparaît réaliser le mariage du cœur et de la raison* » : l'amélioration continue de la qualité témoigne d'une intentionnalité normalement présente au cœur de toutes les pratiques professionnelles. Mais l'aspect financier n'est pas exempt de cette démarche puisqu'il s'agit de gérer avec toujours plus de rigueur.

### **1.3 Pas de qualité sans évaluation**

Il est difficile de s'affirmer contre la notion de qualité d'un service rendu. Mais on a vu que la mesure de la qualité ne pouvait s'effectuer que par l'intermédiaire de l'évaluation, qui est rendue obligatoire par la loi 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Mais quelles sont les bonnes questions à se poser en matière d'évaluation en travail social car c'est à son endroit que les résistances culturelles sont les plus fortes ?

P. Camberlein<sup>30</sup> les résume ainsi : « *résistance déontologique tout d'abord : l'évaluation rigidifierait les situations, serait réductrice face à l'irréductibilité de la personne humaine. Technique ensuite : la nature même du travail (relationnel en particulier) s'accommoderait mal de l'évaluation. Idéologique enfin : l'évaluation ne serait que la face déguisée du contrôle* ».

#### **1.3.1 Qu'est ce que l'évaluation ?**

Avant d'aborder cette question proprement dite, il s'agit de positionner l'évaluation d'un point de vue scientifique. P. Lièvre considère l'évaluation comme un savoir pour l'action alors que jusqu'à maintenant le principe de la science classique (épistémologie positive) était la connaissance pour la connaissance. Il précise que « *l'évaluation s'établit sur une*

---

<sup>29</sup> LOUBAT J.R., L'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux. *Lien Social*, 2/09/2004 n° 719. p. 4

<sup>30</sup> CAMBERLEIN P. A la croisée du projet d'établissement et des politiques publiques : l'évaluation. In *Accompagner la personne en difficulté : politiques sociales et stratégies de direction*. Dunod, Paris, 1999. Chapitre 10, pp. 168-187

*épistémologie constructiviste au sens de Jean-Louis Le Moigne (1995). Cette épistémologie constitue le socle des sciences de la complexité (Morin 1990)<sup>31</sup> ». Le terme « évaluer » vient du latin « valere », qui intègre la notion de valeur. Dans une première acception, l'évaluation est ainsi une estimation de la valeur. La logique de l'évaluation serait ainsi de faire sortir la valeur des choses, leur qualité. On ne mesure pas le qualitatif mais on l'évalue avec des méthodes rigoureuses. Cependant, l'évaluation reste probabiliste.*

Evaluer, c'est aussi mesurer un écart ou une grandeur globale, par jugement, estimation ou appréciation. Evaluer, c'est mesurer une quantité, un écart entre ce qui était attendu et ce qui est réalisé. La DGAS<sup>32</sup> propose comme définition : « *mesure visant à apprécier de façon la plus objective possible, les faits et à les comparer aux attentes au moyen d'un référentiel préétabli et partagé par les personnes évaluées* ».

L'évaluation n'est pas du contrôle mais mesurer un écart se situe dans une logique de contrôle, nécessaire à un moment donné. L'auto-contrôle amène l'auto-questionnement, car l'évaluation est toujours considérée dans une perspective de prise de décision. L'évaluation peut être standardisée car elle fait appel à des outils méthodologiques, ce qui a pu inquiéter certains dans notre secteur mais il y a possibilité de choix de l'outil et on ne peut faire l'économie de faire construire l'outil par l'ensemble de l'établissement. Il s'agit d'un processus permanent, qui permet de réguler, de réajuster, d'adapter...La régularité de la mesure, de façon ponctuelle et rythmée dans le temps, est impérative. Il s'agit d'une démarche permanente d'amélioration pour la qualité.

### **1.3.2 Qu'est-ce qui est évalué ?**

L'évaluation demande d'identifier précisément le système à évaluer. Comme nous l'avons déjà vu, la réponse se trouve dans la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale. Écoutons J. F. Bauduret :

*« Se trouve ainsi fondée l'obligation pour les établissements et services de pratiquer une auto-évaluation de leurs pratiques et ce à un double titre : évaluation des activités (ce qui postule une réflexion sur leur organisation et leur mode de gestion des ressources humaines), évaluation de la qualité des prestations (ce qui postule une réflexion sur le produit final, à savoir la qualité des interventions, des prises en charge, des*

---

<sup>31</sup> LIEVRE P., *Evaluer une action sociale*. Editions ENSP, 2002. 115 p. (p. 13)

<sup>32</sup> DGAS, *Démarche qualité - Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire, Guide méthodologique*. mars 2004, 39 p. Définitions et concepts : p. 38

*accompagnements des personnes auxquelles s'adresse l'établissement ou le service) »<sup>33</sup>.*

Aujourd'hui, les outils d'auto-évaluation existants distinguent peu ces deux registres et ne mettent pas suffisamment l'accent sur l'évaluation de la qualité des prestations, donc sur les objectifs (et leurs résultats) au profit de l'évaluation des moyens. Ces deux aspects de l'évaluation sont importants et complémentaires. On pourrait dire qu'ils sont constituants du projet d'établissement.

L'évaluation ne peut être reliée qu'au projet. Quelles sont les valeurs, en relation avec le projet associatif, et les principes d'action dont l'établissement doit s'inspirer pour conduire ses missions ? Qui sont les personnes accompagnées et quel est le processus d'accompagnement, le service rendu, les partenariats...? Enfin, de quelle façon, avec quels moyens (structure organisationnelle, ressources humaines...) ces services sont-ils mis en œuvre ? Le référentiel qualité doit être inséré en annexe du projet d'établissement, comme le demande l'article 12 de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>34</sup> : *« Pour chaque établissement ou service social et médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ».*

Le référentiel qualité est considéré ainsi comme un véritable outil de pilotage et d'évaluation en rapport avec le projet d'établissement.

Cette question de l'objet de l'évaluation est primordiale. Si on pense que l'évaluation est au service de la qualité, et que le mot « qualité » signifie étymologiquement « tel quel »<sup>35</sup>, c'est-à-dire conforme ; la qualité, en travail social, ne peut-être que conforme aux objectifs du projet d'établissement.

### **1.3.3 Qui évalue ?**

Le directeur est le premier intéressé par l'évaluation. Mesurer les résultats est bien la première responsabilité d'un pilote. L'équipe de direction initie la démarche d'évaluation. Elle va s'en servir comme d'un outil de management, de réflexion et de veille

---

<sup>33</sup> BAUDURET J. F., JAEGER M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale : histoires d'une refondation*. Dunod, Paris, 2002. 322 p. (p.158)

<sup>34</sup> CASF : article L. 311-8

<sup>35</sup> LAROUSSE 2005, 100<sup>e</sup> édition - du latin : « qualis » = quel et « facere » = faire.

permanente<sup>36</sup>. Cependant, l'auto-évaluation est conduite par les acteurs du processus, intéressés au premier chef par les informations recueillies.

Ainsi, l'évaluation interne ne peut qu'être le résultat d'une démarche participative. Elle implique l'ensemble des salariés ou une représentation de l'ensemble des personnels. D'agents, l'évaluation va leur permettre de devenir acteurs. L'auto-contrôle amène l'auto-questionnement et introduit ainsi une dynamique de changement. L'évaluation se distingue du contrôle par l'implication des acteurs. Ils vont passer d'une logique d'obéissance à une logique de responsabilité. R. BAPTISTE<sup>37</sup> nous dit dans son ouvrage « *Le système de production de la qualité n'est pas un système technique, ni même organisationnel, c'est plus profondément un système humain fait d'acteurs libres qui ne s'investissent que s'ils sont responsabilisés* ».

#### **1.3.4 Evaluer : pour quels objectifs ? Quelles finalités ?**

L'amélioration de la qualité des activités et des prestations de l'établissement est un objectif essentiel de l'évaluation, De plus, l'évaluation amène à rechercher des liens de cause à effet entre les résultats réalisés et les procédures mises en place. Cependant on ne peut faire l'impasse sur le commanditaire de cette évaluation. En effet, que ce soit l'évaluation interne ou externe, les résultats doivent être adressés aux autorités compétentes et ces évaluations sont reliées clairement à l'autorisation de l'établissement. J. F. Bauduret<sup>38</sup> pense que le mot accréditation n'est pas prononcé, mais que le concept est bien présent et correspond à celui introduit dans le champ hospitalier par l'ordonnance de 1996. Il y a volonté politique de rapprocher les coûts et l'efficacité dans une volonté d'économie des dépenses engagées. Les objectifs d'une politique d'amélioration de la qualité avec évaluation<sup>39</sup> sont indiqués dans la note récente de la DGAS. Outre la prise en compte des besoins des usagers, la promotion de la participation des professionnels, la prévention des risques de maltraitance institutionnelle, l'objectif est de s'assurer de l'efficacité de l'allocation des ressources publiques. Cependant l'évaluation ne sera pas le seul élément pour mesurer l'efficacité de l'allocation des ressources publiques puisque la DGAS prendra en compte également

---

<sup>36</sup> DGAS, *Note d'information 5B n° 2004/96 du 03/03/04 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. février 2004 – 29 p.

<sup>37</sup> BAPTISTE R., *Le social mérite mieux ! Comment améliorer la qualité des prestations sociales*. Editions des deux continents, Genève, 1996. 168 p. (p. 70)

<sup>38</sup> BAUDURET J. F., JAEGER M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale : histoires d'une refondation*. Dunod, Paris, 2002. 322 p.

<sup>39</sup> DGAS, *Note d'information 5B n° 2004/96 du 03/03/04 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. février 2004 – 29 p.

les données produites par les indicateurs quantitatifs et qualitatifs, médico-sociaux et économiques qui sont en cours d'élaboration et de test dans certains départements.

Appréhender l'efficacité des établissements financés par les contribuables n'a rien de choquant, cependant l'ambiguïté entre deux orientations a pu créer méfiance et hésitations des professionnels.

### **1.3.5 Comment évaluer ?**

Comment évaluer : on pourrait reposer cette question sous une autre forme : quels sont les modèles et les méthodes auxquels se rapportent l'évaluation ?

Trois modèles historiques<sup>40</sup> font référence à l'évaluation-mesure (test, note...), à l'évaluation considérée comme outil de gestion, régulation et enfin à l'évaluation qui permet de questionner sur le sens. En général, les modèles utilisés s'inspireront de ces trois niveaux, qui seront utilisés à des temps différents.

Avant d'engager une pratique d'évaluation, un processus de référencement est à entreprendre, processus permanent d'après J. Ardoino... On n'évalue pas une action sociale comme un produit fini. Le modèle de référence doit différer sensiblement !

Ensuite vient la question de l'outil. Il n'existe pas de prêt-à-porter dans le secteur social et médico-social. Même si certains outils sont transférables à d'autres secteurs ou établissements, on ne peut pas faire l'économie de la construction ou de l'adaptation d'un référentiel par un groupe de travail représentatif de l'établissement concerné, afin qu'il soit en adéquation avec le projet et que chacun puisse se l'approprier.

Après avoir éclairci les notions d'évaluation et de qualité, il est important d'en repérer les enjeux stratégiques : elles sont situées au carrefour des besoins des personnes, d'un projet d'établissement et d'une politique publique. Après avoir repéré les exigences des politiques publiques, il s'agit maintenant de se tourner vers le public accueilli en CHRS : quel est-il ? Quelle est sa situation ?

## **1.4 Exclusion ou processus d'exclusion : accompagnement de qualité pour quel public ?**

Certains thèmes sont importants à définir car l'évaluation nécessite une référencement à des personnes et à leur situation. En effet, comme nous l'avons déjà vu, une démarche d'amélioration continue de la qualité implique la connaissance de la population

---

<sup>40</sup> BONNIOL J.J., VIAL M., *Les modèles de l'évaluation*. De Boeck. Universités, Bruxelles, 1997. 368 p.

accueillie. C'est un passage obligé essentiel. Elle permettra la mise en œuvre d'un accompagnement de qualité, le plus adéquat possible à ses besoins et attentes.

En 1989, selon le sociologue Michel Houillon, 70 % des personnes accueillies en CHRS cumulent des handicaps sociaux en tout genre (absence ou insuffisance de réseaux de solidarité, chômage, absence de qualification, exclusion des systèmes de prestation, isolement, alcool, problèmes psychiatriques... « *Le public concerné recouvre tout le champ de ce qu'il est convenu d'appeler l'exclusion* »<sup>41</sup>.

#### 1.4.1 L'exclusion

Même si cette notion est reliée à la crise de l'emploi, l'exclusion ne relève pas de la seule identité professionnelle. Elle concerne également l'identité sociale, c'est-à-dire la manière dont un individu est reconnu par un environnement communautaire et la manière dont il appartient à cet environnement. On peut repérer une articulation entre causes individuelles et causes sociales<sup>42</sup>.

Les causes individuelles peuvent être :

- la concentration maximale de problèmes anciens chez une même personne (problèmes d'argent, d'emploi, de logement, de relations familiales...);
- une trajectoire de vie dominée depuis longtemps par la mise à l'écart de la vie sociale engendrant un sentiment très accentué d'inutilité et d'isolement social ainsi qu'une perte de la capacité à se projeter dans un devenir social; ce processus de régression sociale peut générer des déviances importantes;
- le sentiment de vivre des situations irréversibles de « non-droit » comme les femmes battues ou les demandeurs d'asile;
- la valeur travail semble peu pertinente et vide de sens pour ces publics;
- des comportements individuels, des conduites sociales qui sont en lien avec des expériences de vie dans lesquelles dominant l'échec, la déconsidération et la mauvaise image de soi.

A ce propos, une enquête intitulée « Détresse et ruptures sociales » a été réalisée par l'Observatoire Sociologique du Changement (CNRS) en collaboration avec la FNARS et le soutien de la Fondation Abbé Pierre en 2001. Elle concerne la façon dont les personnes elles-mêmes perçoivent les raisons qui les ont conduites à se trouver dans une situation de détresse, d'exclusion ou de pauvreté. Les résultats montrent

---

<sup>41</sup> LALLEMAND D., *Le guide des CHRS : références et évolutions*. FNARS en collaboration avec les éditions ASH, Paris, 2002. 181 p. (p. 34)

<sup>42</sup> CHASSERIAUX C., *Rapport au Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville : « les grandes exclusions »*, novembre 1993

l'importance des facteurs liés à l'enfance, l'importance des problèmes affectifs relationnels et l'enchaînement des situations<sup>43</sup>.

Les causes sociales seraient à relier à des trajectoires-type, comme le chômage longue durée pour des personnes qui ont déjà été insérées, les situations de forte désocialisation dues par exemple à l'alcoolisme ou la prostitution, et les situations des personnes sortant d'établissements sociaux, psychiatriques ou pénitentiaires.

Cette population exclue se composerait d'une dizaine de publics : jeunes en situation de rupture avec ou sans enfant, couples dans « la galère » avec ou sans enfants, toxicomanes, sortants de prison ou d'hôpital psychiatrique, étrangers en situation irrégulière, demandeurs d'asile en attente de décision. Il y a un éventail d'exclusions qui va des partielles et légères à des exclusions profondes, durables et déshumanisantes.

L'exclusion semble difficile à définir. Pour les instances européennes, l'exclusion est la dénégarion ou le non-respect des droits fondamentaux et notamment des droits sociaux<sup>44</sup>. Je me consacrerai uniquement à trois approches sociologiques, qui tentent de comprendre les mécanismes complexes de l'exclusion. Elles sont complémentaires et décrivent l'exclusion comme un processus aux différentes phases.

#### A) La disqualification sociale :

Pour Serge Paugam<sup>45</sup>, l'exclusion est une construction sociale. Il existe une trajectoire de l'exclusion. En premier lieu, c'est le temps de la fragilité après une rupture d'une situation de travail stable. La faible qualification ne l'aide pas à retrouver un emploi sur le marché du travail actuel. Une grande anxiété s'ensuit mais la personne pense que c'est passager et ne veut pas faire appel aux travailleurs sociaux ; le deuxième temps concerne ceux que S. Paugam appelle les assistés. C'est le moment de la dépendance aux travailleurs sociaux quand « la galère » continue, l'acceptation de ce discrédit, puis vient la période de la rupture : cela concerne les marginaux, les exclus.

#### B) La désaffiliation :

L'approche de R. Castel est centrée sur la désaffiliation<sup>46</sup>. Cela caractérise un processus fait de ruptures d'appartenance.

---

<sup>43</sup> LALLEMAND D., *Le guide des CHRS : références et évolutions*. FNARS en collaboration avec les éditions ASH, Paris, 2002. 181 p.

<sup>44</sup> CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale, Document de travail : *Le travail social face à la grande pauvreté et à l'exclusion*. juin 2004. 41 p.

<sup>45</sup> PAUGAM S., *La disqualification Sociale*. Presses Universitaires de France, Paris, 1993. 254 p.

<sup>46</sup> CASTEL R., De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. In *Face à l'exclusion, le modèle français*. Esprit, 1991. pp. 138-168

Il s'agit d'un double décrochage : du point de vue de l'emploi d'une part, et de la sociabilité d'autre part, avec quatre zones d'intensité<sup>47</sup> :

- a) *la zone d'intégration* : signifie travail permanent et support relationnel solide ;
- b) *la zone de vulnérabilité* : associe précarité de l'emploi et fragilité relationnelle ;
- c) *la zone de l'assistance* : l'aide apportée est synonyme d'un minimum d'intégration ;
- d) *la zone de désaffiliation* : conjugue absence de travail et isolement social.

Dans la sphère du travail, on voit un nombre croissant de chômeurs, le développement des emplois précaires... Dans la sphère relationnelle, on observe les transformations des structures familiales avec augmentation des divorces et des familles monoparentales, la dispersion spatiale des familles, les transformations culturelles dans la manière d'habiter un espace et de partager des valeurs communes, le dépérissement de la culture ouvrière...

L'auteur pense que ce qui caractérise notre société actuelle, c'est la coupure entre zone d'intégration et zone de désaffiliation.

#### C) La désinsertion<sup>48</sup> :

Ce processus de désinsertion, développé par V. de Gaulejac, est centré sur les destins individuels et il s'effectuerait en quatre étapes :

- a) *la première rupture* : c'est une première étape : perte d'emploi, divorce, maladie...
- b) *l'enchaînement des ruptures* : la rupture initiale est suivie d'autres ruptures : par exemple, la perte de l'emploi a un impact sur les relations familiales qui se dégradent, ou le divorce n'est pas accepté et cela entraîne des problèmes de santé...
- c) *le décrochage* : c'est le renoncement de la personne ;
- d) *la déchéance* : dernière étape qui amène à l'autodestruction.

Ce qui est intéressant dans cette approche, c'est que la perte du lien social est reliée à la perte du lien identitaire. Le processus de désinsertion serait le passage d'une identité positive à une identité négative.

---

<sup>47</sup> DEBORDEAUX D., Désaffiliation, disqualification, désinsertion. *Recherches et Prévision*. 1994, n° 38, pp. 93-100

<sup>48</sup> DE GAULEJAC V., TABOADA LEONETTI I. La désinsertion sociale : déchéance sociale et processus d'insertion. *Recherches et Prévisions*. 1994, n° 38.

Dans ces trois processus décrits, on peut voir comment l'accompagnement social va se dessiner : la prévention, l'approche globale des situations, la revalorisation des personnes, l'autonomisation, la mise en relation dans le tissu social...

Je voudrai m'attarder sur l'emploi du mot exclusion qui comporte des risques d'enfermement de la pensée et de la personne, au risque de mettre en péril l'accompagnement socio-éducatif et d'aggraver la dévalorisation des personnes.

Il existe ainsi une accumulation de mots qui stigmatisent ou catégorisent les personnes : déliaison, disqualification, désaffiliation, fracture sociale, les pauvres, les surnuméraires, désinsertion, les marginaux, les sans-papiers, inutilité sociale, les Sans Domicile Fixe (SDF), les sans-logis, ... Il est nécessaire de nommer et dénoncer les problèmes liés à l'exclusion mais prenons garde à ne pas nous laisser enfermer dans une représentation trop figée des personnes accueillies.

Pour terminer, il me semble de la première importance de ne pas nommer exclusion toutes les situations de difficultés sociales. Il s'agit d'un processus. Dans le CHRS « La Chaumière », les personnes se situent dans les zones d'assistance, de fragilité, de vulnérabilité, d'enchaînement des ruptures. Elles sont plutôt en risque d'exclusion.

#### **1.4.2 Précarité, pauvreté et violence**

##### **A) Précarité :**

Avec la notion d'exclusion, les thèmes de pauvreté et de précarité sont souvent reliés, mais à distinguer. La précarité est l'absence de sécurité à long terme, sécurité permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. Les situations de précarité sont diverses. Elles sont liées, en grande partie à la dégradation du marché de l'emploi (chômage, CDD, contrats aidés, ...) mais d'autres incertitudes peuvent les aggraver comme un état de santé fragile ou un manque de soins, de mauvaises conditions de logement, la dépendance aux minimas sociaux, un fort taux d'endettement, le statut vis-à-vis du logement, l'attente d'autorisation de séjour en France, la précarité relationnelle également... La précarité est un risque de pauvreté. Il s'agit encore d'un risque d'enchaînement négatif des situations.

##### **B) Pauvreté :**

La pauvreté est en lien avec les ressources et les conditions de vie. Le seuil de pauvreté INSEE correspond à la moitié du niveau de vie médian, soit environ 650 euros par mois en 2003.

Pour l'année 1996 (enquête sur les revenus fiscaux de l'INSEE<sup>49</sup>), le nombre des ménages pauvres se situait autour de 1,8 million soit 8 % des ménages. 950 000 enfants de moins de 14 ans vivent au sein des ménages pauvres. L'analyse structurelle de la pauvreté montre que les plus touchés sont les familles monoparentales lorsque le lien avec l'emploi est faible. Or le nombre de familles monoparentales s'est accru de 21 % entre 1991 et 2001.

L'argent est lié à la représentation de la valeur que l'on se donne ou que l'on accorde à l'autre. Il symbolise l'image de soi, parfois même l'identité, quelquefois le lien relationnel. On voit combien il semble important de traiter cette question car si avoir des revenus pour vivre et participer socialement est essentiel, la question de l'argent soulève bien d'autres questions, notamment celle de la valorisation de la personne.

### C) Violence :

La violence vient dans certains cas, se sur-ajouter à l'exclusion. Elle peut faire partie de l'enchaînement des situations qui a été décrite dans les processus d'exclusion. A « La Chaumière » la demande d'admission des personnes hébergées est souvent motivée par un vécu de violence, ce qui leur fait abandonner leur logement, parfois leur emploi ou une sécurité financière... De plus, elles vivent cette situation de manière honteuse et dévalorisante, sans parler de l'impact sur le développement psychologique des enfants<sup>50</sup>.

La violence est l'expression de la déstructuration des liens, et il ne peut qu'exister une interaction entre rupture du lien social et celle du lien familial. Prévenir les comportements violents est essentiel aussi bien que pour les adultes. D'où l'importance d'un accompagnement adapté de qualité afin de prévenir l'exclusion et d'engager un processus durable d'insertion.

Ainsi exclusion, pauvreté, précarité, violence nécessitent un accompagnement globalisé qui vise à restaurer les personnes dans leurs capacités, à les aider à développer une autonomie et à tisser un lien social durable. A l'étude de leur problématique, les besoins de ces personnes sont mieux connus et l'accompagnement nécessaire s'éclaire.

Etre centré sur le sujet, c'est être centré sur le cœur de l'action que l'on nous demande d'évaluer. C'est aussi permettre à la personne accueillie d'analyser, d'évaluer elle-même sa progression.

---

<sup>49</sup> CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale, Document de travail : *Le travail social face à la grande pauvreté et à l'exclusion*. juin 2004. 41 p.

<sup>50</sup> CHRISTEN M., HEIM C., SILVESTRE M., et al., *Vivre sans violences*. Editions. Erès, 2004, 223 p.

Si je reprends la définition de la qualité proposée par la DGAS, après avoir étudié les besoins de l'utilisateur, il est important de se pencher sur les besoins de l'utilisateur que le droit impose ou que l'environnement recommande. Aider les personnes à recouvrer une autonomie personnelle et sociale fait partie aussi bien de nos missions que des objectifs de l'Action Sociale. D'autre part, un accompagnement personnalisé de qualité est une exigence législative.

Pour cette raison, je voudrai développer deux mots-clé : accompagnement et autonomie. Non pas connaître pour connaître au sens de la science classique, comme nous l'avons déjà vu, mais une connaissance pour l'action. Connaissance de ces deux notions pour choisir un outil d'évaluation approprié, pour connaître les objectifs d'un accompagnement de qualité et le mettre en place autant que possible.

## **1.5 La mission d'accompagnement vers l'autonomie personnelle et sociale : qu'est-ce à dire ?**

### **1.5.1 La notion d'accompagnement**

Qu'est-ce que l'accompagnement ?

L'accompagnement renvoie aux mots suivants : faire en même temps, guider, conduire, escorter. Il est donc en lien avec l'itinéraire, la trajectoire. L'accompagnement est attentif aux processus, au cheminement des personnes, à leur parcours. L'accompagnement n'est pas une relation d'assistance où la personne est suivie, prise en charge.

Il ne s'agit pas de « faire pour » la personne mais de « faire avec » la personne, même si l'on sait que parfois, il faut faire « pour » avant de faire « avec », qui doit rester l'objectif final.

C'est une relation d'engagement réciproque entre accompagnant et accompagné. C'est une démarche volontaire qui suppose envie de changement et d'évolution pour l'utilisateur et pour le travailleur social. Il s'agit d'un réel souci de négociation permanente et de « faire ensemble ». Cette relation suppose respect et adaptabilité. L'enjeu est de faire une place à l'utilisateur, de viser une personne à part entière, digne de considération, d'écoute et d'estime.

Le Guide Pratique de l'Accompagnement Social<sup>51</sup> présente les deux personnes mises en jeu :

- l'accompagnant est un référent qui permet une relation stable avec l'accompagné. Ils doivent se mettre d'accord sur les objectifs à poursuivre.

---

<sup>51</sup> UNIOPSS, *Guide Pratique de l'Accompagnement Social : fiches méthodologiques*, éditions Syros. 1995. 212 p.

Il agit dans le cadre d'un mandat, donné par une organisation en fonction des missions de celle-ci ;

- l'accompagné est inscrit dans des dynamiques personnelles et collectives d'exclusion, qu'il s'agit de comprendre, d'infléchir et d'inverser ensuite.

Dans l'ouvrage « Violence et champ social »<sup>52</sup>, l'accompagnement est défini comme étant la prise en compte du « mieux-être » de la personne, en fonction de sa situation sociale ou familiale. C'est ce mode d'approche globale de la personne qui vise l'évolution vers l'autonomie retrouvée. L'accompagnement social se tourne vers la personne. Il est plus qu'individualisé, il est personnalisé. Il doit permettre à la personne d'utiliser ses potentialités de façon qu'elles soient les plus efficaces possibles pour elle-même et son environnement dans la diversité du contexte culturel d'appartenance. En effet, l'accompagnement social mise sur les capacités de la personne à développer ses ressources propres, ses capacités d'initiative et de choix.

Ce n'est qu'en incitant, en aidant, en accompagnant la personne à agir seule, pas à pas, que les phénomènes de dépréciation de soi, de manque de confiance, de fragilité de ce public pourront s'inverser. Mais il s'agit aussi de les aider à recréer du lien social, de relier des personnes entre elles, de retisser des liens entre personne et environnement.

« Les leviers » les plus couramment utilisés sont l'emploi, la formation, le logement, la santé, les démarches administratives et l'accès aux droits. L'accompagnement s'exerce sur une période transitoire, même si elle peut être longue, difficile et aléatoire. Le long terme permet, d'ailleurs, d'agir en profondeur. Il est reconnu que si l'accompagnement intervient avant certains basculements, il est d'autant plus efficace. Il serait donc considéré comme un outil de prévention. Nous avons pu voir dans l'approche théorique de l'exclusion combien la prévention est primordiale.

L'accompagnement est un processus dynamique qui s'inscrit dans une durée définie avec des étapes et des objectifs. Il nécessite une contractualisation.

Cette contractualisation s'accompagne d'une évaluation qui permet le réajustement réciproque. Il y a lieu de rendre compte de l'action menée. La restitution doit s'appuyer sur des éléments objectifs. C'est à ce moment là qu'interviendra l'évaluation : bilan des compétences acquises, restant à acquérir et adaptation du projet d'accompagnement.

En conclusion, on voit que l'accompagnement social favorise la résolution des problèmes particuliers par le développement global de la personne. Il nécessite un engagement de l'accompagnant et de la personne accueillie, qui devient actrice de son évolution : accompagner ne signifie ni assister, ni suivre. Il y a action de part et d'autre.

---

<sup>52</sup> CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL. *Violence et Champ Social*. Editions ENSP, 2002

On ne peut pas faire sans la personne. Il y a nécessité d'évaluation pour les deux parties car des ajustements appropriés sont nécessaires de part et d'autre.

La visée de l'accompagnement sera l'autonomie personnelle et sociale.

### 1.5.2 La notion d'autonomie : ses trois dimensions

Afin de visualiser l'autonomie, J. Danancier<sup>53</sup> propose une approche en trois dimensions : l'indépendance ou la capacité d'agir et de penser personnellement, l'élargissement de l'environnement dans les espaces sociaux d'action et enfin l'appartenance ou les références identitaires de la personne. Je souhaite utiliser ces trois dimensions pour approcher la notion d'autonomie.

#### A) L'indépendance :

Etymologiquement, autonomie<sup>54</sup> vient du grec « autos » : soi-même, et de « nomos » : loi, c'est-à-dire décider pour soi-même.

L'autonomie c'est l'indépendance, la liberté, la responsabilité. Etre autonome, c'est se débrouiller seul, prendre des décisions, des initiatives, des responsabilités, s'assumer, s'organiser, c'est, agir, créer, se prendre en charge... En effet, l'autonomie est en lien avec le « moi », comme sujet acteur, et le « faire » par ses propres moyens.

Mais afin de se diriger soi-même, il est nécessaire de se connaître, de se distancier, penser par soi-même, se poser des questions...

#### B) Les espaces sociaux d'action :

Comme nous l'avons dit, être autonome c'est être un sujet-acteur. Mais on ne devient sujet que par rapport à un autre sujet, comme le souligne M. A. Hoffmans-Gosset<sup>55</sup>. Le meilleur exemple étant la relation de l'enfant avec sa mère à la naissance.

Ainsi être autonome ne prendrait sens qu'en étant social, c'est-à-dire construit de relations et ouvert aux relations. L'autonomie se gagne en prenant appui sur le réseau social : la mère, le père, les pairs, les compagnons, les amis, les groupes.

Ne s'agit-il pas là de participation sociale, de lien social ? La dimension sociale de l'autonomie est une préoccupation d'actualité. L'OMS définit dès 1946 dans le préambule de sa constitution, la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

---

<sup>53</sup> DANANCIER J. *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif : contexte, méthodes, outils*. Dunod, Paris, 1999. 196 p.

<sup>54</sup> LAROUSSE Dictionnaire, 100<sup>e</sup> édition, 2005.

<sup>55</sup> HOFFMANS GOSSET M. A., PORCHER L., *Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation*. Editions Chronique Sociale, 2000. 163 p.

Pour les personnes en situation de handicap, et donc privées d'une certaine autonomie, le rôle essentiel des facteurs sociaux et celui de la participation sociale n'est pris en compte que dans la nouvelle Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé en mai 2001. La première Classification Internationale du Handicap date de 1980 et proposait un modèle médical axé sur le soin à l'individu.

Désormais l'état de fonctionnement et de handicap d'une personne est considéré comme le résultat de l'interaction entre son problème de santé et les facteurs contextuels, tant personnels qu'environnementaux. Cette nouvelle classification encourage les politiques d'accessibilité pour favoriser la participation sociale.

Les façons de participer socialement sont multiples et complémentaires : sociales, relationnelles, culturelles, professionnelles... Afin d'être autonome, il ne suffit pas d'obtenir un emploi puis un appartement et de s'y retrouver seul. La participation sociale favorise le lien social.

La notion de lien social concerne toute notre société et nous n'avons jamais entendu parler autant de lien social que depuis qu'il est malmené par l'individualisation, l'instabilité familiale, le chômage, la mobilité géographique, l'urbanisation... Durkheim, un des pères de la sociologie, donne un nom au délitement du lien social, l'anomie. Elle caractérise la désaffiliation des individus dans nos sociétés modernes. Sa grande étude sur le suicide illustre ce concept. Il révèle combien le suicide est inversement proportionnel à l'intégration sociale. Il remarque que les suicides sont plus nombreux pendant les fêtes que pendant les périodes de travail, les célibataires se suicident plus que les mariés...<sup>56</sup>. Ainsi on peut regarder le suicide comme un fait individuel mais aussi comme un fait social.

Etre autonome et intégré demande à chaque individu, non seulement de faire par soi-même, mais aussi de savoir donner et recevoir en société, d'être en réciprocité.

### C) L'appartenance :

Enfin, on ne peut pas parler d'autonomie sans faire le constat de nos dépendances.

Les sources de dépendance sont nombreuses. On dépend toujours de quelque chose ou de quelqu'un. Le premier lien qu'établit l'enfant à sa naissance est le lien à sa mère, comme il a été dit plus haut, mais ce lien premier est fait aussi de dépendance entre le nouveau-né et l'adulte. Dans l'enfance, les problèmes affectifs peuvent marquer quelqu'un et le rendre dépendant toute sa vie. Dépendance qui peut s'exprimer de différentes façons par la suite : dépendance à la cigarette, à une toxicomanie, à une relation...

---

<sup>56</sup> DORTIER J. F. Individualisme et solidarité. 2004. Disponible sur Internet : <http://www.francas.asso.fr>

La dépendance peut être influencée, contraintes : influences de modèles, de groupes d'appartenance, des médias, de la société de consommation... et contraintes financières, institutionnelles...

Un être autonome est un être qui reconnaît ses dépendances. L'autonomie serait faite d'un tissu de dépendances. La dépendance est nécessaire lorsqu'elle signifie appartenance, sécurité, protection, identité. Ces besoins de dépendance coexistent avec le besoin d'indépendance. Jamais la liberté n'est une liberté entière, se dégageant de toutes les influences, de tous les devoirs. L'autonomie exige des liens : n'est-elle pas la capacité à gérer ses dépendances, en faisant en sorte qu'elles soient multiples et souples ?

Pour conclure, l'autonomie est un modèle de développement. C'est une trajectoire, une progression, un cheminement. Il n'est pas exclu qu'elle stagne, qu'elle régresse, reparte à nouveau. Elle peut être partielle : quelqu'un peut être autonome dans son emploi mais pas dans ses relations. C'est une affirmation de soi, un mieux-être, un épanouissement. Vivre se conjugue différemment pour chacun, être autonome aussi.

Ce processus peut devenir l'objet d'une démarche d'amélioration continue, mais il faudra qu'elle soit considérée dans toutes ses dimensions afin de ne pas être réduite à l'indépendance.

### **1.5.3 La parentalité : un domaine particulier en CHRS mère-enfants**

Les missions des CHRS sont résolument tournées vers l'accompagnement à l'autonomie, mais il existe un accompagnement spécifique aux CHRS mère-enfants qui concerne la parentalité.

La Conférence de la Famille de 1998 avait déjà mis l'accent sur le rôle des familles dans la construction des repères et le maintien de la cohésion sociale et donc dans la prévention de l'exclusion. Depuis, les pouvoirs publics demandent aux acteurs de l'action sociale de travailler particulièrement sur la parentalité. Dans le rapport de la Délégation Interministérielle à la Famille de 2000, il est développé pourquoi et comment travailler sur ce domaine<sup>57</sup>. Il semble fondamental que la fonction parentale, primordiale pour l'avenir des enfants, soit accompagnée et revalorisée dans le contexte actuel. Il s'agit d'un capital de ressources à mobiliser. Tout parent a quelque chose à transmettre. La famille doit retrouver ce rôle structurant qui enclenche le processus d'appartenance et de reconnaissance. Ce rapport fait également état du sentiment des familles d'être dévalorisées, assignées à leurs défaillances.

---

<sup>57</sup> DELEGATION INTERMINISTERIELLE A LA FAMILLE *Relations avec les familles : quelles compétences, quelles formations ?* 31 mai 2000.

La fonction parentale est essentielle. Elle concerne tout autant la prise en charge éducative quotidienne que celle de longue durée : le développement des potentialités individuelles, l'épanouissement des enfants ; la construction des repères, les apprentissages normatifs, la socialisation ; l'inscription dans une généalogie ou une filiation, la transmission des valeurs. Elle est aussi une fonction de protection et de solidarité.

D'autre part, la dimension paternelle de la fonction parentale est à réinvestir. Le Guide des CHRS<sup>58</sup> cite un ouvrage d'Edith Godin « C'est quoi un père ? » qui illustre combien, pour ces derniers, la séparation de la famille, et notamment des enfants, est la blessure la plus forte, la marque d'indignité la plus violente. Ce recueil de la parole des pères s'est effectué en CHRS. Ils disent combien l'accompagnement vers la reprise des liens, voire de la vie commune est le levier le plus puissant pour leur donner envie de reprendre leur destin en main.

Il semble plus que jamais nécessaire de prendre en compte la cellule familiale entière, d'en avoir une approche globale, comme il est primordial d'en valoriser le rôle.

En conclusion, l'accompagnement à la parentalité permet des bénéfices, notamment en terme de prévention de l'exclusion, de revalorisation, d'autonomie, de socialisation aussi bien pour les parents que pour les enfants, citoyens et parents de demain.

Les concepts d'évaluation et de qualité amènent à porter notre regard sur la compréhension et l'analyse des problèmes à traiter, le choix des modalités d'intervention et les résultats que l'on doit viser. Avant l'exigence évaluative, ce travail était déjà effectué par les travailleurs sociaux. Reste ensuite à trouver un outil adapté qui traduise cela de façon tangible, méthodologique.

La personne en tant que telle n'est pas évaluable. Seules ses difficultés, ses potentialités, son cheminement, sa production en actes peuvent l'être, à un instant et dans un contexte donnés. L'approche qualitative de l'action sociale et médico-sociale est bien évidemment difficile, pour des raisons éthiques mais aussi en raison d'un côté intangible et du fait même de la nature humaine complexe et unique. Un détour par une approche quantitative, mais probabiliste sera nécessaire.

Dans la deuxième partie, voyons comment l'organisation du CHRS « La Chaumière » et le cheminement de l'institution, peuvent servir les missions qui lui sont confiées.

---

<sup>58</sup> LALLEMAND D., *Le guide des CHRS : références et évolutions*. FNARS en collaboration avec les éditions ASH, Paris, 2002. 181 p.

## **2 DEUXIEME PARTIE : L'ELABORATION D'UNE CULTURE DE L'EVALUATION EN LIEN AVEC UN PROJET D'ETABLISSEMENT**

Les CHRS se trouvent aujourd'hui dans une période de turbulence avec des budgets de plus en plus réduits, dans un contexte d'aggravation de la crise sociale et la montée de l'urgence.

Les directions des établissements doivent être très vigilantes à mettre en place un accompagnement de qualité adapté aux problématiques d'exclusion, de pauvreté, de précarité et de violence. Elles doivent être vigilantes au management des personnels, au développement de leurs compétences et de leur expertise afin de leur permettre de faire face à leur tâche professionnelle de plus en plus difficile.

Pour cela, il s'agit de mettre à la disposition des usagers, comme des professionnels divers outils fiables et cohérents.

Sept cents CHRS en France, partagent cette préoccupation. Ils offrent environ 35 000 places d'urgence et d'insertion. Les femmes seules avec enfants occupent un tiers des places.

### **2.1 Les caractéristiques de la population du CHRS « la Chaumière »**

#### **2.1.1 La population accueillie**

A un niveau géographique, 76 %<sup>59</sup> des résidentes arrivent du département des Bouches-du-Rhône, dont 36 % de Marseille. 17 % sont issues de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Globalement, nous différencions trois groupes de personnes hébergées :

- un premier groupe majoritaire est constitué de mères de famille (45 % ont entre 25 et 35 ans) dont la problématique est celle d'une rupture conjugale faisant suite, pour la plupart d'entre elles, au comportement violent du conjoint ;
- un deuxième groupe sont des jeunes femmes de moins de 25 ans (28 %) enceintes et/ou jeunes mères. Leur admission fait suite à l'exclusion du milieu familial et/ou d'une rupture conjugale suite à des violences ;
- un troisième groupe apparu durant les années 99/2000, est celui des demandeurs d'asile (17 %), qui est en diminution aujourd'hui.

---

<sup>59</sup> Statistiques 2002 pour la population accueillie au CHRS « la Chaumière » : 98 femmes et 174 enfants.

D'une manière plus générale, elles sont issues de milieux sociaux déjà en difficulté. Souvent leur passé institutionnel les ont fragilisées (14 % ont vécu un placement institutionnel lorsqu'elles étaient mineures). Elles évoquent, en général, un milieu familial déstructuré, un contexte de vie instable et insécurisant. Bien souvent, la relation amoureuse a été surinvestie, tout en étant exempte d'un projet relationnel de couple. Cette relation se solde souvent par un échec.

La naissance des enfants, lorsqu'ils sont désirés, est dans la plupart des cas, vécue comme une compensation face à certaines situations. Par exemple, la naissance d'un enfant peut être vécue comme l'une des seules valorisations possibles ou encore pour les très jeunes, comme une tentative désespérée de renouer le dialogue avec leurs parents.

Ces jeunes femmes vivent des situations sociales très précaires, au moment de la naissance de leur premier enfant ou, pour les plus âgées, après une rupture de vie commune, qui a pu être longue.

Elles se retrouvent souvent sans logement ou ne bénéficient pas d'un logement approprié (17 % bénéficiaient d'un hébergement familial ou amical, 32 % étaient en foyer, 21 % en hôtel meublé, 20 % seulement avaient un domicile personnel). Le logement peut être vécu comme lieu de solitude et d'angoisse alors qu'il devrait être un lieu de vie où la personne s'épanouit, se valorise par l'investissement du logement, par sa bonne localisation...

Elles se retrouvent également sans revenus (30 %). C'est une période difficile à vivre aussi bien matériellement que psychologiquement.

Au niveau de la santé, l'inscription à la Sécurité Sociale ou à la CMU ne signifie pas obligatoirement qu'elles prennent soin d'elles aussi bien en matière d'hygiène de vie (tabac, par exemple), que de prévention ou de soins. 52 % se disent dépressives et 5 % ont des antécédents d'ordre psychiatrique. L'absence d'une bonne image de soi les empêche de prendre leur corps en considération.

Leur manque ou leur insuffisance de formation (40 % savent lire, écrire, compter, 8 % sont illettrées, 73 % n'ont aucune formation), l'absence d'expérience de travail (54 % n'ont jamais travaillé), leur dépendance aux minimas sociaux (RMI = 10%, API = 37 %) ou aux revenus d'un conjoint absent ou avec lequel elles sont dans une procédure de séparation ou de divorce, le surendettement éventuel (15 % ont des dettes) concourent à ces difficultés sociales.

Ceci les amène à demander un hébergement en CHRS, en raison de l'absence de solidarités familiales fortes (26 % ont un contact totalement rompu avec leur famille).

La demande d'aide de ces femmes est souvent déclenchée par un incident ponctuel et particulièrement intense de violence, qu'il s'agisse d'actes portés sur leur personne ou sur les enfants. Leur vécu d'abandon, de violences, qu'elles soient psychologiques,

physiques ou sexuelles (53 % sont battues), la dévalorisation de soi, l'isolement, la dépendance relationnelle qui résultent souvent de ces facteurs, la difficulté à se projeter dans l'avenir, la construction de la relation mère-enfants ou l'intégration de l'image de mauvaise mère qu'elles ont parfois (18 % confient avoir des difficultés avec leurs enfants, 13 % des familles bénéficient, à l'entrée, d'une Action Educative en Milieu Ouvert – mesure dépendant du Juge des Enfants -, 15 % ont d'autres enfants placés) les fragilisent et leur font parfois effectuer des parcours très chaotiques.

Sans parler d'itinéraires quelquefois déviants à cause de l'alcool (3 %), de toxicomanie (1 %), de prostitution (1 %) ou de délinquance.

### **2.1.2 Les caractéristiques spécifiques aux demandeurs d'asile**

Pour ce qui concerne les demandeurs d'asile, ils relèvent également de l'Aide Sociale à l'hébergement mais avec un dispositif national spécifique<sup>60</sup>.

Ces familles réfugiées possèdent souvent des syndromes post-traumatiques suite au vécu des événements dans leur pays d'origine.

Une précarité sociale conduit souvent ces personnes à vivre un véritable éclatement de leur cellule familiale déjà malmenée par l'émigration. La question de la revalorisation de ces personnes est éminemment importante. Dans l'exil, elles perdent la reconnaissance personnelle, sociale et beaucoup de leur dignité.

Ce sont des personnes, qui ont demandé soit l'asile politique (bosniaques, tchétchènes, nigériens, macédoniens...) ou l'asile territorial (algériens, presque exclusivement). La réponse aux demandes d'asile territorial était à 99 % négative. A l'heure actuelle, cette dernière a disparu au profit de l'asile subsidiaire.

Le bilan de cette étude de population fait souvent apparaître des difficultés, qui motivent certainement l'admission en CHRS. Mais le risque est là. Risque d'enfermer les personnes dans leurs difficultés, d'accentuer ainsi leur propre dévalorisation et risque pour les travailleurs sociaux de se paralyser devant la lourdeur de la tâche. Ceci pourrait produire un effet « boule de neige » ou pour choisir une autre image, une spirale négative qui entraînerait travailleurs sociaux et usagers dans une direction contraire à leurs objectifs. Alors qu'il s'agit, en CHRS de permettre à la personne de faire le point, de mobiliser ses savoir-faire, les développer, à se regarder positivement. Les CHRS doivent être des lieux où des apprentissages cognitifs et relationnels sont possibles,

---

<sup>60</sup> Ce sont des CHRS spécifiques : les CADA, qui assurent l'hébergement et le suivi pendant la procédure d'examen de leur demande d'asile ; les CPH, qui prennent en charge les réfugiés six mois après l'obtention du statut afin de les préparer à une insertion durable.

favorisant ainsi une démarche de renforcement des compétences sociales, et donc d'insertion

## **2.2 La création du CHRS et son organisation**

### **2.2.1 L'Association « Femmes Responsables Familiales »**

L'association «Femmes Responsables Familiales » est à l'origine de la création du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale «La Chaumière » spécialisé dans l'accueil mère – enfant : 57 mères et 116 enfants.

Il est situé sur la commune de La Roque d'Anthéron, village de 4 500 habitants, situé dans le nord du département des Bouches-du-Rhône. Le grand centre urbain, Marseille, se trouve à 60 kilomètres, mais le village bénéficie d'une situation centrale, entre Aix-en-Provence et Salon, éloignés de 25 à 30 kilomètres. La commune est limitrophe avec le département du Vaucluse, Avignon étant à 50 kilomètres.

A la Roque d'Anthéron, une politique touristique, sanitaire et médico-sociale ont été menées dans les années 1970 par le maire et président de l'Association, aux idées humanistes.

Il souhaitait réguler l'exode de la population vers les villes en créant des emplois. Dans le village, il était préoccupé par un fait sociologique en augmentation : de plus en plus de femmes se retrouvaient seules à élever des enfants et sans travail.

Le village dont l'activité essentielle était, à cette époque, l'agriculture avait besoin de s'ouvrir à d'autres secteurs d'emploi. C'est dans ce contexte que le CHRS a été créé en 1978 par l'Association « Femmes Responsables Familiales ».

L'agrément du CHRS par l'Etat concerne les femmes de 16 à 40 ans et les enfants de 0 à 10 ans, pour l'hébergement, la réadaptation et la réinsertion de femmes, mères de familles en difficultés morales, matérielles et familiales.

La création de cet établissement arrive peu après les premiers textes reconnaissant l'existence des centres de réadaptation sociale.

La loi du 19 novembre 1974 donne un socle légal à l'Aide Sociale à l'Hébergement et la loi n° 75-535 du 30 janvier 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales reconnaît les CHRS comme des établissements sociaux financés par l'Aide Sociale.

La circulaire du 10 septembre 1979, plus connue sous le nom de circulaire 44, relative à l'organisation du travail des «handicapés sociaux » permet, en même temps que le CHRS, l'ouverture d'un atelier intégré au fonctionnement financier du centre : « atelier de réentraînement au travail et à l'effort pour des séjours de courte et moyenne durée ».

La préoccupation de l'association est alors d'aider ces personnes à travailler. Elles pouvaient le faire dans cet atelier en faisant garder leurs enfants dans une crèche adjointe à l'établissement pour l'accueil des tous petits. Les plus grands fréquentent

l'école du village. Cette crèche de quarante berceaux est ouverte également aux bébés du village afin d'éviter la ségrégation entre personnes hébergées et habitants de La Roque d'Anthéron. D'autre part, vu la population accueillie et le contexte de ces années-là, un service médical a été adjoint avec infirmière et puéricultrice.

En ce qui concerne l'hébergement, chacune bénéficie d'un studio personnel.

Le CHRS est financé par l'Etat, avec une DGF mais les financements en direction des femmes enceintes ou des enfants de moins de trois ans, risquent d'être modifiés. En effet, depuis 1986, il existe une « nouvelle » répartition des compétences entre l'Etat et les Départements. Le CHRS « La Chaumière » accueille des familles dont certaines sont composées de jeunes femmes enceintes et de mères avec enfants de moins de trois ans. Cette dernière catégorie devrait être prise en charge par le Conseil Général, au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance. Depuis 1986, l'état a continué cette prise en charge financière. Un projet de conventionnement récent stipule que *« l'admission de femmes enceintes et/ou de femmes isolées accompagnées d'enfants de moins de trois ans pourra faire l'objet d'un accord préalable de prise en charge financière par les services du Conseil Général »*. On peut sous-entendre qu'il y a la possibilité de refus d'un financement état pour les accueillir.

## **2.2.2 D'un fonctionnement à renouveler à la nécessité d'un nouveau projet**

« La Chaumière » était un système relativement clos puisque tous ces services annexes favorisaient peu l'accès au droit commun.

Le travail d'accompagnement était très centré sur les problématiques individuelles et se focalisait alors sur les problèmes de violence, d'abandon, de rejet vécu par les résidentes. Cet accompagnement se polarisait sur leurs difficultés autour desquelles, il s'organisait.

Il s'agissait davantage d'une prestation « pour », d'assistance, de maternage.

La réinsertion professionnelle était secondaire dans la préoccupation des résidentes, comme dans celles de l'établissement. Il suffisait qu'elles fréquentent l'atelier qui était occupationnel malgré une rémunération, qui n'ouvre pas droit à un bulletin de salaire.

Le service médical était un passage obligé pour le suivi et les soins. Dans des projets individualisés peu formalisés, les enfants n'étaient pas suffisamment pris en compte.

L'accompagnement « suivait » de trop près les péripéties des vies des résidentes. Les professionnels n'avaient pas la possibilité de recul, même si des réunions hebdomadaires étaient l'occasion de faire le point des événements et démarches, sans cadre fort d'intervention. Les bonnes intentions étaient présentes, mais la qualité des pratiques, insuffisante. Peu de technicité existait. L'équipe était déjà pluridisciplinaire. Les professions choisies étaient disparates : moniteurs éducateurs, animateurs,

diététicienne, esthéticienne, conseillère conjugale... La responsabilité de l'accompagnement était diluée sur le groupe.

Cet état de fait nuisait à l'accompagnement et à la motivation des équipes qui s'essouffaient ou se préoccupaient plus de leur fonctionnement à l'intérieur de l'établissement, que de leurs missions. En effet, les services étaient assez cloisonnés et cela pouvait donner lieu à certaines rivalités. Il était alors difficile d'activer la pluridisciplinarité.

L'équipe de direction était insatisfaite de cet état de faits. Elle aspirait à un renouvellement des pratiques, à un recrutement et à une organisation plus en cohérence avec les missions de l'établissement, ses valeurs et les exigences des politiques publiques.

Pour permettre un accompagnement de qualité, adapté à la problématique des personnes accueillies, elle s'est alors donnée comme objectif l'établissement d'un nouveau projet avec comme axes prioritaires : ouverture, formation, évaluation.

### **2.2.3 Evolution de l'organisation de « La Chaumière » et ouverture à l'environnement**

A l'heure actuelle, la Chaumière fonctionne dans un cadre délimité mais ouvert à l'extérieur. Cette organisation permet aux personnes accueillies de retrouver leurs droits et les prépare à l'accès au droit commun. On pourrait dire qu'il s'agit d'une prestation « pour », qui les prépare à une prestation « avec », c'est-à-dire de passer de l'assistance à l'autonomisation des personnes accueillies.

Par exemple, le service médical est devenu un service « Santé » plus axé sur l'éducation à la santé avec une possibilité de soins, si les résidentes le désirent.

L'atelier permet toujours de préparer les résidentes qui en ont besoin « *au retour à la vie ordinaire, en les confrontant au monde du travail et à ses règles* »<sup>61</sup>, mais on préfère parler comme dans la loi de Lutte Contre les Exclusions, d'Adaptation à la Vie Active.

L'accès à ces ateliers ne doit pas excéder la durée de six mois, renouvelable une fois.

L'atelier a également reçu un agrément AFPA pour pouvoir délivrer une formation d'agent de restauration avec diplôme d'état, ainsi qu'un autre agrément à la formation au permis de conduire. La voiture auto-école a pu être achetée avec une subvention du Conseil Régional. Ces deux formations sont également ouvertes à un public local bien ciblé : Rmistes, jeunes chômeurs en lien avec l'ANPE... Enfin, cet atelier est, à l'heure actuelle, pertinent pour les résidents demandeurs d'asile qui n'ont pas le droit de travailler, en milieu ordinaire.

---

<sup>61</sup> Circulaire du 10 septembre 1979, plus connue sous le nom de circulaire 44.

Le service « Enfants » fonctionne sous forme de Centre de Loisirs Sans Hébergement, les mercredis et durant les vacances scolaires. Le fonctionnement de la crèche va certainement être modifié par des événements extérieurs. En 2005, la crèche ne sera plus prise en compte dans la DGF et fonctionnera avec de nouveaux financements CAF et Communauté du Pays d'Aix. Une association indépendante sera le support d'une nouvelle gestion, plus autonome. Cela ne pourra que favoriser le développement du lien social et l'intégration au droit commun pour les résidentes du CHRS et l'interactivité avec l'environnement.

Récemment, le CHRS a fait une autre expérience d'ouverture. Afin de ne pas séparer des familles en demande d'asile, déjà en grande détresse et dans le contexte de l'application de la loi 2002/2 rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>62</sup>, nous avons accueilli sept couples avec enfants, dont l'âge de certains dépassait largement notre agrément initial de 0 – 10 ans.

Les conclusions du Schéma Départemental de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion des Bouches-du-Rhône encouragent les établissements à passer à l'accueil d'un public moins spécifique, plus large. Les CHRS vont devoir, à l'avenir, modifier leur positionnement par rapport à l'accueil exclusif de populations très ciblées.

Autrement dit, nous nous sommes ouverts à l'hébergement de familles entières, ce qui ne fut pas sans poser questions, sans venir interpellier nos modes d'intervention jusqu'alors exclusivement réservés à des familles monoparentales.

L'accueil de cette nouvelle population nous a permis de faire une autre expérience d'accueil et d'accompagnement. Cela nous encourage à faire modifier notre agrément pour continuer à accueillir des couples avec enfants, non-demandeurs d'asile.

La volonté d'ouverture de l'établissement à son environnement a permis un accompagnement plus adapté aux attentes et aux besoins des publics accueillis.

#### **2.2.4 L'inscription géographique du CHRS : d'un handicap à un atout**

A leur création dans les Bouches-du-Rhône, les CHRS mère-enfants se situaient uniquement sur Marseille. L'implantation rurale de «La Chaumière » était originale. Cette situation géographique était un handicap pour la réinsertion sociale car tout était concentré dans les grandes agglomérations.

Mais les années 1980 ont vu le retour de l'habitat vers le monde rural comme un signe de qualité de vie. La «campagne » est devenue attractive. Nous sommes devenus « riches » des potentialités offertes par plusieurs villes moyennes comme Aix-en-Provence, Salon, Pertuis et par la dynamique de certains villages. Par exemple, à Charleval, village situé à cinq kilomètres de la Roque d'Anthéron, se trouve la

---

<sup>62</sup> Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, article 13 : respect du droit à une vie familiale.

Fédération Départementale des Foyers Ruraux avec laquelle nous avons signé une convention pour une action d'alphabétisation commune aux résidentes de « La Chaumière » et aux habitants de cette zone rurale.

D'autre part, à l'heure de l'Europe, une nouvelle territorialisation se fait jour après les lois Voynet<sup>63</sup>, et Chevènement<sup>64</sup>.

Les communautés de communes, d'agglomérations et urbaines, ainsi que les « Pays » permettent un nouveau développement local plus accentué et contribuent à réduire les inégalités entre villes et monde rural.

Les grandes métropoles, comme Marseille, Lille, Strasbourg, Lyon et Paris, sont saturées en matière de logement.

Pour les résidentes, l'inscription rurale de la Chaumière permet un accès à un environnement moins anonyme qu'en ville, à une dimension plus humaine. Certaines ont su tisser des liens, s'installer dans la région, découvrir le plaisir d'habiter cette zone rurale. D'autres s'y sentent plus protégées qu'en ville, dans le sens où les risques comme la toxicomanie et la délinquance..., sont moindres et ainsi ont-elles souvent la préoccupation de protéger la socialisation de leurs enfants. Elles découvrent la ruralité comme une forme nouvelle de bien-être. Elles peuvent aussi orienter leur choix vers des villes moyennes dont le nombre autour du CHRS devient une grande opportunité de choix.

A La Chaumière, comment s'est-t-on inscrit dans ce monde rural ?

Un service de suite du CHRS, le « Service d'Accompagnement Social et de Suivi » était agréé en 1986 pour un seul poste de travailleur social. Il s'est inséré dans les nouveaux dispositifs liés à l'emploi et au logement.

- Le logement :

Il s'agit des dispositifs liés aux lois sur le RMI de 1988, Besson de 1990 relative au logement des plus défavorisés, et de Lutte Contre les Exclusions de 1998, les mesures ASELL sont accessibles pour les résidentes sortantes du CHRS, dans tout le département, mais aussi pour tout public dans trois cantons du nord des Bouches-du-Rhône.

---

<sup>63</sup> Loi Voynet ou loi LOADDT : loi n° 99-553 d'Orientation sur l'Aménagement et le Développement Durable du Territoire du 25 juin 1999.

<sup>64</sup> Loi Chevènement : loi n° 99-586 du 12 juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale.

Le SASS s'est développé avec une demande de partenariat de la Direction Départementale de l'Emploi afin d'utiliser son savoir-faire dans le cadre des dispositifs de MOUS pour l'Eradication de l'Habitat Indigne.

Avec l'aide de l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat, il est également présent au niveau d'une MOUS Production dont le but est la recherche et l'aide à la réhabilitation d'appartements vides ou détériorés.

Il est également habilité à exercer une Gestion Adaptée avec des objectifs particuliers pour le parc locatif privé du nord du département et pour le parc locatif public, l'OPAC de Salon, Berre, Miramas.

Toujours en partenariat avec les HLM de l'OPAC départemental, il a signé une convention de sous-location en bail glissant (Salon, Miramas) pour quelques appartements.

Ce service a su transférer son savoir-faire à l'extérieur du CHRS et les résidentes peuvent en bénéficier sans être une population stigmatisée puisque mélangée à la population rurale, de droit commun.

La Roque d'Anthéron appartient à la Communauté de Communes du Pays d'Aix. La loi Voynet reconnaît l'importance du lien social, de la qualité du milieu de vie comme composantes du développement durable. L'équilibre social de l'habitat est donc une compétence obligatoire de la communauté d'agglomérations. Le SASS participe aux travaux de réflexions menés autour du Plan Local pour l'Habitat du pays d'Aix. Il devient porteur de projet pour organiser un forum sur l'habitat. Il tente de s'inscrire dans la mise en place de l'Agglomération, la communauté d'agglomérations du pays salonais.

- L'emploi :

Le SASS a reçu trois agréments pour le suivi des mesures ASI en direction des chômeurs sur les zones rurales d'Arles, Salon et Châteaurenard.

Il est partenaire du Conseil Général pour leur programme local pour l'emploi, POLE 13, sur les zones de Saint-Rémy, Châteaurenard et Tarascon.

Enfin, il a en charge le PLIE pour les bénéficiaires du RMI et de l'API du pays d'Arles.

Tout au long de ces années, «La Chaumière » a acquis le statut de spécialiste de l'accompagnement social lié à l'emploi et au logement pour les zones rurales du nord du département qui étaient jusqu'alors le « parent pauvre » des Bouches-du-Rhône.

De fait, la progression du seul service de suite est passée de l'embauche d'un travailleur social à celle de quinze personnes rémunérées avec des crédits différents et non pérennes.

Outre le développement du partenariat, ces actions bien ciblées, hors de l'agglomération marseillaise, apportent aux résidentes un appui non négligeable pour accéder à un logement. Cela permet de prévenir la précarité, l'exclusion, les éclatements familiaux. Il s'agit d'un droit fondamental pour chaque personne, chaque famille. Les pouvoirs

publics en ont compris l'importance. On commence à parler de Couverture Logement Universelle à un moment où l'accès au logement est long et difficile, particulièrement dans notre région. L'attente moyenne pour un logement de type HLM est à l'heure actuelle de dix-huit mois.

Ainsi la nouvelle organisation du CHRS, ses prestations pour le public, son ouverture au développement local ont favorisé l'interactivité locale et sont devenus des outils pour le public accueilli, en matière d'insertion.

### **2.2.5 Evolution de la gestion des Ressources Humaines**

Au moment où l'équipe de direction a fait le choix d'ouverture, de formation et d'évaluation, certains professionnels ont eu des choix à faire. Le turn-over s'est précipité. Certains sont partis, d'autres ont préféré partir travailler dans le service externe, d'autres enfin ont saisi l'enjeu de la formation.

Un nouveau choix de recrutement s'est décidé afin de pouvoir faire appel à plus de technicité auprès des personnes accueillies. Aujourd'hui, tous les référents ont une formation d'éducateur spécialisé, et travaillent en « binôme » avec une conseillère en Economie Sociale et Familiale.

Un personnel du service Santé est parti se former à des actions d'Education à la Santé. En ce qui concerne les ateliers, il y a eu des formations de formateur pour pouvoir dispenser la formation AFPA d'agent de restauration, et une personne a pu se former aux fonctions de « moniteur d'auto-école ».

Pour l'amélioration des compétences des professionnels engagés dans l'établissement, et dans l'intérêt des personnes accueillies, la direction de « La Chaumière » a fait le choix d'encourager et de favoriser la formation à l'intervention systémique des travailleurs sociaux et des psychologues. En effet, cela semblait adapté au fait d'avoir à travailler sur les interactions familiales notamment mère/enfant, mais aussi avec d'éventuels conjoints (problématique des femmes battues, par exemple) et sur des séjours relativement courts, l'intervention systémique faisant partie des thérapie brèves. A commencé par la suite, un travail de « supervision » des équipes par un psychologue systémicien qui a renforcé cette culture.

En terme de quantité, 48,62 ETP sont salariés pour l'hébergement et le soutien, 4 pour l'atelier. Le ratio d'encadrement est de 0,28 pour le CHRS, 0,14 pour les ateliers. Pour

les CHRS, le ratio Infodas<sup>65</sup> de 1999 est de 0,26, ce qui situe l'établissement dans une moyenne nationale.

Ce projet d'ouverture et de formation a été le point de départ d'un processus de professionnalisation des équipes et a eu un effet mobilisateur pour le personnel qui était de plus en plus motivé à améliorer la qualité du service rendu. L'évaluation devait être un outil, une méthode de plus, au service de l'amélioration de l'accompagnement d'un public en grandes difficultés sociales. Nous avons considéré qu'il était opportun d'amener une réflexion sur l'évaluation des pratiques et des modes d'accompagnement.

## **2.3 La culture de l'évaluation au CHRS « la Chaumière »**

### **2.3.1 L'historique de la démarche d'évaluation**

Le projet d'établissement proposait trois axes d'évolution : ouverture, formation, évaluation. Il s'adressait aussi bien aux résidentes, qu'aux professionnels. Les valeurs pour les résidentes se basaient sur le fait que la personne est unique et globale, sur la nécessité de la valorisation de chaque personne accueillie et de son autonomisation. En ce qui concernait les acteurs sociaux, l'objectif visé était le développement de leur expertise et leur valorisation dans le cadre professionnel.

Le directeur de l'établissement rencontre en 1985 J. M. Dutrénit, professeur des universités à Lille III, en sociologie, qui traduisait en réponse concrète au niveau du travail social, les finalités du projet d'établissement. Ceci se présentait sous forme d'évaluation, préoccupation anticipée de l'équipe de direction.

Commence plus tard, une longue et étroite collaboration entre le théoricien et les acteurs de terrain dans le but de construire un référentiel d'évaluation basé sur les compétences sociales adapté au CHRS « La Chaumière ».

Après avoir passé du temps à aider les personnels à dépasser leurs craintes, qui se basaient surtout sur la peur du contrôle, il a fallu ensuite, vaincre certaines résistances qui étaient dues au scepticisme quant à l'évaluation d'une action qualitative. Il a été constitué un groupe de pilotage représentant tous les services de l'établissement, puis des sous-groupes de travail selon les domaines abordés afin d'élaborer les deux descripteurs essentiels constituant la méthode : le Descripteur de Compétences Sociales et le Descripteur des Modalités d'Accompagnement.

---

<sup>65</sup> Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. DGAS, *Le Financement des établissements et services sous compétence de l'état : résultats synthétiques. 1999*, de novembre 2000.

La détermination du directeur relayée par l'équipe de direction à laquelle j'appartiens, a été essentielle. Par-dessus toutes choses, il croyait à la nécessité et à l'efficacité de l'évaluation, et de cette théorie en particulier. Il était persuadé que les acteurs sociaux avaient à promouvoir l'idée de l'évaluation. Il a su communiquer sa motivation. Le personnel a certainement perçu le processus d'évaluation, comme un défi que l'établissement avait à relever. Habituellement absent des réunions, il a signifié par sa présence permanente à celles-ci, l'importance qu'il attachait à ce travail.

Cependant des aléas ont fait chuter, à une certaine période, la motivation des équipes. Ceci était dû à la longueur du processus qui faisait perdre de vue la visée, à l'annulation de tout le travail déjà fait par les équipes pour le recommencer ensuite, et au doute inhérent au principe de toute recherche action.

La direction, consciente de l'importance de l'enjeu, a commencé un cycle de formation, sur le diagnostic de la compétence sociale, et l'élaboration du projet éducatif individualisé qui devait en découler, en s'appuyant sur les points forts de ce diagnostic. Formation et reprise de la construction de l'outil ont été concomitantes. Cela a permis de redynamiser le processus.

En parallèle, s'effectuait le même travail dans une dizaine d'autres établissements disséminés en France, dont un CAT, un IME, un Institut pour polyhandicapés, une CAF... ce qui a abouti à la création d'une première version informatisée « Accompagnement + ».

Période, suivie d'un second « creux de vague », marquée par la difficulté d'utilisation du logiciel.

Se crée alors une association entre tous les établissements utilisateurs de la méthode Dutrénit pour concevoir un autre logiciel, plus facile d'utilisation. Les efforts croisés des uns et des autres aboutissent alors à une version accessible et conviviale du référentiel : le logiciel Promoqualts. Mais à ce moment là, des divergences d'opinion ont pour conséquence une séparation du concepteur et des utilisateurs, qui prennent des chemins différents.

### **2.3.2 Les bénéfices de la période d'élaboration de l'outil, pour l'établissement**

Toute cette démarche, lourde et exigeante, a offert à l'établissement, au-delà de la construction de l'outil d'évaluation, trois bénéfices, trois points forts identitaires, qui sont devenus une part importante des fondations sur lesquelles l'établissement peut s'appuyer encore aujourd'hui, pour continuer sa route.

- En premier lieu, les salariés de l'établissement avaient conscience de participer à une recherche-action qui était innovante. Ils ont pu faire le tour des questions, des difficultés : la peur du contrôle, la juste place qu'il faut accorder à un outil, le souci d'objectivité et le souci de véhiculer des valeurs qui faisaient consensus, par le choix des

items .... Ils ont pu acquérir, tout au long de ces années l'assurance que l'évaluation a un intérêt aussi bien pour les personnes accueillies, que pour eux-mêmes et pour l'établissement. La question, aujourd'hui dans l'établissement n'est plus « faut-il évaluer ? » mais porte bien sur le « comment évaluer le mieux possible ? ». Ils ont acquis une véritable culture de l'évaluation.

- Les différents groupes de travail ont permis une expression de chacun, une écoute et une collaboration avec l'équipe de direction, un respect du travail de l'autre, une négociation autour de points de vue différents, un décloisonnement des services, une vue d'ensemble du fonctionnement de l'établissement. Pour résumer, ils ont fait l'expérience de la participation.

- Enfin, ils ont pu acquérir un véritable langage commun basé sur la valorisation des personnes et la mise en avant de leurs compétences, la notion d'un rapport équilibré entre contributions et rétributions, la nécessité de contractualiser...

D'une culture de l'évaluation, s'est formée une véritable culture d'établissement autour des valeurs du projet d'établissement qui sont devenues plus tangibles.

### **2.3.3 La théorie des compétences sociales**

Depuis plusieurs décennies, les termes de compétence et de compétence sociale connaissent une fortune grandissante tant dans le langage courant que dans des champs disciplinaires variés comme la sociologie, les sciences de l'éducation et de la formation, la formation professionnelle, la psychologie, les ressources humaines...

Il semblerait, qu'au-delà des orientations disciplinaires, un certain nombre de points semblent faire l'objet d'un consensus : les compétences sont liées à une activité ou une tâche : une compétence est toujours une compétence pour... ; elles sont apprises : elles résultent de l'expérience ; la compétence est une notion abstraite et hypothétique : on ne peut en observer que ses manifestations ; elles sont en étroite relation avec le contexte dans lequel elles s'inscrivent »<sup>66</sup>.

Aujourd'hui, dans le monde de l'entreprise, les compétences sociales intéressent les recruteurs<sup>67</sup>, mais aussi plusieurs expériences sont relatées par rapport au développement des compétences sociales des enfants au collège ou à l'école. Au Canada<sup>68</sup>, F. Bowen, professeur au département de psychopédagogie a publié un article sur un programme « Compétence sociale et socialisation à la maternelle » afin de

---

<sup>66</sup> AVENEL F., ODEN B. Compétences et nouvelles organisations. Disponible sur Internet [http:// www. agorum. net](http://www.agorum.net)

<sup>67</sup> « Chacun est appelé à faire preuve de compétences, à prendre des responsabilités, à communiquer, à élaborer des projets et à participer à une sorte d'intelligence collective » : AVENEL F., ODEN B. Compétences et nouvelles organisations. Disponible sur Internet [http:// www. agorum. net](http://www.agorum.net)

<sup>68</sup> Enfants, violence et compétence sociale. Date de consultation 4/03/2002. Disponible sur Internet <http://www.forum.umontreal.ca/numéros/1999-2000>

prévenir la violence et le retrait social. Il parle de la compétence sociale comme de « *la capacité d'entrer en relation, de maintenir des rapports sociaux satisfaisants et d'être accepté dans un groupe de pairs. La compétence repose sur des conduites comme savoir sourire, écouter les autres, se faire des amis, aider, partager, résoudre pacifiquement des conflits interpersonnels...* ».

Cette notion semble difficile à cerner mais elle semble toujours reliée, au moins, aux capacités à être en relation.

En travail social, la notion est nouvelle.

P. Peyré en parle dans un ouvrage<sup>69</sup> Il différencie capacité qui signifie « être capable de » de la compétence<sup>70</sup>. La capacité est une compétence décontextualisée, c'est-à-dire l'expression d'une disposition à agir. Le processus de compétence sociale ne se réduit pas aux capacités qu'il met en jeu. Il n'a de sens qu'au niveau dynamique, avec des partenaires donnés, dans un contexte donné.

Les compétences sociales sont au carrefour de l'individuel et du collectif.

L'OMS a proposé en 1993, une définition des compétences psycho-sociales qui sont : « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne* »<sup>71</sup>.

P. Peyré nous propose la définition de F. Raynal et A. Rieunier datant de 1997 : les compétences sont « *l'ensemble des comportements potentiels (affectifs, cognitifs et psychomoteurs) qui permettent à l'individu d'exercer efficacement une activité considérée généralement comme complexe* ».

J. M. Dutrénit tente de définir d'une façon très pragmatique le concept de la compétence sociale sous l'angle de l'évaluation<sup>72</sup>.

La compétence sociale est constituée de trois composantes :

- des capacités spécifiques, qui ont été choisies en fonction de constatations empiriques. Le concepteur dit que l'hypothèse en a été intuitive, et la vérification expérimentale : ce sont les facteurs-clés de succès ;
- des facteurs de vie quotidienne : il faut savoir gérer sa vie quotidienne au travers des domaines qui concernent tout un chacun ;
- des éléments d'interaction : c'est le capital social.

Les aptitudes personnelles spécifiques à mettre en oeuvre sont au nombre de six :

---

<sup>69</sup> PEYRE P. *Compétences sociales et relations à autrui*. L'Harmattan, Paris, 2000. 230 p.

<sup>70</sup> LAROUSSE Dictionnaire, 100<sup>e</sup> édition, 2005 : le mot compétence vient du latin *compētentia* qui signifie : juste rapport. Définition : capacité reconnue en telle ou telle matière, et qui donne le droit d'en juger. Est compétent celui qui a des connaissances approfondies dans une matière, qui est capable d'en bien juger

<sup>71</sup> MICHAUD C., GRUET G., HOUSSEAU B. Former au développement des compétences psycho-sociales. *La santé à l'école*. Janvier/février 2004 n° 369 pp. 10-12

<sup>72</sup> DUTRENIT J. M. *La Compétence Sociale : diagnostic et développement*. L'Harmattan, Paris, 1997 – 239 p.

- 1) la motivation, c'est-à-dire l'envie d'agir,
- 2) l'anticipation, ou l'intelligence des situations, qui permet d'entrevoir les conséquences de ses choix et de ses actes ;
- 3) le sens des responsabilités ;
- 4) une image de soi cohérente et solide est nécessaire, pour oser apprendre ou entreprendre ;
- 5) un sens de l'espace convenable, qui est au fondement des mouvements et des déplacements ;
- 6) une bonne capacité d'utiliser ses acquis. En effet, il faut savoir mettre en œuvre ce que l'on a appris mais aussi savoir transférer ces apprentissages d'un domaine à l'autre.

Tout cela est évidemment nécessaire dans les différentes « disciplines implicites » de la vie quotidienne à savoir la gestion de sa formation, de sa carrière professionnelle, de sa santé, de sa vie familiale, de son habitat, de ses loisirs et de son budget.

Maîtriser ces disciplines permet de rentrer dans des relations de réciprocité positive avec les groupes sociaux, c'est-à-dire de s'y insérer et d'y rester. «La réciprocité positive », c'est le rapport équilibré entre contribution et rétribution, c'est donner et recevoir. J. M. Dutrénil s'appuie sur l'ouvrage du sociologue M. Mauss « Essai sur le don » qui date de 1926, pour expliquer sa théorie de la réciprocité positive. M. Mauss découvrait que dans toutes les civilisations, la recherche de l'équilibre entre ce que l'on donne et ce que l'on reçoit est le fondement de la vie sociale.

La compétence sociale ne serait pas complète si elle ne s'inscrivait pas dans des actes de réciprocité positive. Le concepteur distingue réciprocité positive et négative.

La contribution positive (C+), c'est apporter vraiment quelque chose à son entourage ou à soi-même, la contribution négative (C-) est le fait de faire des erreurs.

Les rétributions sont donc les actes de l'entourage du sujet. Les rétributions positives (R+) sont les actes d'aide et d'encouragement de l'entourage (et non des travailleurs sociaux), les rétributions négatives (R-) traduisent les actes qui nuisent, qui incitent à commettre des erreurs.

Le cœur de la compétence sociale se situe évidemment du côté, des contributions et des rétributions positives, même si s'abstenir de faire des erreurs est déjà un premier pas vers la compétence sociale.

Rendre chacun responsable de sa vie renvoie à l'interminable débat, dans l'histoire de la philosophie, du déterminisme et de la liberté. Avons-nous, en qualité d'être humain, un libre-arbitre, sommes-nous par conséquent, responsables ou sommes nous contraints, déterminés, et donc exonérés, de nos actes ? <sup>73</sup>

Travailler sur l'autonomisation des personnes en mettant en avant leur responsabilité, peut paraître choquant au moment où la responsabilité s'effondre dans notre société.

---

<sup>73</sup> VACQUIN M. *La responsabilité : la condition de notre humanité*. Editions Autrement, série Morales n°14, 1994. 287 p.

D'autre part, les populations accueillies ne sont pas toutes issues de la culture occidentale, et la responsabilité peut être alors perçue autrement.

On pourrait dire que la réciprocité positive, au sens de savoir donner et recevoir, peut être une représentation du lien social. La personne qui sait donner et recevoir dans tous les domaines de la vie quotidienne, participe socialement, et par conséquent vit un lien social actif.

En conclusion, la compétence sociale est synonyme d'intégration, d'autonomie. Son utilisation permettra aux usagers de consolider et d'améliorer leur processus d'insertion, en évaluant leur parcours et en permettant aux professionnels d'adapter leur accompagnement.

### **2.3.4 Présentation du référentiel**

A) Les quatre descripteurs et le projet d'accompagnement personnalisé :

A partir de ces trois éléments, qui représentent les fondements de la compétence sociale, un outil méthodologique a été construit par une représentation de l'ensemble des salariés. Il sert à établir un diagnostic en compétences sociales, à l'évaluation du parcours de la personne et à l'élaboration d'un projet individualisé.

Les items choisis, c'est-à-dire les questions posées à l'utilisateur pour représenter les différentes contributions et rétributions au croisement des domaines et des facteurs, sont en lien avec des actes de la vie quotidienne. Les actes sont plus significatifs que les opinions. L'acte observé est plus explicite, c'est-à-dire plus facile à transposer méthodologiquement.

a) *Les deux Descripteurs d'Intégration Sociale et de Possessions Sociales :*

Il existe deux descripteurs, dont la passation est unique, seulement à l'entrée de la personne dans l'établissement. Il s'agit des Descripteurs de Possessions Sociales et d'Intégration Sociale.

b) *Le Descripteur de Compétences Sociales et le Projet d'Accompagnement Personnalisé :*

Dans les deux premiers mois, est établi un diagnostic en compétences sociales au moyen du Descripteur de Compétences Sociales, en vue de l'élaboration du projet.

Ce descripteur permet de déterminer les domaines forts et faibles de la vie quotidienne de chaque personne, ainsi que leurs capacités spécifiques fortes et faibles. Il permet de visualiser l'équilibre de leurs relations avec autrui.

En effet, on est en présence d'un outil dont la moitié des actes représentent des contributions, et l'autre moitié des rétributions. Il en résulte un rapport contributions/rétributions (C/R) qui est un bon indicateur du micro-système social dans

lequel est installé le sujet. Un équilibre du rapport C/R = 1 est synonyme d'intégration, si le niveau de contributions et de rétributions est suffisant.

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé – évaluation (PAP/évaluation), établi à partir du diagnostic, permet à toute l'équipe de sélectionner les modalités de développement de cette compétence sociale en amplifiant les points forts de la personne dans le but de la faire progresser sur ses points faibles. Les points faibles pourront être travaillés dans un second temps. Cette liaison, diagnostic – projet personnalisé, est importante car comment produire un projet individualisé si on n'évalue pas la situation initiale de chaque personne ?

Diagnostic et projet d'accompagnement pourront être réévalués à six mois de séjour et tous les six mois.

c) *Le Descripteur des Modalités d'Accompagnement :*

Parallèlement, mais à partir de six mois de séjour, l'outil sert à évaluer ce que les travailleurs sociaux ont fait, indépendamment des performances de l'utilisateur.

L'équipe éducative peut ainsi mesurer l'intensité de ses modalités d'intervention et les corréler au développement des compétences sociales des résidentes. Elles sont en référence avec les six composantes de l'intervention sociale définies par J. M. Dutrénit :

- l'analyse du système des valeurs : lors de conversations, d'entretiens individuels ou collectifs, la personne a l'occasion d'exprimer, de clarifier, de confronter, d'analyser ses valeurs, ces « bonnes raisons » d'agir comme bon lui semble ;
- la médiation relationnelle organisée : par son intervention, le travailleur social rapproche la personne d'un contexte qui sera positif pour elle, la « greffe » sur d'autres milieux ;
- le contrat contribution/rétribution : de petits contrats oraux ou écrits entre usager et travailleur social, avec des objectifs limités et négociés forment une suite de défis réalistes par lesquels la personne acquiert en général une meilleure perception de la réciprocité ;
- l'acquisition de connaissances dans les différents domaines de la compétence sociale, c'est ce qu'il appelle aussi les enseignements cognitifs ;
- les applications individuelles : c'est à travers celles-ci, accompagnées d'une remédiation plus ou moins intense de la part du travailleur social que la personne s'approprie les savoirs ;
- les applications en coopération inter-individuelle, ou mieux inter-groupes sont encore plus enrichissantes pour chacun des membres du groupe car on peut y apprendre citoyenneté et solidarité.

Il n'existe pas une corrélation directe entre un acte et un effet mais c'est l'ensemble des actes qui influe sur l'ensemble des effets. L'activation, par les travailleurs sociaux, de la

totalité des modalités d'accompagnement favorise le développement global des compétences sociales des résidentes.

Avec la passation de ces différents descripteurs, se dessine un guide d'intervention pour le travailleur social référent à destination de chaque personne accueillie. Le projet d'accompagnement personnalisé définitif est un tressage entre ce guide et le projet de vie de la personne.

#### B) La passation des descripteurs :

Pour des raisons de commodité, la passation des différents descripteurs se fait à l'aide d'un logiciel de diagnostic et de développement de la compétence sociale. Au CHRS « la Chaumière », nous travaillons sur le logiciel de l'association «Promoqualts »<sup>74</sup>. Remplir ces descripteurs sans le support de l'ordinateur serait trop lourd à gérer, car il faudrait cocher les réponses, les comptabiliser, en tirer des scores totaux horizontaux, transversaux....Avec le logiciel, tout est calculé et présenté sous forme d'un tableau de résultats chiffrés et graphiques.

Il existe un travail préalable d'explication et de discussion qui a été mené aussi bien en entretien de pré-admission, qu'à l'arrivée de la résidente, puis au moment de la passation. En présence du travailleur social, la personne accueillie peut remplir les items elle-même sur l'ordinateur. On est bien dans un accompagnement « avec ».

Il est important de préciser que le travailleur social n'est pas derrière son ordinateur, il est, à côté de la personne en difficulté, devant l'ordinateur. Pour un descripteur de compétences sociales, cela représente 224 items qui concernent tous les domaines de la vie quotidienne. L'éducateur référent n'est pas là pour remplir une grille mais il s'agit d'un support de plus, pour l'accompagnement. C'est un moment d'échange, de dialogue, de questionnement basé sur une relation déjà établie.

L'ordinateur peut choquer certains mais il est, en général, bien accepté par les résidentes. Il peut-être très utile en faisant tiers entre l'usager et le travailleur social.

L'établissement est enregistré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés et respecte ses recommandations.

La périodicité des passations s'est organisée en lien avec les articulations des demandes de renouvellement de séjour que le CHRS doit adresser tous les six mois à la DDASS. Pour la première période, une passation se fait dans les deux premiers mois, puis à six mois de séjour.

---

<sup>74</sup> PROMOTION de la QUALITÉ en Travail Social

C) La communication des résultats du diagnostic et le projet d'accompagnement personnalisé :

Il faut, bien évidemment être formé, à la lecture de ce diagnostic. Il s'agit d'une gymnastique intellectuelle à acquérir, ce qui peut être rapide si elle est souvent pratiquée. Les résultats sont présentés sous forme de tableau chiffré ou graphique. Il faut en réaliser une interprétation parallèle.

Pour une objectivité accrue, une première interprétation des résultats écrite se prépare maintenant en aveugle, c'est-à-dire, par un travailleur social non référent. Le nom de l'utilisateur est masqué. Cet exercice permet également à toute l'équipe de « pratiquer » régulièrement et de développer une réelle expertise d'analyse.

Cette analyse en aveugle, est par la suite complétée ou modifiée par l'analyse faite en réunion de synthèse et de projet. Elle devient alors définitive et doit être transmise à la résidente. Le communiqué de cette interprétation est adapté à chaque personne. Il est l'objet d'explications, de discussions, d'échanges mais surtout il aide à l'élaboration ou l'actualisation du projet d'accompagnement personnalisé.

Ainsi le choix de cet outil nous a permis d'enclencher un processus d'évaluation, au moyen de procédures en concordance avec les objectifs poursuivis, les besoins des usagers, des personnels. Il a également permis de nous mettre, avant l'heure dans la perspective législative.

Cependant, après la présentation de cet outil, afin de prendre du recul, de le comparer et le positionner dans un panorama plus général, un tour d'horizon des outils d'auto-évaluation existants dans le secteur social et médico-social me semble nécessaire. Comment sont-ils constitués ? Ont-ils les mêmes objets et les mêmes finalités ? De quelle manière servent-ils la qualité ? L'outil appliqué dans l'établissement, est-il complet ?

## **2.4 L'utilisation d'autres référentiels dans le cadre des démarches qualité : qu'existe-t-il ?**

Le CNESMS doit valider, ou à défaut élaborer, les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Ceci a sans doute permis une floraison d'outils dont je ne dresse pas une liste exhaustive dans un secteur toujours en recherche, mais dont j'ai choisi ceux qui me semblent les plus marquants aujourd'hui.

A l'heure actuelle, les outils diffèrent quant à leurs objets et finalités. On peut repérer deux façons d'aborder l'évaluation : celle qui se situe au niveau des moyens, ce qu'effectue la plupart des outils et l'évaluation du travail social lui-même au niveau des résultats.

A ce propos, F. Charleux<sup>75</sup> distingue deux types de référentiels : les référentiels qualité et les référentiels de compétence sociale, pour le suivi et l'évaluation de la personne accompagnée.

#### **2.4.1 Les référentiels qualité**

A) Le guide d'auto-évaluation « ANGELIQUE » pour les EHPAD :

Cette auto-évaluation est un préalable à la signature obligatoire du Conventionnement Tripartite entre établissement, Etat et Conseil Général. L'outil porte sur les attentes et la satisfaction des usagers et de leur famille, l'accompagnement social et médico-social apporté aux pensionnaires, l'établissement et son environnement, la démarche qualité proprement dite. La mise en oeuvre de cette démarche demande l'implication des représentants des personnels de tous les services ; les promoteurs du référentiel préconisent en outre la participation des résidents. Après un diagnostic, un plan d'amélioration de la qualité est établi et fait partie de la convention pluriannuelle.

L'outil semble reconnu dans le secteur social et médico-social :

*« Cet instrument constitue à ce jour le premier et seul référentiel existant dans le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui soit d'autre part complet, testé, validé sur le terrain et globalement consensuel. L'outil force l'admiration car il embrasse la totalité des diverses composantes d'une prise en charge, tout en restant d'un maniement simple et pratique : suffisamment subtil pour refléter la réalité, tout en évitant le syndrome de l'usine à gaz ».*<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup> CHARLEUX F., GUAQUERE D., *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale : outils, méthode et mises en oeuvre*. ESF éditeur, Paris, 2003. 246 p.

« en permettant à l'établissement l'examen détaillé de son fonctionnement, mais également la conception et la mise en œuvre de son programme d'amélioration, le référentiel Angélique s'impose comme un dispositif de management de la qualité en EHPAD »<sup>77</sup>

B) Le guide pour des interventions de qualité de l'ANCREAI :

Le guide est organisé en trois grands plans : le service rendu à l'utilisateur, les projets et les droits, les ressources. Chaque plan, ou sous plan du référentiel, est décliné en prérequis, puis associé à un ensemble d'indicateurs. Aucun standard de performance n'est proposé, il appartient à chaque établissement connaissant les obligations du secteur, de fixer son niveau d'exigence. Il est applicable à tout type d'établissement.

Il s'agit d'une méthode d'auto-évaluation qualitative, fondée sur un questionnement systématique et qui paraît être adaptable à tout type d'établissement du secteur social et médico-social mais il n'existe aucune organisation de la démarche d'amélioration.

C) Le guide de l'UNIOPSS : « L'ambition Associative : guide pour interroger nos pratiques »

Ce guide est organisé à partir d'un tableau qui croise les quatre « valeurs structurantes » qui sont spécifiques aux associations, c'est-à-dire la primauté de la personne, la non-lucrativité et les solidarités que l'UNIOPSS dénomme valeurs politiques, et la dynamisation du tissu social avec la veille et les innovations sociales, valeurs stratégiques.

Ces quatre valeurs se déclinent au niveau des neuf parties prenantes au projet associatif : le bénéficiaire, l'adhérent, l'entourage, l'administrateur, le salarié, le partenaire, le financeur, la collectivité publique et la société.

Pour chaque rubrique partie prenante/valeur, est formulé un principe de conduite associative et d'engagements qui lui correspondent. A chaque engagement est associé des questions qui servent de repères.

L'UNIOPSS n'impose pas de bonnes pratiques, c'est-à-dire le « comment faire », pour arriver au résultat, chaque association devant définir les siennes selon ses particularités et son contexte, le repérage et la correction des dysfonctionnements formant en eux-mêmes une bonne pratique.

---

<sup>76</sup> BAUDURET J. F., JAEGER M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale : histoires d'une refondation*. Dunod, Paris, 2002. 322 p. (p. 156)

Il s'agit d'un guide résolument tourné du côté du projet associatif. Il espère aider à interroger de façon collective et à refonder le projet associatif. Même s'il s'inspire dans sa conception de référentiels « qualité », il ne s'intéresse pas à ce qui relève seulement de ses établissements et services, il ne reprend pas les obligations légales et réglementaires.

C'est ce qui fait son originalité et on peut penser que cette incitation au questionnement au niveau de l'association peut entretenir positivement son engagement, son action, sa cohérence quelquefois malmenés. Cependant, même si projet associatif et projet d'établissement sont liés, ils sont distincts. L'évaluation ne doit-elle pas porter seulement sur la dimension technique et professionnelle du projet ? Comment concilier démarche qualité et liberté associative ?

D) Le guide d'évaluation interne « CHRS + » : référentiel d'évaluation de la qualité des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

Il s'agit d'un référentiel élaboré par un groupe de réflexion inter-institutionnelle dans la région Aquitaine, en 2004. Le groupe de travail était animé par M. Laforcade, alors directeur-adjoint de la DRASS Aquitaine. Ce groupe était composé de membres de la FNARS, de directeurs et travailleurs sociaux d'établissements sociaux et médico-sociaux, d'inspecteurs et conseillers techniques de la DDASS et de la DRASS et du président du CEDIS. Ce guide est composé de onze référentiels dont il ressort trois grandes catégories :

- le référentiel en matière de droits, libertés et obligations des usagers ;
- le second référentiel est relatif à la prise en charge des usagers : accueil et orientation, admission, hébergement et conditions de séjour, insertion par le logement, insertion professionnelle, accès aux soins et promotion de la santé, préparation à la sortie du dispositif de prise en charge ;
- le troisième est relatif aux partenariats et aux modes de gestion : réseaux et inscription dans l'environnement local, projet d'établissement et gestion des ressources humaines.

Des questions sont formulées et la préoccupation du groupe de travail a été de traduire ce que les exigences faites aux CHRS apportent à l'utilisateur en terme de qualité. Il s'agit de répondre à ces questions sur une échelle à quatre niveaux.

---

<sup>77</sup> CHARLEUX F., GUAQUERE D., *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale : outils, méthode et mises en œuvre*. ESF éditeur, Paris, 2003. 246 p. (p. 77)

- Dans son introduction, M. Laforcade attire l'attention sur la nécessité de s'interroger, au préalable, sur le sens de la mission afin que la méthode ne devienne pas une procédure dont la finalité, le sens a été perdu.

Ce guide m'intéresse d'une manière particulière parce qu'appliqué essentiellement aux CHRS, en fonction de leurs missions. Il semble avoir bénéficié d'une très bonne introduction dans le secteur social et médico-social de par la présence de partenaires complémentaires indispensables : DRASS, DDASS, fédération des centres d'hébergement, directeurs et travailleurs sociaux.

A l'heure actuelle, il vient d'être testé par une vingtaine d'établissements sur la région Aquitaine. J'ai eu l'opportunité de rencontrer certains d'entre eux, lors d'un stage :

On pourrait en faire un bilan :

- tester ce guide a permis de faire comprendre aux équipes ce qu'est l'évaluation, à faire baisser les inquiétudes, et à faire ressortir l'intérêt et l'investissement des personnels dans ce travail. Cela leur a permis une vision plus précise de l'activité, de ce qui est fait, avec une possibilité de remise en question exprimée. Les échanges sur les savoir-faire de chacun ont été fructueux. Cette expérience a pu instaurer une dynamique institutionnelle.

Les établissements voient également l'intérêt d'anticiper un mouvement qui risque d'être imposé et la nécessité de choisir une méthode, un outil qui convienne. C'est une préoccupation actuelle importante au niveau des directions.

Certains considèrent le guide comme un outil d'amélioration certes, mais surtout comme un outil plus concret et plus formalisé de communication envers les pouvoirs publics.

- mais, le référentiel semble pauvre sur certains thèmes comme la socialisation ou la personne. En effet, les besoins de la personne ne sont pas pris en compte dans leur globalité mais plus orientés sur l'aspect de l'accès aux droits, emploi, logement, santé, ce qui n'est qu'un aspect du travail effectué en CHRS. Comme l'exprimait un chef de service : « les personnes sont saucissonnées en tranche de besoins, ça éloigne d'une approche globale ». Le travail d'accompagnement social à proprement parler, est absent. Par exemple, on ne peut pas évaluer si une personne a atteint l'autonomie parce qu'elle a obtenu un logement. Il faut pour cela, la « regarder » et qu'elle puisse elle-même se visualiser dans l'ensemble de sa vie, possibilité que n'offre pas cet outil.

Le référentiel est basé sur une approche du travail social qui ne serait pas la même pour tous les CHRS, par exemple, l'approche collective ou individuelle.

En conclusion, il s'agit d'un outil adapté aux problématiques des CHRS mais qui prend peu en compte la globalité de la personne accueillie et tout le travail d'accompagnement

social. Il est encore en expérimentation et comme le formulait un directeur «il est pauvre, ça veut dire qu'il peut être enrichi ». D'autre part, la démarche d'amélioration n'est pas formalisée.

#### **2.4.2 Les référentiels de compétence sociale**

##### **A) La méthode Dutrénit**

Elle est en général citée comme un des seuls outils d'évaluation de la compétence sociale. Elle est applicable à des publics différents. Aucun établissement ne peut faire l'économie de la construction de ses propres items. L'outil peut paraître compliqué à priori, mais il y gagne en pertinence et développe une philosophie sous-jacente forte en ce qui concerne l'autonomie par la valorisation des compétences des personnes, et l'intégration dans le tissu social.

##### **B) Le ROCS de J. Danancier :**

Il est apparenté à celui de Dutrénit. A priori, il paraît plus simple. Cela facilite certainement la compréhension et l'utilisation de l'outil, mais je crains qu'il n'y perde en finesse notamment en matière de réciprocité positive. Le rapport contributions/rétributions n'est pas pris en compte. Le lien social est côté à partir d'un domaine qui reflète la présence dans l'environnement, ce qui réduit le lien social au seul aspect contributif.

J. Danancier définit les compétences sociales comme des capacités particulières qu'un individu doit mettre en œuvre dans le cadre de sa vie quotidienne pour s'inscrire harmonieusement dans son environnement social<sup>78</sup>.

Le référentiel est structuré par cinq domaines : vie sociale, vie intellectuelle, rapport au corps et à la santé, vie affective et compétences dans l'environnement. Chaque domaine est défini par cinq critères et chaque critère est décliné sous la forme d'une échelle à cinq degrés. La grille est remplie par le référent à partir de son observation et de celle de l'équipe, ce qui diffère des méthodes qui font cette démarche en présence et avec la personne accueillie.

Il s'agit d'un instrument de diagnostic pour construire un projet individualisé privilégiant des actions définies en terme de mises en situations, et procéder à son évaluation.

---

<sup>78</sup> DANANCIER J. *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif : contexte, méthodes, outils*. Dunod, Paris, 1999. 196 p.

Cet outil a surtout été appliqué dans le champ du handicap.

### C) Le MAP de l'UNAPEI :

Il s'agit d'abord d'une évaluation diagnostique de l'autonomie des personnes handicapées mentales par le repérage de ce qu'elles sont capables de faire seules. En découle, la charge d'accompagnement nécessaire :

MAP 1 : correspond au niveau d'autonomie le plus faible avec un besoin d'accompagnement total et permanent

MAP 2 : surveillance forte et pérenne pour toutes les activités de la vie quotidienne

MAP 3 : conseils et accompagnement régulier

MAP 4 : aide ponctuelle

MAP 5 : léger soutien

Il s'agit plutôt d'une grille qui s'apparente à la grille AGGIR pour les personnes âgées dépendantes. L'autonomie est observée à partir de cinq domaines : relations et comportements, activités domestiques et sociales, aptitudes observées dans l'exercice d'activités, activités mentales et corporelles, pôle sensoriel. Dans ces cinq domaines, trente-six variables ont été retenues après une expérimentation poussée pour évaluer le degré d'autonomie. Chaque variable est évaluée selon trois modalités.

L'accompagnement ne se réduit pas à un exercice de simple compensation. Il doit être aussi l'occasion d'accroître l'autonomie de la personne handicapée. Le MAP n'est pas un outil d'évaluation de la qualité du service rendu. Il permet d'illustrer la possibilité méthodologique d'évaluer avec une certaine objectivité l'évolution des compétences de la personne accompagnée<sup>79</sup>.

En conclusion, on peut constater aujourd'hui la variété des outils : variété dans leurs conceptions, leurs objets, leur finalités... variété qui tient compte de différents champs d'intervention. Les outils abordant la qualité sous la forme des moyens de l'organisation me paraissent incomplets car moins centrés sur la personne accueillie et les progrès de son parcours, finalité essentielle. Les outils basés sur les compétences sociales n'abordent qu'indirectement l'amélioration du fonctionnement de l'organisation et des moyens mis en œuvre.

J'insisterai sur le fait que ces deux aspects, organisation et projets personnalisés, doivent être abordés par les outils d'évaluation pour que la qualité puisse être globalement abordée. Il serait dommage que les outils d'évaluation restent parcellaires.

### **3 TROISIEME PARTIE : L'OUTIL D'EVALUATION AU SERVICE DU MANAGEMENT DE LA QUALITE**

Si le projet est une intention qui traverse une pratique, voici comment un outil d'évaluation des compétences sociales a été mis en place, quel premier bilan on peut faire de cette expérience et comment cela a permis l'enchaînement vers une démarche qualité plus globale.

#### **3.1 Les conditions préalables de mise en œuvre de l'outil dans l'établissement**

En qualité de directrice-adjointe du CHRS « la Chaumière », je partage avec le directeur, par délégation, la responsabilité de créer des conditions favorisant la mise en œuvre d'un processus d'insertion opérant pour les personnes hébergées et d'améliorer, ainsi, la qualité de l'accompagnement. Je suis responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la dynamique d'évaluation.

Le développement de la compétence sociale me semble une réponse adaptée à la difficulté d'accompagner vers une autonomie personnelle et sociale, un public en grandes difficultés, par une approche globale, qualifiante et personnalisée.

Ma préoccupation plus particulière était que cet outil que nous avons passé du temps à construire ne soit pas un outil de façade, à côté de la vie quotidienne, dont on se servirait épisodiquement pour l'oublier tout aussi vite dans nos pratiques. Il ne s'agissait plus de se former à la théorie des compétences sociales mais de l'agir.

Afin de répondre à cette préoccupation, et avant même l'utilisation de l'outil proprement dit, j'ai pu tout d'abord décider avec le soutien de l'équipe éducative, de l'architecture d'un règlement de fonctionnement, construit de sept chapitres représentant les sept domaines de la vie quotidienne. A l'intérieur de chaque chapitre, étaient notées les contributions apportées par la personne accueillie et les rétributions qu'elle était en droit d'attendre. Ce règlement constituait un premier contrat.

Ainsi, dès l'admission, la personne accueillie se trouvait implicitement plongée dans ce « bain » de compétences sociales, en l'occurrence les domaines de la vie quotidienne qu'il était important d'aborder pendant le séjour à «La Chaumière » : les relations familiales et les relations mère-enfants, la santé, la formation, la vie professionnelle, les

---

<sup>79</sup> CHARLEUX F., GUAQUERE D., *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale : outils, méthode et mises en œuvre*. ESF éditeur, Paris, 2003. 246 p.

ressources, le logement. Le domaine « vie sociale » sera rajouté récemment car nous pensions que la dimension loisirs, par exemple, manquait.

La réciprocité positive était illustrée aussi dès l'arrivée : le centre pouvait apporter des services (restauration, hébergement individuel crèche, centre aéré, ateliers...), un accompagnement, la personne accueillie devait contribuer en répondant à des exigences éducatives (groupes de paroles, groupes « techniques », versement d'une participation et d'une épargne...).

Les valeurs que véhiculait l'outil, comme la réciprocité positive, étaient mises en acte dans le quotidien.

Lorsque nous avons pu nous servir de façon efficace de l'outil, il me semblait primordial que les travailleurs sociaux référents disposent d'un outil dont l'utilisation ne serait pas de leur responsabilité unique. Il était nécessaire que le collectif soit impliqué, et que nous puissions continuer, après l'avoir construit ensemble, à nous en servir ensemble. Je l'ai donc intégré dans les réunions de synthèse et de projet, afin que les travailleurs sociaux puissent bénéficier d'échéances précises pour les passations, et que les résultats, nécessaires au diagnostic et au projet, ne soient pas déconnectés de la réalité. L'équipe éducative du CHRS fonctionnant davantage en pluridisciplinarité après l'élaboration de l'outil, se trouve donc constituée d'éducateurs référents, de conseillères en économie sociale et familiale, de moniteurs d'enfants, d'une puéricultrice, d'une auxiliaire puéricultrice et d'éducatrice à la santé, d'une assistante sociale, de psychologues, et de moniteurs d'ateliers.

Il était nécessaire de garder un langage commun, appris pendant la construction de l'outil, et cela ne pouvait que servir l'harmonisation du travail d'équipe dans les réunions de synthèse et de projet. Pendant ces réunions, chacun doit apporter son point de vue spécifique, mais il est nécessaire de garder une cohérence d'action sinon le risque « d'écarteler » la personne accueillie est grand, ou de la rendre « folle » avec des projets contradictoires. C'est ainsi que toute l'équipe possède une grille de lecture commune des situations (le diagnostic), un plan d'action commun (activer les domaines et facteurs forts, rétablir une réciprocité positive équilibrée = PAP/évaluation). L'équipe doit garder son hétérogénéité sans être dans le conflit et la concurrence et rester riche de ses cultures multiples.

L'exemple d'un éducateur du service enfant illustre assez bien ce qui vient d'être dit. Lors d'une réunion de synthèse, il exprimait le travail important effectué entre une résidente et son enfant afin d'améliorer leur relation, avec le soutien de leur accompagnement. Or, pendant la réunion il s'est avéré primordial que cette personne recherche activement un emploi. L'éducateur du service enfant était extrêmement déçu, pensant que si la résidente trouvait un emploi, tous les efforts faits en direction de son enfant allaient être annulés. Mais en regardant l'ensemble des résultats du diagnostic de

compétences sociales, c'est-à-dire en élargissant son angle de vision, il a pu comprendre et accepter que le travail sur la relation mère-enfants ne soit pas une priorité.

D'autre part, l'évaluation permet la régulation de la distance dans la relation éducative. Elle vient relativiser la subjectivité des professionnels et devient un outil effectif d'aide à la décision. Elle vient confirmer ou infirmer une réalité ou des pistes de travail. Ces allers-retours doivent venir s'éclairer l'un, l'autre et permettre de ne pas rester « collé » à une situation par la subjectivité. L'équipe va pouvoir travailler sur les compétences réelles de la personne, et non à partir de ses propres représentations. Le sujet est ainsi au centre du dispositif. D'une manière générale, anticipant sur le bilan, il s'agit de confirmation. D'autres fois, lorsque les résultats ne concordent pas : cela donne lieu à une analyse qui peut aboutir à des modifications de notre point de vue et du projet. Enfin, lorsque l'équipe est « en panne » devant une situation difficile, elle se réfère systématiquement aux résultats de l'évaluation.

J. M. Dutrenit ne s'y trompe pas lorsqu'il écrit que tout ce qui a été étudié « *converge, vers la synthèse, clé de voûte du système* »<sup>80</sup>.

Enfin, depuis les années 2000, nous utilisons régulièrement cet outil. Nous étions très curieux, même si nous l'avions déjà expérimenté à certaines périodes, de ce qu'allait donner la pratique régulière de ce référentiel finalisé, pensions-nous !

### **3.2 Premier bilan de l'utilisation de l'outil**

J'aborderai ce premier bilan, qui est le résultat d'une expérience d'utilisation d'un outil d'évaluation basé sur les compétences sociales sous l'angle de la fonction de direction.

La fonction de direction va se décliner autour du projet d'établissement dont le directeur est le garant. Les parties prenantes du projet vont être les bénéficiaires, l'établissement dans son ensemble, les pouvoirs publics et l'association. Je souhaite établir ce bilan en points forts, points faibles pour ces quatre parties prenantes.

#### **3.2.1 Au niveau des bénéficiaires**

Je dirai que l'utilisation de cet outil a eu quatre impacts forts sur les bénéficiaires :

- L'outil est centré sur la personne accueillie. Les personnes hébergées sont assurées d'être bénéficiaires d'un accompagnement de qualité, avec un projet d'accompagnement personnalisé, qui est évalué régulièrement et modifié dans un plan d'amélioration continue. Personne n'est oublié ou laissé de côté. La personne est respectée et associée par le recueil de sa parole lors de la passation des

---

<sup>80</sup> DUTRENIT J. M. *La Compétence Sociale : diagnostic et développement*. L'Harmattan, Paris, 1997 – 239 p. (p. 190)

descripteurs. Ce n'est pas un diagnostic qui s'effectue en dehors d'elle, dont elle serait l'objet. Elle en est le sujet. Elle développe, elle-même ses compétences sociales. Il s'agit d'un processus d'apprentissage, pour l'avenir, dans le rapport à soi-même et aux autres. Ainsi, le projet personnalisé ne vise pas que le court terme. C'est cela qui régule faire « pour » et faire « avec ».

Le point faible essentiel au niveau des bénéficiaires a été leur non-participation à l'élaboration de cet outil.

En revanche, elles sont bien présentes dans l'utilisation qui en est faite. Même si cette participation peut toujours être améliorée. Si l'établissement fait des efforts implicites et explicites pour que les résidentes s'approprient le concept des compétences sociales car il les intéresse au premier chef, il me semble que l'on ne peut qu'améliorer leur connaissance de cette théorie afin de les aider dans leur parcours d'autonomisation. L'objectif est qu'elles en deviennent actrices à part entière.

- L'approche globale, méthode d'accompagnement apporté par l'outil, permet que la personne ne soit pas stigmatisée par sa difficulté, son problème. Son image de soi s'en trouve fortifiée et revalorisée. Elle est respectée dans sa qualité de personne globale et unique. La personne n'est pas qu'une femme battue, par exemple. Elle se retrouve située dans un cadre large. Cela peut l'aider à se décentrer de son problème et à développer globalement ses compétences sociales.
- La valorisation que permet l'outil est primordiale. La mise en évidence de leurs points forts dans le communiqué de la réunion de projet est toujours un moment d'intense émotion. Combien de fois n'avons-nous pas entendu dire : « c'est la première fois que l'on me parle de cette façon » ? Consolider leurs points forts, afin de les faire progresser sur leurs points faibles me semble une stratégie adaptée à un travail de développement personnel. Celui-ci est favorable à une réinsertion plus solide, qui ne se focalise pas uniquement sur l'emploi. Dès l'admission, l'outil d'évaluation est présenté par les travailleurs sociaux. Lorsqu'il est parlé du projet d'accompagnement personnalisé qui s'appuiera sur leurs points forts, les résidentes sont étonnées et n'y font pas opposition, bien au contraire. Cette présentation peut même faciliter la mise en relation initiale entre personne accueillie et travailleur social.

L'expérience fait porter notre attention sur la formulation de l'interprétation, lorsqu'il y a difficultés, afin de ne pas enfermer la personne dans un étiquetage, tel que : la personne ne sait pas gérer ses ressources. Nous préférons la formulation : la

personne montre des difficultés, à l'heure actuelle, à gérer ses ressources. Nous insistons sur le fait que c'est un résultat à un instant donné, qu'il n'est pas définitif.

Par ailleurs, la standardisation par la moyenne pouvait être un piège. On utilise quelquefois les moyennes de l'établissement, pour aider la personne à se positionner sur un chemin d'autonomisation, mais ce qui compte pour chaque personne accueillie, ce sont les progrès qu'elle peut faire, par rapport à son autonomie de départ.

L'aspect notation ou score ne pose pas de problèmes particuliers s'il est bien présenté comme une indication et non pas comme une note et qu'il est base de discussion. En revanche, la quantification de leur progrès a pu être un moyen très approprié à leur revalorisation. Nous utilisons cet aspect, à bon escient.

L'outil est en général bien accepté par les résidentes. L'aspect « test » peut être attractif. Elles sont avides d'en obtenir les résultats après les passations, ce que l'on ne parvient pas toujours à faire très rapidement.

- La visualisation de leur situation ou de leur parcours, lorsqu'il existe plusieurs descripteurs les intéresse vivement. Cela les rend plus actives, plus responsables, et renforce leur image de soi. En moyenne en 2003, les personnes ayant fait un séjour d'une année, progressaient de 62 % dans leurs compétences sociales. Leurs domaines « forts » sont en général les relations familiales, les relations mère-enfants et la santé, mais ils évoluent moins durant le séjour. Les domaines faibles dans lesquels elles progressent le plus, sont le logement, la vie active et les ressources. Le rapport contributions/rétributions tend à s'équilibrer mais d'une manière générale, elles contribuent plus qu'elles ne sont rétribuées.

Les résidentes trouvent, d'une manière générale, les interprétations des résultats, assez justes. En effet, le Descripteur de Compétences Sociales nous paraît avec le recul, d'une finesse extrême. Cette finesse nous paraît due aux trois composantes : domaines, facteurs, réciprocité positive illustrée par les contributions et les rétributions. De plus, ces dernières sont détaillées de façon subtile. Les contributions positives où on retrouve leur véritable autonomie, les contributions négatives qui peuvent rendre compte des efforts qu'elles font pour ne pas se nuire, traduisent en général leur réalité au plus près. Sans oublier le rapport contributions/rétributions qui montrent l'intensité et la qualité de leur lien social. Le seul fait que l'on parle de rétributions de l'entourage indique implicitement déjà, qu'elles ne sont pas seules au monde, qu'elles vivent en famille, en société... et lorsqu'on parle, en plus d'équilibre entre contributions et rétributions...certaines en font la découverte.

Cette finesse demande un croisement d'éléments qui peut paraître compliqué, à priori, mais il me semble primordial de ne rien abandonner, pour rendre le référentiel plus simple, vous diront certains. Le descripteur de compétences sociales, de l'avis unanime de l'équipe et de la direction, est un véritable outil de travail adapté à la mission de développement de l'autonomie personnelle et sociale. Il est judicieux, fin, pertinent....

En revanche, il est nécessaire de distinguer la pertinence du Descripteur de Compétences Sociales qui permet le diagnostic, des deux premiers descripteurs (DIS et DPS) dont les passations s'effectuent dans les quinze premiers jours de l'arrivée. Ils alourdissent considérablement l'outil, de mon point de vue. Ils ne sont pas d'une nécessité fondamentale au diagnostic. On pourrait les abandonner, pour simplifier sans dénaturer l'outil.

La précision des items qui sont le reflet d'actes réalisés par la résidante dans sa vie privée peut entraîner des réactions sur l'intrusion dans la vie privée des personnes que peut produire cet outil. C'est dans ces cas-là que l'outil informatisé peut être considéré comme faisant tiers dans la relation. D'autre part, derrière cette difficulté, se pose une question éthique : que doit-on savoir sur l'autre ? Le référent doit aider la résidante à instruire le descripteur avec tout le respect nécessaire. Mais il est bon de se dire que « *Comprendre l'autre, ça n'est pas l'expliquer au travers de telle ou telle théorie : c'est faire en sorte que lui-même ait accès à sa propre connaissance* »

<sup>81</sup>.

Cette réaction d'étonnement, voire de contestation a été peu repérée chez les résidentes mais plutôt chez les travailleurs sociaux qui ne pratiquent pas le référentiel. Par exemple, lors de présentation de l'outil dans les écoles de Conseillères en Economie Sociale et Familiale.

Il a pu être observé quelquefois, un problème d'objectivité de la part du travailleur social ou de la résidante. De la part du professionnel, lorsqu'on constate que tous les résultats des résidentes dont il est référent sont toujours très hauts ou très bas. En ce qui concerne la résidante, le premier DCS est rempli à deux mois de séjour. Pour ce premier DCS, le travailleur social la laisse répondre aux items, sans intervenir. A six mois de séjour, lorsque le travailleur social peut bénéficier d'un recul dans l'observation et dans la relation avec la personne accueillie, les réponses aux items peuvent être négociées. Ainsi, entre le premier et le deuxième DCS, on

---

<sup>81</sup> DANANCIER J. *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif. Contexte, méthodes, outils*. Dunod, Paris, 1999. 196 p. (p.53)

peut avoir quelques surprises qui donnent lieu à un travail intéressant, que la personne ait voulu se présenter sous son meilleur jour, ou qu'elle se soit dévalorisée dans ses réponses. La visée de l'objectivité est incontournable mais il s'agit d'un idéal jamais atteint parfaitement. Cependant, elle doit rester l'objet d'une recherche rigoureuse. C'est ce que nous avons recherché notamment dans les interprétations en aveugle des diagnostics.

Les items ne nous semblent pas toujours très adaptés à tous les publics accueillis, comme les couples demandeurs d'asile, même après leur régularisation. Récemment, devant l'augmentation d'un public très jeune (18-20 ans), l'équipe envisage une nouvelle fois de réadapter les items qui semblent plus appropriés à des personnes dont la moyenne d'âge est plus élevée. De plus, les travailleurs sociaux ne peuvent pas remplir les DCS lorsque la personne accueillie ne possède pas un minimum de maîtrise du français. Le projet de les faire traduire en russe et en arabe attend un moment propice de mise en œuvre !

En conclusion, accompagner la personne accueillie en lien avec un outil d'évaluation a permis à la direction du CHRS d'offrir les conditions nécessaires à la mise en place d'un processus d'insertion de qualité qui répond à leurs besoins et à leurs attentes, et dont elles sont le sujet et non l'objet. C'est bien la responsabilité du directeur de gérer globalement la qualité de la mise en œuvre du projet d'établissement et des projets individualisés.

### **3.2.2 Au niveau de l'établissement**

A) Management : de la participation à l'engagement.

Le choix de la direction de faire participer tous les salariés à la construction de l'outil, puis à son appropriation a été évident. Il s'agissait bien d'un travail d'équipe, et pas seulement de l'équipe éducative. Il fallait en créer les conditions favorables notamment par l'organisation de réunions de travail régulières, l'écoute, le travail en commun avec ce que cela suppose de respect, de gestion de conflits..., la communication à ceux qui en étaient absents... De ce fait, la participation est devenu un principe solidement ancré dans l'établissement. Nous avons pu en voir les bénéfices par la responsabilisation et l'engagement qu'a montré le personnel dans la réalisation de cet outil.

Cela s'est manifesté après l'étape de la construction par leurs demandes d'amélioration, par exemple des items qui ne leur semblaient pas toujours pertinents ou la construction d'un Descripteur de Compétences Sociales pour les enfants. En effet, la prise en compte de l'enfant dans sa propre personnalité a suscité dans l'équipe «enfants » le désir

d'élaborer un DCS qui leur soit adapté. Les facteurs sont les mêmes. Les domaines, un peu différents : famille, hygiène, possessions, logement, vie sociale, scolarité, loisirs. Le descripteur possède 168 questions et demande beaucoup de temps (trois heures, au minimum), en ce qui concerne les passations, à l'équipe qui l'a élaborée (éducateurs du service enfant, auxiliaire puéricultrice du service santé, conseillère en économie sociale et familiale, psychologue, référent qualité). En effet, ce descripteur est rempli par la mère de l'enfant, l'enfant et un éducateur du service enfant. Les équipes sont très intéressées par cette passation, qui oblige l'enfant à parler avec la mère. De plus, celle-ci visualise très vite ce qu'elle a à faire pour mieux « élever » son enfant, l'autonomiser selon son âge (il existe quatre descripteurs : pour les 3/5ans, les 6/7ans, les 8/10 ans et les 11/13 ans). Les équipes pensent qu'aucune passation n'a « été un coup d'épée dans l'eau ». La relation mère-enfants a quasiment toujours bougé après. Cependant l'équipe exprime souvent sa frustration car ils ne parviennent pas à assurer au niveau du temps, les passations systématiques pour tous les enfants. Ils le regrettent, car le référentiel est très intéressant pour travailler la parentalité. L'enfant y est respecté comme une personne unique et pas considéré seulement dans une famille, dans une fratrie.

A propos de cette expérience, nous avons pu vérifier la transférabilité de l'outil sur une population d'enfants, et surtout l'engagement d'une équipe à vouloir faire mieux.

En conclusion, l'équipe de direction a utilisé un management plus participatif avec la création et l'utilisation de l'outil d'évaluation, ce qui a eu pour effet primordial de mobiliser et responsabiliser le personnel. Cela a permis une consolidation et une pérennisation de la motivation et des compétences.

## B) Les Ressources Humaines :

### a) *Formation et référent qualité :*

La construction et la mise en place de cet outil ont demandé de ne pas négliger la formation, même sous forme de « piqûre de rappel ». Il y faut persévérance et détermination de la part de l'équipe de direction.

D'autre part, le problème de la formation des nouveaux venus, se posait, ainsi que l'entretien d'un chantier de recherche et de progression. L'outil d'évaluation a suscité dans l'équipe d'éducateurs, le désir chez une personne de se former à l'évaluation<sup>82</sup>. Ce qu'elle a pu faire dans le cadre d'un Congé Individuel de Formation. Par la suite, avec l'opportunité des embauches dans le cadre de l'ARTT, son temps de travail a pu être

---

<sup>82</sup> Université de Provence – DESS Missions et démarches d'évaluation politiques. Stratégies, pratiques.

organisé différemment : un mi-temps est consacré à l'évaluation : la formation des nouveaux venus, l'évolution de l'outil informatique, les chantiers en cours comme la modification des items s'il y a lieu, l'élaboration et la mise en place du DCS enfant, la recherche sur l'amélioration du DMA.

Le fait que ce soit une personne faisant partie intégrante de l'équipe, et non un consultant extérieur me paraît faciliter grandement l'utilisation de l'outil, par sa présence permanente dans l'établissement et son expérience. La signification de l'importance de l'évaluation pour l'équipe de direction s'est également traduite à travers ce mi-temps qui a pu être dégagé.

La formation à la systémie a été un élément facilitateur dans l'appropriation d'une méthode. L'ouverture culturelle à d'autres références comme l'intervention systémique, ou récemment le traitement des traumatismes par les mouvements des yeux (EMDR) qui est une nouvelle formation proposée aux psychologues, permet une stimulation permanente des personnels, car l'évaluation ne répond pas à toutes les questions sur la qualité de l'accompagnement.

*b) La responsabilisation et la dynamisation des équipes, en perpétuel projet :*

Un membre de l'équipe, arrivé au moment de la mise en place réelle de l'outil, exprimait avec étonnement tout le chemin parcouru : la pratique de l'analyse qui est assez uniforme aujourd'hui, le changement des items lorsque cela est nécessaire, l'ajout du domaine « vie sociale », l'élaboration des DCS enfants, la réflexion autour du DMA...

En conclusion, si on se réfère à J. M. Miramon<sup>83</sup> qui pense que la gestion des ressources humaines a pour objectif de créer des conditions optima pour un travail de qualité satisfaisant pour les professionnels, et dynamiser les salariés pour favoriser une adaptation permanente, l'utilisation du référentiel a favorisé grandement la poursuite de ces objectifs.

*C) Au niveau de l'organisation du travail dans l'entreprise et des moyens mis en œuvre :*

*a) Un langage commun :*

On a vu comment la construction du référentiel a permis à l'équipe pluridisciplinaire de développer un véritable langage commun essentiellement basé sur :

- la requalification de chaque personne ;

---

<sup>83</sup> MIRAMON J. M. *Le Métier de Directeur. Techniques et fictions*. ENSP, 2002. 271 p.

- sur la nécessaire réciprocité positive relationnelle de chacun avec un équilibre des échanges contributifs et rétributifs.

L'utilisation de l'outil n'a fait qu'accentuer et entériner ce langage commun.

Nous avons pu essayer de partager ce langage avec des travailleurs sociaux extérieurs au CHRS que l'on a pu inviter dans des réunions de synthèse et de projet (AEMO, tutelle...). Ils sont en général intéressés, mais comme cela serait plus facile si tout le monde savait parler « compétence sociale » ! Nous avons cependant constaté que ce choix de valoriser les personnes autant que possible, en mettant en avant leurs compétences fait résonance chez les travailleurs sociaux non formés au développement des compétences sociales.

Pendant la construction de l'outil, ce langage commun était propre à toute l'institution qui y avait participé. Depuis le début de son utilisation, il me semble qu'il y a maintenant deux vitesses dans l'établissement. Une première vitesse pour tous les utilisateurs présents en réunion de synthèse, une deuxième vitesse pour les services généraux et administratifs qui ne peuvent pas « pratiquer », même si les valeurs restent relativement présentes. Cette constatation a donné l'idée à l'équipe de direction d'organiser cette année une formation sur site sur le thème de la violence. Il a été établi cinq groupes dans lesquels tous les types de personnel étaient inclus. Ainsi de l'homme d'entretien à l'éducateur, cela a favorisé un langage commun à propos de la violence. Une expérience que l'on renouvellera !

*b) Le référentiel : cadre d'intervention pour le travail social :*

D'autre part, l'idée parallèle de J. M. Dutrénil était que les travailleurs sociaux, contrairement aux autres disciplines, comme la médecine, l'enseignement ....., ne disposaient pas d'un outil de diagnostic spécifique à l'action sociale qu'ils doivent accomplir et que les financeurs ne veulent plus donner de chèque en blanc aux travailleurs sociaux qui ont besoin eux mêmes, de reconnaissance.

L'outil d'évaluation a apporté à l'équipe pluridisciplinaire, outre une cohérence d'action, des repères utiles pour déterminer un canevas d'accompagnement pertinent, un cadre d'intervention sécurisant pour chaque personne accueillie, mais qui n'empêche pas d'être innovant.

Par exemple : cet outil leur demande d'aborder systématiquement tous les domaines de la vie quotidienne, certes avec plus ou moins d'intensité mais quel que soit le problème qui motive l'admission à la Chaumière. Il s'agit d'approche globale, comme cela a déjà été dit.

J'ai pu constater lors de mon premier stage dans un centre maternel niçois qui a pour porte d'entrée spécifique les difficultés de la relation mère-enfants, que l'équipe éducative est, de toutes les façons, amenée à travailler également sur les plans administratif, professionnel, financier, familial et du logement.

Mon deuxième stage s'est effectué dans des appartements de coordination thérapeutique. Même si la santé est un domaine crucial, l'équipe garde la préoccupation pour ces personnes qui pouvaient difficilement travailler, par exemple, de les orienter vers une activité, ne serait-ce que bénévole.

A « La Chaumière », le cadre d'intervention est constitué du DCS qui aboutit à un diagnostic et à un projet d'accompagnement personnalisé/évaluation mais nous avons vu dans le paragraphe de la description de l'outil qu'il existait un deuxième descripteur : le Descripteur des Modalités d'Accompagnement. Il a apporté des points positifs comme de visualiser les composantes du travail social<sup>84</sup> ou de faire établir des contrats contributions-rétributions entre le travailleur social et la résidente mais son utilisation a été plus difficile que celle du DCS.

Son remplissage par les travailleurs sociaux, la façon de coder les actions, n'était pas uniforme pour tous les services. Les cotations prenaient trop de temps.

A l'heure actuelle, après avoir abandonné momentanément la passation de ce descripteur, nous sommes de nouveau en projet car il semble qu'il manque théoriquement une partie de l'outil. Pourrions-nous continuer à évaluer l'autonomisation des personnes sans évaluer ce qui produit de l'amélioration ou pas ? Pourrions-nous continuer à évaluer le parcours de la personne accueillie, sans évaluer l'intensité de notre accompagnement social ? A quoi servirait cette évaluation, basée uniquement sur les compétences sociales des usagers ?

L'évaluation de la compétence sociale a donc apporté une réponse à une question brûlante pour le travail social : que faire et comment faire pour accompagner vers l'autonomie un public en grandes difficultés sociales et d'en réduire la tension, l'apparente contradiction.

Ne plus se mobiliser uniquement sur les difficultés des usagers, poser un regard plus valorisant et promoteur de la personne a pu permettre aux salariés le développement de leur expertise et de leur motivation, et par conséquent leur bien-être au travail et leur valorisation professionnelle.

La visualisation du processus d'insertion de la personne accueillie est un facteur qui permet de voir l'utilité ou pas de son travail, bien que d'autres facteurs puissent entrer en ligne de compte. Cela peut aider à lutter contre le burn-out.

---

<sup>84</sup> analyse du système de valeurs, médiation relationnelle organisée, contrat contribution/rétribution, enseignements cognitifs, applications individuelles, applications en coopération interindividuelle ou inter-groupes

Un membre de l'équipe exprimait qu'il s'attachait particulièrement à faire ressortir les points positifs des personnes, surtout lorsque les situations semblaient désespérées et que cela l'avait toujours aidé à aider la personne !

*c) Le référentiel : outil d'aide à la décision ou guide infaillible ?*

Le diagnostic de compétences sociales permet une lecture plus objective de la situation de la personne. Il nourrit ou interroge les hypothèses psychosociales et la réalité de situation de la résidante.

Le projet d'accompagnement personnalisé/évaluation, dans un principe d'amélioration continue, permet de réadapter sans cesse l'accompagnement en fonction du diagnostic et de son évolution.

Au fur et à mesure de l'expérience, j'avais le sentiment grandissant que le projet d'accompagnement personnalisé construit par le référentiel ne pouvait pas être suivi aveuglément. Même si la théorie de travailler systématiquement deux domaines forts et deux facteurs forts nous semble bénéfique, on ne peut pas élaborer un projet d'accompagnement sans l'adhésion effective de la personne en difficulté. Elle ne peut pas être objet d'évaluation, mais elle doit en être sujet. Ceci est déjà respecté dans le diagnostic de compétences sociales puisque son descripteur est renseigné par la personne en difficulté elle-même.

C'est ainsi que les acteurs engagés ont différencié le Projet d'Accompagnement Personnalisé de l'évaluation (PAP/évaluation = travail sur deux facteurs forts et sur deux domaines forts) du projet d'accompagnement personnalisé définitif, négocié et contractualisé. L'évaluation tient ici son rôle d'aide à la décision.

Ne faisons pas du référentiel, un outil dictatorial. Ne le dénaturons pas non plus, en s'en éloignant trop !

Le référentiel est un bon outil mais laissons-le à sa place d'outil qui vient nous apporter un éclairage essentiel sur notre pratique en vue de la meilleure intervention possible.

*d) Les moyens mis en œuvre :*

Le DMA, qu'on avait pu utiliser pendant quelques temps n'a pas donné entière satisfaction, cependant il nous a permis de repérer certain manque. En effet, si les composantes du travail social doivent, au moins être activées de façon homogène, les premières analyses de groupe des DMA, démontraient que l'établissement était peu performant sur les enseignements cognitifs et le travail collectif.

Ceci a permis de mettre en place d'une part des groupes de paroles résidentes, animés une fois par semaine par une psychologue et un référent. La visée en est thérapeutique

mais l'idée est que les résidentes soient de plus en plus actrices de leur développement, par exemple, en échangeant entre elles, sur leurs expériences personnelles.

D'autre part, des ateliers d'informations sur différents domaines ont été mis en oeuvre : logement, vie professionnelle ou formation, santé, ressources, relation mère-enfants. Cela n'est pas encore fait pour le domaine concernant les relations familiales, faute d'animateur et de la complexité du sujet à débattre mais cela ne signifie pas que cela ne se fera jamais. Ces groupes d'information ont permis d'activer d'autres modalités d'accompagnement comme l'analyse du système de valeurs, par exemple : il leur est demandé quelles sont leurs valeurs en matière de logement : préfère-t-elle la ville, la campagne, .... ou de la médiation relationnelle organisée, en invitant par exemple, un représentant de l'ANPE dans le groupe formation et emploi.

Si l'outil a permis à la direction d'adapter un peu le fonctionnement de l'établissement, il ne répond pas suffisamment à la demande d'évaluation des activités et donc des moyens mis en oeuvre.

#### D) Les coûts :

- Le coût financier est dilué sur de nombreuses années. Le coût le plus important est celui de la formation. Certaines années, le budget formation a été dépassé et rattrapé sur les budgets formation des années suivantes.

A titre indicatif, aujourd'hui, en gommant l'aspect recherche, l'association « Promoqualts » facture une formation de dix-huit jours, logiciel compris, dans le but de construire un outil adapté à un établissement spécifique : 16200 euros ou 900 euros par jour.

- Le coût en matériel notamment en matériel informatique, une vingtaine de postes, a été étalé, également, sur plusieurs années. Au départ, investi pour l'évaluation, le matériel informatique nous permet aujourd'hui de communiquer par internet, en intranet pour notamment les comptes des résidentes, des boîtes aux lettres professionnelles personnalisées, les réunions de synthèse et de projet... Les ordinateurs nous sont aujourd'hui très utiles envers les résidentes pour de petites actions de formation, par exemple sur la grossesse, le code de la route, ou...l'informatique...

- Le coût en temps : outre l'aspect temps de chaque professionnel passé à la recherche-action, la gestion du temps a été un des aspects les plus difficiles à gérer car l'utilisation du référentiel a coïncidé avec l'ARTT. Les équipes étaient dans une activité intense, qui laissait peu de place à des moments plus calmes. Leur plainte se situait souvent à ce niveau- là. Elle est légitime car il est vrai que l'évaluation est chronophage.

La question du temps passé auprès des résidentes se posait peu puisque le référentiel ne peut être rempli que par la personne accueillie. 224 questions demandent en

moyenne deux heures de passation, à deux mois de séjour, quatre mois de séjour et tous les six mois. Cela assure même d'un certain « présentisme » minimum du professionnel envers la personne dont il est le référent. Ensuite, il faut interpréter les passations, communiquer avec la résidante, discuter, continuer à réfléchir et travailler ensemble sur l'outil sans compter le travail quotidien, les autres projets comme les outils de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale... et pour peu que le référent doive préparer plusieurs réunions de synthèse et de projet dans le même mois, le temps est quelque peu bousculé.

La direction se doit d'être vigilante, qu'un équilibre soit maintenu et que l'évaluation ou l'élaboration d'autres projets laissent suffisamment de temps aux équipes pour effectuer le travail socio-éducatif basé sur une relation, sans laquelle l'accompagnement ne peut pas s'effectuer. C'est une tension permanente pour un chef d'établissement, car on ne peut pas faire d'évaluation sans y consacrer de temps.

### **3.2.3 Au niveau de l'association**

Le référentiel est connecté aux valeurs associatives, qui ont été déclinées dans le projet d'établissement : valorisation de la personne unique et globale, autonomisation des « Femmes Responsables Familiales ». L'association a validé l'outil.

### **3.2.4 Au niveau des pouvoirs publics**

En terme de bilan par rapport aux demandes des pouvoirs publics, l'originalité de cet outil est d'apporter une réponse qui permet de vérifier et d'améliorer la qualité de l'accompagnement par le biais d'une auto-évaluation, mais il offre, en même temps un canevas d'intervention que l'on pourrait nommer « bonnes pratiques ».

L'outil d'évaluation répond à nos missions définies dans la loi de Lutte contre les Exclusions : « *aider les personnes ou les familles en graves difficultés, à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale*<sup>85</sup> » et de retrouver les champs d'intervention à privilégier en CHRS : logement, emploi, santé.

De plus, le développement global de la personne aborde la résolution de problèmes particuliers tout en agissant en faveur de l'autonomie des personnes, de la cohésion sociale, et donc de la prévention des exclusions, objectifs de l'action sociale définis dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

En ce qui concerne le partenariat avec les autorités de contrôle, nous avons demandé, en 1996, au Directeur Départemental des Actions Sanitaires et Sociales des Bouches-

---

<sup>85</sup> CASF : article 345/1

du-Rhône, de valider la première mouture de cet outil, ce qu'il a pu faire. Etait-ce trop tôt ? Les changements successifs de direction au niveau de la DDASS n'ont pas permis de poursuivre un réel partenariat pourtant prometteur.

En conclusion de ce bilan, la compétence sociale s'avère un dénominateur commun entre les acteurs. L'évaluation est un outil de légitimation du directeur et de l'équipe avec laquelle il travaille. Il y a renforcement de la qualité du service rendu, en adéquation avec les missions. Elle permet la régulation et l'aide à la décision. L'outil d'évaluation stimule un management participatif et dynamisant pour les salariés.

### **3.3 En quoi l'outil d'évaluation est-il au service de la qualité ?**

Compte tenu du bilan tiré de cette expérience, en quoi cet outil d'évaluation basé sur les compétences sociales nous a-t-il permis de prendre le chemin de la qualité ? Je regarderai cette question sous différents angles.

#### **3.3.1 Du point de vue des pouvoirs publics et de la demande législative**

Je rappelle que l'évaluation de l'action sociale devient obligatoire avec évaluation interne des activités des établissements et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Les résultats de cette auto-évaluation doivent être communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Comme nous avons pu le voir tout au long de cette présentation, le référentiel d'évaluation des compétences sociales permet de répondre à la demande d'évaluation interne de « la qualité des prestations » que l'établissement délivre. Les résultats en sont communicables. Il favorise un accompagnement individualisé de qualité évaluable et réajustable comme le nécessite le respect du droit des usagers.

Le seul aspect que l'outil n'aborde pas directement est « la qualité des activités » de l'établissement, bien qu'il prépare cette analyse. La corrélation entre l'ensemble des effets produits et l'ensemble des activités mises en place nous autorise à dire que de bons résultats en terme d'autonomie des personnes accueillies, sont en lien étroit avec les modalités d'accompagnement.

#### **3.3.2 Par rapport au concept de qualité globale**

Pour les établissements sociaux et médico-sociaux, la qualité a été recherchée en adaptant au secteur social et médico-social, les logiques du concept de qualité dans

l'entreprise. Vérifions si notre démarche a répondu aux critères fondamentaux de la qualité, qui ont été étudiés dans la première partie.

- A) La relation client-prestataire de service : connaît-on les besoins de notre « client » et effectuons-nous des contrats avec lui ?

La compétence sociale me semble identifier les besoins globaux de la population accueillie en CHRS en ce qui concerne l'autonomie. Le souhait de l'intégration et de l'insertion est aussi bien le désir de l'usager que la demande des pouvoirs publics. L'outil prend bien en compte les différentes composantes de l'autonomie, qu'elles soit individuelles ou sociales.

Le diagnostic de départ identifie bien ce qui est personnel à chaque résidante. Le projet d'accompagnement personnalisé est bien centré sur les besoins de chaque « client ».

En ce qui concerne les contrats, c'est une pratique maintenant largement répandue dans le CHRS : contrats éducatifs oraux ou écrits, incluant contributions et rétributions des uns et des autres. Le contrat est aussi un des éléments obligatoires de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Nous expérimentons actuellement la mise en place, bien que le décret ne soit pas encore sorti, à ce jour.

- B) Les domaines de la qualité et le principe d'amélioration continue : existe-t-il qualité du côté du « client » c'est-à-dire qualité du résultat, et existe-t-il qualité du côté « prestataire de service » c'est-à-dire qualité du fonctionnement et vie au travail ?

Le bilan de notre expérience a démontré que l'outil d'évaluation a apporté sa contribution à la démarche qualité de manière significative surtout dans deux domaines essentiels : le résultat ou l'effet sur la personne accueillie et la vie au travail.

Les effets de notre action sociale auprès des résidentes a été le souci premier qui a motivé la démarche d'évaluation à l'intérieur du CHRS « La Chaumière », anticipant la loi du 2 janvier 2002. Même s'il s'agit d'un chemin pour chaque résidante, le CHRS peut évaluer sa démarche qualité au niveau de chaque projet personnalisé.

La question du résultat est cruciale, même si dans notre secteur la question est plus délicate. Nous avons vu comment la mesure de la compétence sociale peut répondre de façon adéquate à nos missions, aux objectifs de l'action sociale... Dans le panorama des outils, il existe peu de référentiels d'évaluation visant la qualité, en fonction des résultats. Cependant, pour ceux qui l'ont fait, cela a toujours été abordé sous l'angle de

la compétence sociale, que ce soit par l'UNAPEI avec le MAP, par Danancier avec le ROCS, ou par Dutrénit.

La majorité des outils d'évaluation interne actuels se focalise sur le fonctionnement de l'organisation. Cela me semble priver la démarche qualité d'une partie essentielle. Les deux évaluations doivent être complémentaires. Les utilisateurs de l'outil d'évaluation interne « CHRS + » ont bien exprimé la partie manquante de l'outil, à propos de l'accompagnement social de la personne considérée dans sa globalité. Il me semble que l'évaluation de cette partie n'est rigoureuse qu'en abordant les résultats, les effets de l'action sociale et non les moyens.

En ce qui concerne la vie au travail, cette dimension est primordiale : le personnel d'une entreprise d'action sociale est son premier moteur de qualité.<sup>86</sup> Que peut-on attendre des personnels pour espérer qu'ils produisent un service de qualité si ce n'est la maîtrise de leur savoir-faire et le plaisir à faire leur métier ? En cela l'outil d'évaluation que nous avons utilisé nous a permis de cheminer vers la qualité.

Je souhaiterai insister sur l'aspect de la qualification des professionnels. La formation de base dispensée dans les écoles est un socle indispensable mais l'entreprise doit avoir une politique de formation cohérente, qui améliore en continu les qualifications des personnels. La qualité de l'action sociale va dépendre largement de cette qualification. L'entreprise doit leur permettre d'améliorer leurs compétences techniques et relationnelles, au-delà du diplôme. Cela est d'autant plus nécessaire devant l'aggravation des problématiques des personnes hébergées, en lien avec l'accentuation de la crise sociale.

Les qualifications sont souvent pluridisciplinaires dans l'intervention sociale, comme dans le CHRS «La Chaumière ». La qualité de vie au travail et du service rendu demande l'articulation harmonieuse de la transversalité. Afin d'illustrer cela, j'emprunterai cette belle métaphore : « *le projet d'accompagnement bien défini en groupe est partagé par tous, y compris par l'usager, lui-même. Quel concert vont-ils jouer ensemble ? (...) Sans doute y aura-t-il un premier violon, mais sans les autres instruments... plus de concert (...) Quel beau travail pour le chef d'orchestre... mais que serait le chef d'orchestre sans les musiciens ?* »<sup>87</sup>.

---

<sup>86</sup> BAPTISTE R., *Le social mérite mieux ! Comment améliorer la qualité des prestations sociales*. Editions des deux continents, Genève, 1996. 168 p.

<sup>87</sup> HERY J. Pour le développement de nouvelles professionnalités. In *Accompagner la personne en difficulté : politiques sociales et stratégies de direction*. Dunod, Paris, 1999. pp. 134-141

C) La qualité s'exprime au travers d'une démarche d'évaluation. Par conséquent l'outil d'évaluation mesure-t-il la qualité ?

L'existence et l'utilisation effective d'un référentiel témoignent de la qualité du service rendu par l'établissement. La mesure permet d'orienter les projets d'accompagnements personnalisés. La traçabilité apparaît dans les réunions de synthèse et de projet.

D) La maîtrise des coûts :

En fonction des définitions vues au premier chapitre, il s'agit d'un outil effectif : il permet d'aboutir à une démonstration complète et vérifiable, à l'aide d'étapes déterminées, de la possibilité de développer les compétences sociales des personnes.

Il est efficace, dans la mesure où les résultats : le développement des compétences sociales, répondent aux objectifs : le développement de l'autonomie personnelle et sociale.

Il est efficient dans la mesure où avec cet outil d'évaluation, nous pouvons montrer aux tutelles comment est utilisé le financement accordé ou comment faire plus et mieux avec autant, sinon moins d'argent. Je pourrai rajouter avec moins de temps aussi.

Mais depuis 1992, l'association «FRF » a introduit presque toutes les années, des recours contentieux afin d'obtenir que les budgets du CHRS « la Chaumière » ne soient pas diminués, ce qui a été obtenu en majeure partie.

On peut se poser la question de quelle façon l'évaluation servira la maîtrise des coûts avec le système des « enveloppes fermées » car on ne peut pas faire d'évaluation sans moyens et sans temps.

Les ressources humaines représentent 80 % du budget : il est important d'en valoriser les ressources par un management et une politique des ressources humaines adaptés.

Au moment où le secteur sanitaire est aux prises avec la tarification à l'activité, l'outil d'évaluation pourrait nous permettre de proposer à nos financeurs, comme l'a fait l'expert comptable de l'établissement dans un mémoire de fin d'études, une tarification à l'acte selon le degré de compétences sociales qu'atteint la personne accueillie. Ce degré entraîne l'intensité de l'accompagnement. Cette intensité pourrait se traduire de manière financière. On entre dans la logique des tableaux de bord et de la comptabilité analytique.

### 3.3.3 Par rapport au concept de qualité sociale

Ce concept, développé par Dutrénit<sup>88</sup> et étudié dans la première partie se résume ainsi : la qualité sociale consiste à trouver une optimisation des intérêts des usagers, des professionnels et de la société à long terme.

Pour qu'il y ait qualité sociale, il faut qu'un gain existe pour les usagers, pour les professionnels et pour la société dans un mouvement de réciprocité positive.

Nous avons déjà vu comment l'outil d'évaluation favorisait un mieux-être personnel et social des personnes accueillies, la valorisation du travail social et médico-social et une expertise d'acteurs.

Reste à étudier le gain pour la société : comment mesurer ce gain, en quoi l'organisation est-elle un vecteur de réciprocité positive ? Dutrénit pense que la réponse peut s'exprimer dans une étude appelée coût-avantage encore peu répandue en France, dans notre secteur d'intervention. Afin d'illustrer cette théorie, je peux faire part d'une expérience qui a été menée au CHRS « La Chaumière », également en rapport avec l'outil basé sur les compétences sociales.

A cette date, la DDASS nous faisait part de son souhait, afin de réduire des coûts, de supprimer du CHRS « La Chaumière » le service santé et les ateliers d'adaptation à la vie active.

C'est dans ce cadre qu'a été menée cette étude coût-avantage. Il s'agissait de comparer « La Chaumière » avec un CHRS mère-enfants sans service santé et sans ateliers, situé dans une zone géographique à structure économique comparable, de sorte que les conditions de réinsertion soient similaires. Un CHRS dans le Nord-Pas-de-Calais répondait à ces critères et travaillait aussi sur le concept de valorisation des compétences sociales. Il se situe dans un département où le taux de chômage et les difficultés économiques sont semblables à ceux des Bouches-du-Rhône.

L'hypothèse à vérifier était que le développement des compétences sociales et l'existence d'un service santé et d'ateliers permettaient une diminution de la consommation médicale, et sociale, une augmentation des revenus individuels du travail de la mère.

L'étude a porté sur deux groupes de trente personnes et une vingtaine d'enfants, avant le séjour en CHRS, deux groupes pendant le séjour, et deux groupes trois ans après le séjour en CHRS.

---

<sup>88</sup> DUTRENIT J.M., *Action Sociale et qualité sociale*. L'Harmattan, Paris, 2001. 337 p.

Pour tous ces groupes, il s'agissait d'évaluer par des indicateurs choisis, leur consommation médicale et sociale. La consommation médicale était calculée grâce aux comptes individuels de la Sécurité Sociale, la consommation sociale devait être mesurée par les placements d'enfants, les tutelles, les mesures d' AEMO, les aides sociales financées par le département. Un second type de consommation sociale est représentée par les prestations des CAF : RMI, API... L'augmentation de la compétence sociale était calculée grâce aux passations déjà effectuées.

Les résultats de «La Chaumière » donnent une progression en score global. Mais surtout, les résidentes quittent une situation où les contributions sont plus fortes que les rétributions pour parvenir à un rapport plus équilibré.

Par rapport aux consommations médicales similaires dans les deux CHRS avant le séjour, la consommation est plus forte dans le Midi pendant le séjour en CHRS, en lien avec le travail du service Santé. Après le séjour, les consommations médicales des résidentes de « La Chaumière » sont divisées par quatre alors qu'elles sont constantes dans le Nord Pas-de-Calais.

Par rapport aux consommations sociales, semblables au début, elles montent en flèche en Nord Pas-de-Calais alors qu'elles sont stationnaires pour les sortantes de « la Chaumière ». Pour ce qui est des revenus du travail, les progrès sont très significatifs pour « La Chaumière » à la sortie de l'établissement.

Ensuite viennent des calculs qui mesurent les économies différentielles produites par « La Chaumière » dans les domaines d'intervention. La conclusion était que dès la fin de la première année, l'économie entre la Chaumière et Nord Pas-de-Calais compense largement la dépense supplémentaire occasionnée par la DGF de « La Chaumière ». Chaque franc supplémentaire dépensé permet d'en économiser presque deux.

Cet exemple veut démontrer que la société peut avoir un retour sur investissement mesurable par l'action sociale de qualité. Le travail social devient alors favorable aux intérêts financiers de la collectivité. Il s'agit d'une théorie intéressante dans le sens où le raisonnement ne s'effectue pas dans l'urgence. On voit à long terme le gain pour la collectivité dans son ensemble. Il s'agit d'une démarche complexe mais qui pourrait être simplifiée, si elle était généralisée, et quelque peu normalisée.

A l'heure actuelle, les financeurs construisent des indicateurs médico-sociaux économiques qui sont en cours d'élaboration qui risquent d'être très réducteurs car essentiellement basés sur le quantitatif. Le danger serait que les établissements soient

tous alignés sur les mêmes dépenses en fonction d'une moyenne nationale, quel que soit le travail dispensé.

Un deuxième danger, c'est que l'on demande aux travailleurs sociaux de travailler principalement dans l'urgence, pour être immédiatement efficace. Si le travail social devient une succession de réponses ponctuelles sans travail de fond, il y a un risque de perte de sens, comme le souligne le CSTS<sup>89</sup>.

### **3.3.4 Par rapport à la note d'information de la DGAS relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux**

Cette note cite les outils sur lesquels les établissements peuvent s'appuyer pour améliorer la qualité.

Avec les outils d'évaluation de la population prise en charge et élaboration du projet personnalisé, y figurent les outils de gestion partagée, les logiciels qualité, les guides de « bonnes pratiques », les méthodologies d'auto-évaluation, les méthodologies d'évaluation externe, les indicateurs médico-sociaux économiques.

A propos des outils d'évaluation de la situation de l'usager, la DGAS cite surtout des référentiels développés dans le champ du handicap comme le MAP de l'UNAPEI. La conclusion en est que *« les outils de cette nature contribuent sans aucun doute à l'amélioration de la qualité de la prestation délivrée, elles mobilisent les équipes, permettent d'examiner de manière itérative le fonctionnement de la structure. En revanche, elles se limitent le plus souvent à la stricte évaluation des personnes et les dimensions stratégiques ou managériales sont peu ou pas développées »*<sup>90</sup>.

Pour ma part, je dirai que l'outil d'évaluation basé sur les compétences sociales améliore la qualité de la prestation délivrée. En revanche, il est nécessaire de compléter le processus par une méthode d'évaluation interne des moyens ou autrement dit, du fonctionnement de l'organisation qui privilégie l'examen des procédures à celui des résultats.

---

<sup>89</sup> CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale, Document de travail : *Le travail social face à la grande pauvreté et à l'exclusion*, juin 2004. 41 p.

<sup>90</sup> DGAS, *Note d'information 5B n° 2004/96 du 03/03/04 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux* – février 2004 – 29 p.

### **3.4 De projets en projets ou une démarche d'amélioration continue de la qualité**

A l'heure actuelle, les projets sont nombreux pour améliorer la qualité. Mais nous devons les réaliser sur les deux années à venir. Trois projets sont indispensables.

#### **3.4.1 La mise en place des outils de la loi 2002/2**

Le livret d'accueil est en route, les projets personnalisés établis avec l'aide de l'outil d'évaluation, la Charte diffusée.

En 2003, j'ai initié la révision du règlement de fonctionnement, un des outils de la loi du 2 janvier 2002. Pour cela, nous avons constitué un groupe de pilotage restreint, avec des représentants de l'équipe de direction et éducative, un groupe de pilotage élargi avec des représentants de tout le personnel, des groupes de travail selon les domaines abordés, un groupe de résidentes. Il s'agissait là de ne pas manquer ce rendez-vous avec les résidentes et de les faire participer sur ce qui les intéresse en premier lieu. Nous avons travaillé en allers-retours ; le groupe de pilotage restreint orientait, validait ; le groupe de pilotage élargi travaillait sur les thèmes et organisait les groupes de travail, le groupe de résidentes travaillait sur la production et nous faisait retour de leurs avis et propositions. Elles nous ont aidé sur un des passages délicats, par exemple, le respect de la vie privée impliquait-il que nous devions laisser libre l'accès des visiteurs à leurs studios ou continuer à n'autoriser les visites qu'au service Accueil ? Cette question était difficile dans un CHRS dans lequel de nombreuses femmes sont victimes de violence. Un consensus s'est dégagé et les résidentes ont choisi la sécurité et de continuer à être protégées, par l'absence de visites à l'intérieur de leurs foyers.

Ce règlement est conçu toujours à partir des domaines de compétence sociale mais le plan de chaque chapitre est décliné ainsi : les valeurs de l'établissement sur le domaine concerné ; ce qu'en dit la loi ; les règles dans le CHRS ; les modalités d'application.

Nous sommes dans une période test et il devrait être validé définitivement par les résidentes, les équipes et l'Association en fin d'année. La même organisation a été faite pour le contrat.

Avec l'établissement de ce règlement, nous avons expérimenté la richesse d'un travail avec les résidentes mais aussi les difficultés, liées à leur emploi du temps avec les enfants, à leur séjour transitoire, et à leur difficulté d'effectuer le lien avec la totalité de la population hébergée.

Cela nous a préparé à la mise en place du Conseil de la Vie Sociale.

En ce qui concerne le projet d'établissement, je souhaiterai le revoir en dernier lieu, en 2006, car il est demandé que soit inclus dans le projet d'établissement les objectifs en

matière d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Or, nous n'avons pas terminé de mettre en place notre auto-évaluation.

Dans ce sens, il me semble plus intéressant de compléter notre évaluation de la prestation par un outil d'évaluation interne des activités, que l'on pourra inclure par la suite dans un nouveau projet d'établissement.

### **3.4.2 Compléter l'outil basé sur les compétences sociales par un outil d'évaluation de l'organisation interne, au profit d'une qualité plus globale**

Complément de l'outil d'auto-évaluation de la prestation, nous devons construire un autre outil d'évaluation interne, qui pourrait nous aider à faire une synthèse des outils tels qu' ANGELIQUE, CHRS +, UNIOPSS, ANCREAI.

En effet, pour un processus plus complet d'évaluation interne, un outil davantage basé sur les procédures des aspects laissés de côté par l'outil des compétences sociales ou abordés trop indirectement, sera utile et nécessaire. Cette évaluation devra viser l'admission et la sortie, la vie quotidienne (repas,...), les ressources matérielles et humaines, les services rendus à l'usager et le respect de ses droits, la communication (protocole des réunions, documents échangés...), le partenariat (conventions...), les ressources humaines et l'environnement.

Je ne souhaite pas relancer les équipes dans un processus long, par conséquent, l'organisation devra tenir compte de ce facteur. Afin de le préparer au mieux, nous nous sommes déjà attelés à l'élaboration du protocole de la réunion de synthèse et de projet, toujours avec groupe de pilotage et groupe de travail. Il est en train d'être finalisé. Nous devrions continuer avec la procédure d'admission qui demande à être revue et écrite.

### **3.4.3 Une réflexion sur la formation des résidentes aux compétences sociales**

Je souhaiterais développer avec les équipes une réflexion autour de l'appropriation du concept des compétences sociales par les résidentes elles-mêmes. La personne accueillie est déjà actrice de son projet, élaboré en concertation avec le professionnel à partir d'une grille de diagnostic remplie par elle-même. Pourquoi ne pas continuer sur le chemin d'une participation toujours plus grande de la personne accueillie à son parcours d'insertion. Comprendre le concept lui faciliterait sans doute la visualisation du parcours qu'elle a à accomplir. Elles peuvent s'en emparer et devenir des actrices à part entière de leur propre insertion au CHRS et ensuite à leur sortie. Des ateliers sur les différents domaines existent déjà, pourquoi pas sur des facteurs (motivation, estime de soi,...) et le lien social ?

En conclusion, je dirai avec J. Danancier : « La démarche évaluative ne vise pas la reconstruction globale du projet à chaque mesure. Elle apporte seulement des modalités d'adaptation ou de perfectionnement respectant les orientations de base. Elle donne au processus de changement une fluidité »<sup>91</sup>

---

<sup>91</sup> DANANCIER J. *Mener l'évaluation interne dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Dunod, Paris, 2004. 154 p.

## CONCLUSION

L'éthique et la responsabilité d'un directeur d'établissement social et médico-social encouragent la mise en place d'un accompagnement adapté aux besoins et attentes des usagers. Cela valorise le travail des professionnels et augmente leur expertise. L'organisation devient efficiente ; ceci, en accord avec le projet associatif, en fonction des missions qui lui sont confiées et des exigences des pouvoirs publics.

Ces objectifs associés à l'obligation législative d'évaluation et de qualité contenue dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ne fait que confirmer le passage obligé du « rendre compte ». L'évaluation vise les activités et la qualité des prestations délivrées par les établissements.

On peut noter une grande disparité des situations, par rapport à l'évaluation, dans le secteur social et médico-social. Il « s'est montré précurseur dans la rédaction d'outils d'auto-évaluation de l'établissement, centré sur la personne et le projet de vie »<sup>92</sup>.

L'outil d'évaluation élaboré dans le CHRS « La Chaumière » vise le diagnostic en compétences sociales de chaque résidante. Cette méthodologie probabiliste renseigne le suivi du projet d'accompagnement personnalisé. Son élaboration et son utilisation ont eu un impact profond et agissant sur l'ensemble du CHRS notamment au niveau de la participation et mobilisation des personnels, de leurs représentations de la personne en difficultés sociales, de l'harmonisation collective du travail pluridisciplinaire. Avec cette approche globale du projet personnalisé et l'utilisation de leurs potentialités, les résidentes sont davantage valorisées, respectées et soutenues dans leur chemin vers l'insertion.

On peut avancer que l'outil d'évaluation est au service du management de la qualité sociale, vis-à-vis :

- des bénéficiaires à qui l'établissement propose un accompagnement adapté à leur problématique dont la tension se situe entre grandes difficultés sociales et autonomie- insertion. L'outil centré sur les personnes accompagnées permet qu'elles soient actrices de leur développement, et non objet d'évaluation. Il favorise les apprentissages utiles à leur présent et à leur avenir ;
- des personnels qui ont pu améliorer leur expertise professionnelle par une approche globale de la personne. Leur motivation et leur mobilisation ont été renforcées. L'autonomisation des personnes accueillies s'effectuant d'abord par les apprentissages de leurs compétences ou points forts, a redonné aux professionnels

du sens et des valeurs à leur action éducative. Cadre fort d'intervention, allié à sens et valeurs, dynamise le développement de la qualité. La démarche d'amélioration continue engagée a favorisé une nouvelle culture basée sur la responsabilité des acteurs. Du travail individuel, on est passé aux engagements collectifs régulés, harmonisés.

- de la société, qui de son côté peut trouver « un retour sur investissement » par le développement des compétences sociales des personnes en grandes difficultés sociales, moins consommatrices d'argent public, à long terme.

J. M. Miramon<sup>93</sup> utilise sept verbes, qui sont autant de repères pour l'action, spécifiques au métier de directeur. L'outil d'évaluation basé sur les compétences sociales apporte sa contribution au fait de :

- décider en apportant un éclairage qui réduit la marge d'erreur ;
- déléguer à des collaborateurs compétents ;
- planifier pour mieux s'organiser, hiérarchiser des plans d'action ;
- mobiliser en redonnant sens au fonctionnement ;
- diriger en fonction des missions, du projet, et des exigences législatives ;
- communiquer avec un langage commun en interne, avec les pouvoirs publics à l'externe ;
- vivre avec le pouvoir, en permettant le pilotage, l'indispensable travail d'équipe mais aussi la prise de distance.

Il sera nécessaire de compléter cette démarche centrée sur l'accompagnement de la personne, par une évaluation interne du fonctionnement de l'établissement. Le processus sera le même. Il y faudra implication de tous les personnels et des usagers pour de nouveau : prévoir, réaliser, contrôler, améliorer, selon le processus de la roue de Deming.

L'évaluation n'étant pas le seul outil améliorant la qualité, ce chemin peut se continuer avec la mise en place des « outils » de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : règlement de fonctionnement, conseil de la vie sociale....

Le directeur garde une vigilance sur la vitalité de ce processus dynamique qui doit rester un processus de travail et non un outil réglementaire à remplir. Il s'agit de veiller à ce que la procédure ne l'emporte pas sur le processus, que la technicité ne supplante pas la relation. Le directeur œuvre à ce que l'égalité des chances<sup>94</sup> entre les enfants, entre les territoires, et entre les personnes de toutes origines, devienne une réalité.

---

<sup>92</sup> DGAS, *Note d'information 5B n° 2004/96 du 03/03/04 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux* – février 2004 – 29 p. – p. 4

<sup>93</sup> MIRAMON J. M. *Le métier de directeur. Techniques et fictions*. Editions ENSP, 2002. 272 p.

<sup>94</sup> Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, *Plan de Cohésion Sociale*. Juillet 2004. 45 p.

---

## Bibliographie

---

Ouvrages :

- BAPTISTE R., *Le social mérite mieux ! Comment améliorer la qualité des prestations sociales*, éditions des deux continents, Genève, 1996. 168 p.
- BAUDURET J. F., JAEGER M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale : histoires d'une refondation*, Dunod, Paris, 2002. 322 p.
- BONNIOL J.J., VIAL M., *Les modèles de l'évaluation*, De Boeck, Universités, Bruxelles, 1997. 368 p.
- CAMBERLEIN P. A la croisée du projet d'établissement et des politiques publiques : l'évaluation. In *Accompagner la personne en difficulté : politiques sociales et stratégies de direction*, Dunod, Paris, 1999. Chapitre 10, pp. 168-187
- CASTEL R., De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. In *Face à l'exclusion, le modèle français*. Esprit, 1991. pp. 138-168
- CHARLEUX F., GUAQUERE D., *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale : outils, méthode et mises en œuvre*, ESF éditeur, Paris, 2003. 246 p.
- CHASSERIAUX C., *Rapport au Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville : « les grandes exclusions »*, novembre 1993
- CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale, Document de travail : *Le travail social face à la grande pauvreté et à l'exclusion*, juin 2004. 41 p.
- CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL. *Violence et Champ Social*, éditions ENSP, 2002
- CHRISTEN M., HEIM C., SILVESTRE M., et al., *Vivre sans violences*. Editions. Erès, 2004, 223 p.
- DANANCIER J. *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif : contexte, méthodes, outils*. Dunod, Paris, 1999. 196 p.
- DANANCIER J. *Mener l'évaluation interne dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Dunod, Paris, 2004. 154 p.
- DELEGATION INTERMINISTERIELLE A LA FAMILLE *Relations avec les familles : quelles compétences, quelles formations ?* 31 mai 2000.
- DGAS, *Démarche qualité - Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire, Guide méthodologique*, mars 2004, 39 p.

- DGAS, Note d'information 5B n° 2004/96 du 03/03/04 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux – février 2004 – 29 p.
- DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité des institutions sanitaires et sociales, ses enjeux et méthodes*. Ed. Seli-Arsla, Paris, 2000, 268 p.
- DUTRENIT J. M., *Action Sociale et qualité sociale*. L'Harmattan, Paris, 2001. 337 p.
- DUTRENIT J. M., *La Compétence Sociale : diagnostic et développement*. L'Harmattan, Paris, 1997. 239 p.
- DUTRENIT J. M., *Evaluer un centre social*. L'Harmattan, Paris, 1994. 236 p.
- HERY J. Pour le développement de nouvelles professionnalités. In *Accompagner la personne en difficulté : politiques sociales et stratégies de direction*. Dunod, Paris, 1999. pp. 134-141
- HOFFMANS GOSSET M. A., PORCHER L., *Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation*. Editions Chronique Sociale, 2000. 163 p.
- JOING J. L., *Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Editions ESF, Paris, 1998. 139 p.
- LALLEMAND D., *Le guide des CHRS : références et évolutions*. FNARS en collaboration avec les éditions ASH, Paris, 2002. 181 p.
- LAROUSSE dictionnaire, 100e édition, 2005
- LEBOT J.M., *Aux fondements du « lien social », Introduction à une sociologie de la personne*. L'Harmattan, Paris, 2004. 200 p.
- LIEVRE P., *Evaluer une action sociale*. Editions ENSP, 2002. 115 p.
- MIRAMON J. M. *Le Métier de Directeur. Techniques et fictions*. ENSP, 2002. 271 p.
- PEYRE P. *Compétences sociales et relations à autrui*. L'Harmattan, 2000. 230 p.
- SCHALLER J.J. *Accompagner la personne en difficulté : politiques sociales et stratégies de direction*. Dunod, Paris, 1999. 212 p.
- UNIOPSS, *Guide Pratique de l'Accompagnement Social : fiches méthodologiques*, éditions Syros. 1995. 212 p.
- VACQUIN M. *La responsabilité : la condition de notre humanité*. Editions Autrement, série Morales n°14, 1994.287 p.

#### Articles :

- AVENEL F., ODEN B. Compétences et nouvelles organisations. Date de consultation 16/07/2004. Disponible sur Internet [http:// www.agorum.net](http://www.agorum.net)
- DEBORDEAUX D., Désaffiliation, disqualification, désinsertion. *Recherches et Prévision*. 1994, n° 38, pp. 93-100

- DE GAULEJAC V., TABOADA LEONETTI I. La désinsertion sociale : déchéance sociale et processus d'insertion. *Recherches et Prévisions*, 1994, n° 38, pp. 77-83
- DORTIER J. F. Individualisme et solidarité, 2004. Disponible sur Internet : <http://www.francas.asso.fr>
- Enfants, violence et compétence sociale. Date de consultation 4/03/2002. Disponible sur Internet <http://www.forum.umontreal.ca/numéros/1999-2000>
- LOUBAT J. R., L'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux, *Lien Social*, 2/09/2004 n° 719, pp. 4-12.
- MICHAUD C., GRUET G., HOUSSEAU B. Former au développement de compétences psycho-sociales. *La santé à l'école*. Janvier/février 2004 n° 369 pp. 10-12

#### Références législatives :

- Loi n° 74-955 du 19 novembre 1974
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Circulaires n° 42 du 15 juin 1976 et n° 44 du 10 septembre 1979 relative à l'organisation du travail des handicapés sociaux
- Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986, adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé.
- Loi n° 88-1088 du 1<sup>er</sup> décembre 1988 relative au RMI
- Loi Besson n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement
- Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 (Loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991)
- La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la Lutte contre les Exclusions
- Arrêté du 26 avril 1999 relatif au contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle (Réforme de la tarification des EHPAD du 24 janvier 1997)
- Loi Voynet ou loi LOADDT : loi n° 99-553 d'Orientation sur l'Aménagement et le Développement Durable du Territoire du 25 juin 1999
- Loi Chevènement : loi n° 99-586 du 12 juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale
- Décret n° 2001-576 du 3 juillet 2001 relatif aux conditions de fonctionnement et de financement des CHRS
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement
- Décret n° 32004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et autres formes de participation instituées à l'article L. 311-6 du CASF
- Plan de cohésion sociale, juillet 2004.
- Code de l'Action Sociale et des Familles

---

## Liste des annexes

---

- ANNEXE 1** Carte géographique du département des Bouches-du-Rhône
- ANNEXE 2** Les dix Commandements de la Qualité Sociale
- ANNEXE 3** Exemples d'items Descripteur de Compétences Sociales adultes
- ANNEXE 4** Exemples d'items Descripteur de Modalités d'Accompagnement
- ANNEXE 5** Exemples d'items Descripteur de Compétences Sociales enfants
- ANNEXE 6** Tableau d'évolution des moyennes en score global de Compétences Sociales pour l'année 2003 en fonction de la durée du séjour
- ANNEXE 7** Etude de cas : utilisation d'une passation du DCS lors d'une réunion de synthèse et de projet
- ANNEXE 8** Visualisation d'un parcours individuel de 24 mois avec l'évolution des compétences sociales

## ANNEXE 1 :

### Carte géographique du département des Bouches du Rhône



## ANNEXE 2 :

### Les 10 commandements pour la qualité sociale

1. **Après avoir fixé les objectifs de la démarche qualité, garder fermement le cap.**  
Il s'agit de toujours rappeler la mission essentielle des services : être encore meilleur, pour ceux qui nous font confiance et (ou) bénéficient des prestations.
2. **Etre attentif aux nouveaux paradigmes.**  
Aux frontières de nos plus grandes certitudes naissent de nouvelles conceptions qui révolutionneront la société. Chez nous, la veille sociale doit accompagner la veille technologique.
3. **La qualité des services ne peut pas dépendre que des qualités personnelles ou des contrôles externes.**  
C'est le système qualité, compris par tous, qui conditionne la survie de l'organisation.
4. **Il est essentiel de maintenir un lien de confiance avec tous nos partenaires et financeurs.**  
L'assurance qualité en est le meilleur vecteur, pour peu que l'on sache en communiquer l'esprit autant que les règles.
5. **Nos services n'ont pas toujours un prix facturé, mais ils ont un coût ...**  
Ce coût doit être le plus bas possible pour permettre au plus grand nombre l'accès aux services de qualité.
6. **La réussite de nos projets repose sur la fédération des énergies autour de critères partagés d'observation et d'évaluation des pratiques.**  
C'est pourquoi le système de formation et d'informations permanentes doit intégrer la dimension éthique, déontologique, et la connaissance des méthodes qui facilitent l'auto-apprentissage et la résolution des problèmes.
7. **Développer le leadership.**  
L'encadrement (au sein duquel se situent les responsables bénévoles) doit être vigilant à donner au personnel toute l'aide nécessaire pour encourager la rénovation continue des programmes de travail et la progression individuelle des personnes.
8. **Valoriser les rôles de tous.**  
Tous doivent être valorisés, usagers/clients comme intervenants, afin de favoriser l'émergence d'une pensée positive, facteur de progrès et d'ambitions réalistes.
9. **Organiser l'entreprise en terme de processus de travail**  
et supprimer les cloisons entre services : chacun est capable de comprendre le travail des autres.
10. **Faire ce que l'on adit vouloir faire**  
Supprimer les exhortations et incantations, les objectifs abscons, les culpabilisations ; la qualité naît du système et échappe pour l'essentiel à l'un ou l'autre des intervenants.

## **ANNEXE 3 :**

### **EXEMPLES D'ITEMS DU DESCRIPTEUR DE COMPETENCES SOCIALES CONCERNANT**

#### **LES DOMAINES « MERE-ENFANTS » ET « LOGEMENT »**

##### **DOMAINE RELATION « MERE ENFANTS »**

###### *MOTIVATION*

C+ : A gardé précieusement les productions de ses enfants (dessins, poteries, ouvrages, etc.) dans les trois derniers mois.

C- : omis (oublié, évité, refusé) de se rendre à un spectacle ou une réunion de l'école ou de la crèche, au moins une fois dans les trois derniers mois (ou, si elle est enceinte, de se rendre à une visite prénatale).

R+ : Un membre de son entourage l'a aidée à réfléchir sur son comportement face à son enfant, au moins une fois dans les six derniers mois.

R- : Une personne a refusé de lui garder un de ses enfants pour une démarche concernant l'enfant, au moins une fois dans le dernier mois.

###### *ANTICIPATION*

C+ : A organisé un loisir avec ses enfants (loué une cassette, promenade, pique-nique, crêpes....) plus d'une fois dans le dernier mois (ou si elle est enceinte, a préparé le matériel nécessaire pour le futur bébé : vêtements, poussette...).

C- : A omis (oublié, évité, refusé) de souhaiter un anniversaire ou de fêter une occasion avec ses enfants (Noël, Aïd....) au moins une fois dans les six derniers mois (ou si elle est enceinte, de se renseigner sur le développement ou les besoins d'un nourrisson).

R+ : Son entourage a offert un cadeau à l'occasion d'une naissance ou de l'anniversaire d'un de ses enfants, au moins une fois dans les six derniers mois.

R- : L'entourage lui a déconseillé de parler avec son enfant d'évènements importants à venir (puberté prochaine, entrée en crèche, à l'école, prochain travail....), au moins une

fois dans les trois derniers mois (ou, si elle est enceinte, de faire les examens de dépistage de la grossesse).

### *IMAGE DE SOI*

C+ : A présenté ses enfants à la dernière nouvelle personne qu'elle a rencontrée avec eux, au cours des trois derniers mois.

C- : A demandé plusieurs fois à ses enfants de l'appeler par son prénom, dans les trois derniers mois.

R+ : L'entourage lui a fait des compliments ou demandé des conseils sur sa manière d'éduquer ou d'être avec ses enfants plus de trois fois dans le dernier mois.

R- : L'entourage lui a fait des reproches sur sa manière d'éduquer ou d'être avec ses enfants, plus de trois fois dans le dernier mois.

### *RESPONSABILITE*

C+ : A protégé un de ses enfants de la violence d'autrui plus d'une fois dans le dernier mois (ou si elle est enceinte, s'est protégée elle-même).

C- : S'est montrée impatiente, agressive ou violente avec un de ses enfants plus de deux fois dans le dernier mois (ou, si elle est enceinte, s'est mise volontairement en situation dangereuse : violence, consommation...).

R+ : A été félicitée pour sa recherche de contact avec enseignants, animateurs,.....à l'école, au centre de loisirs, à la crèche..... au moins une fois dans le dernier mois (ou, si elle est enceinte, pour les contacts établis avec les personnes chargées du suivi de sa grossesse).

R- : Son entourage lui a déconseillé d'associer le père à des décisions importantes concernant les enfants (orientation scolaire, activités de loisirs, questions relatives à l'éducation....) plus d'une fois dans le dernier mois (ou, si elle est enceinte, à la préparation de la venue de l'enfant).

### *MAITRISE DE L'ESPACE*

C+ : A vérifié que ses enfants apprennent à un rythme correspondant à leur âge (propreté, scolarité...) au moins une fois dans les trois derniers mois. (ou si elle est enceinte, ses connaissances des étapes du développement du fœtus) : donner des exemples concrets.

C- : A évité toute sortie de loisirs avec ses enfants dans le dernier mois.

R+ : Ses enfants ont participé au rangement, la décoration, l'aménagement, d'un espace de vie pour eux dans le logement au moins deux fois dans la dernière semaine (ou si elle est enceinte, son entourage lui a expliqué le développement et les besoins du fœtus).

R- : Une personne de son entourage a refusé de la recevoir ou de sortir avec elle et ses enfants plus de deux fois dans le dernier mois.

### *UTILISATION DES ACQUIS*

C+ : A cuisiné un repas équilibré pour ses enfants au moins deux fois dans la dernière semaine (faire expliciter et voir si le repas paraît complet et équilibré).

C- : A laissé ses enfants manger seuls, en dehors de sa présence, plus de quatre fois dans le dernier mois.

R+ : Des personnes de son entourage lui ont demandé un coup de main ou un conseil à propos de leurs enfants au moins une fois dans le dernier mois.

R- : A reçu de son entourage plus de trois conseils erronés concernant ses enfants dans le dernier mois.

### *STABILITE*

C+ : A instauré et respecté un rythme régulier (coucher, repas, lever etc.) pour ses enfants, durant les trois derniers mois (ou, si elle est enceinte, a fait en temps voulu les examens nécessaires au bon suivi de sa grossesse).

C- : A dit des choses contradictoires à un de ses enfants plus de trois fois dans la dernière semaine ou, si elle est enceinte, a omis d'effectuer un examen de grossesse).

R+ : Ses enfants lui ont démontré la joie d'être avec elle, plus de trois fois dans la dernière semaine.

R- : Une personne a refusé de surveiller son enfant alors qu'elle s'y était engagée, plus d'une fois dans le dernier mois.

## **DOMAINE LOGEMENT**

### *MOTIVATION*

C+ : A invité une ou des personnes à passer un moment (repas, café, soirée) avec elle dans son logement, plus d'une fois dans le dernier mois.

C- : A laissé fermés les volets de son logement dans la journée, alors qu'elle était là, plus de trois fois dans le dernier mois.

R+ : Son entourage lui a fait cadeau d'un appareil ménager et/ou d'un meuble et/ou d'un objet de décoration, durant les six derniers mois.

R- : Son entourage a critiqué la manière dont elle a installé son logement, plus d'une fois dans le dernier mois.

### *ANTICIPATION*

C+ : A économisé régulièrement pour payer sa caution et/ou acheter son mobilier pendant les six derniers mois.

C- : Alors qu'elle disposait de ressources, s'est acquittée de son loyer avec retard, une fois au moins dans les trois derniers mois.

R+ : Son entourage a fait des démarches de recherche de logement ou d'hébergement pour elle, plus d'une fois dans les six derniers mois.

R- : Une Société HLM a négligé d'accuser réception de son dossier envoyé depuis plus d'un mois, plus d'une fois dans les six derniers mois.

### *IMAGE DE SOI*

C+ : A amélioré la décoration de son logement au moins une fois dans les trois derniers mois.

C- : A laissé les poubelles pleines dans son logement durant plus de 24 H une fois ou plus dans le dernier mois.

R+ : Son entourage lui a fait un compliment sur la tenue et/ou l'aménagement et/ou la décoration de son logement au moins une fois dans le dernier mois.

R- : Le voisinage lui a fait des remarques sur son mode de vie, perçu comme dérangeant pour lui (tapage, violence, coutumes diverses) au moins une fois dans les trois derniers mois.

### *RESPONSABILITE*

C+ : A donné suite à toutes les factures concernant son logement (loyer, électricité, eau, assurance) soit en les payant soit en demandant un délai, durant les six derniers mois.

C- : A omis (oublié, évité, refusé) de respecter le règlement intérieur de l'immeuble (bruit après 22 H, pas d'entretien des parties communes etc.), plus d'une fois dans les trois derniers mois.

R+ : Un délai de paiement ou une exonération lui a été accordée dans les six derniers mois, pour une facture impayée ou des dettes liées au logement.

R- : Son entourage lui a conseillé de ne pas payer certaines dettes liées à son logement (loyer, électricité, eau etc.) plus d'une fois durant les trois derniers mois.

### *MAITRISE DE L'ESPACE*

C+ : A repéré ou vérifié comment et quand faire appel aux services publics d'urgence de son lieu d'habitation ou de WE (pompiers, SAMU, hôpital, gendarmerie etc.), au cours des trois derniers mois.

(Attention, à La Chaumière, il faut d'abord appeler le personnel)

C- : A oublié ou perdu les informations lui permettant de se rendre à la CAF, la Sécurité Sociale, ou l'ASSEDIC, une fois ou plus au cours des trois derniers mois.

R+ : Un bailleur lui a proposé un appartement dont le nombre de pièces est adapté à la composition de la famille, une fois ou plus dans les six derniers mois.

R- : Un bailleur lui a proposé un appartement insalubre et/ou dans un quartier dégradé, une fois ou plus dans les six derniers mois.

#### *UTILISATION DES ACQUIS*

C+ : A acheté du mobilier ou du matériel utile pour l'installation de son logement actuel ou futur, au moins une fois dans le dernier mois.

C- : A investi toutes ses ressources mensuelles dans des dépenses de consommation alors qu'il lui manque des éléments d'équipement du logement, une fois ou plus dans le dernier mois.

R+ : Son entourage l'a aidée à améliorer l'aménagement de son logement au moins une fois dans les trois derniers mois.

R- : Le bailleur a omis (oublié, évité, refusé) de réaliser les travaux d'entretien à sa charge une fois ou plus dans les trois derniers mois.

#### *STABILITE*

C+ : A payé son loyer chaque mois à la date prévue, durant les trois derniers mois.

C- : A eu plus de deux hébergements successifs durant les six derniers mois.

R+ : Son bail (logement) ou sa prise en charge (hébergement) a été renouvelé la dernière fois qu'il (elle) est arrivé à échéance.

R- : Son bailleur lui a demandé de quitter les lieux durant les six derniers mois.

## **ANNEXE 4 :**

### **EXEMPLES D'ITEMS DU DESCRIPTEUR DES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT DANS LE DOMAINE « RELATIONS FAMILIALES ET VIE AFFECTIVE »**

#### **ANALYSE DU SYSTEME DE VALEUR**

L'hébergée a bénéficié d'entretiens individuels, programmée sur ses valeurs préférées et détestées à propos de la vie en famille et affective (avec un éducateur, psychologue, etc.).

0

1 = 1 à 10 fois

2 = 11 à 20 fois

3 = 21 à 30 fois

4 = 31 fois et +

#### **MEDIATION RELATIONNELLE ORGANISEE**

L'hébergée a été présentée à des personnes d'organismes extérieurs à l'établissement (travailleurs sociaux, juges, avocats, conjoint, famille, etc.) traitant de vie familiale et affective.

0

1 = 1 fois

2 = 2 fois

3 = 3 fois

4 = 4 fois

#### **CONTRAT**

L'hébergée a bénéficié d'un contrat Obligation/Rétribution rédigé en accord avec elle à propos de sa vie familiale et affective cosigné par La Chaumière et elle .

0

1 = 1 contrat

2 = 2 contrats

3 = 3 contrats

4 = 4 contrats et +

## ENSEIGNEMENTS COGNITIFS

L'hébergée a été mise en présence d'exemples et de modèles permettant de comprendre et de gérer les relations familiales et affectives (lors d'entretien, groupes, films, livres, vidéo, etc.).

0

1 = 1 à 5 fois

2 = 6 à 10 fois

3 = 11 à 15 fois

4 = 16 fois et +

## APPLICATIONS INDIVIDUELLES

L'hébergée a été mise en présence d'exercices d'application des enseignements sur la vie familiale et affective (explications de textes, mise en scène de séquences théâtrales créées par les hébergées, etc.) avec re-médiation cognitive forte ("voilà où tu t'es trompée et voilà ce qu'il faut savoir pour réussir, etc.).

0

1 = 1 à 5 fois

2 = 6 à 10 fois

3 = 11 à 15 fois

4 = 16 fois et +

## APPLICATION EN COOPERATION INTER-GROUPES

L'hébergée a été mise en présence d'exercices d'applications des enseignements sur la vie familiale et affective en coopération inter-groupe avec re-médiation cognitive forte ("le groupe 1 a bien réussi à tel endroit, mais s'est trompé ailleurs; voilà ce qu'il doit savoir. Le groupe 2 .. etc. Le groupe 3 ..etc.") .

0

1 = 1 à 2 fois

2 = 3 à 4 fois

3 = 5 à 6 fois

4 = 7 fois et +

## ANNEXE 5 :

### EXEMPLES D'ITEMS DU DESCRIPTEUR DE COMPETENCES SOCIALES ENFANTS DANS LE DOMAINE « HYGIENE » ET FACTEUR « ANTICIPATION »

Contribution positive (C+) :

3 / 4 ans	A demandé à son entourage de l'aider à se déshabiller, alors qu'il ne savait pas le faire, avant d'aller aux toilettes au moins 3 fois dans la semaine écoulée.
5 / 7 ans	A demandé le savon, un gant... avant de se laver au moins 2 fois dans la semaine écoulée.
8 / 10 ans	A rappelé à son entourage qu'il n'y avait presque plus de produit de toilette au moins une fois dans le mois écoulé.
11 / 13 ans	A rappelé à son entourage qu'il n'y avait presque plus de produit de toilette au moins une fois dans le mois écoulé.

Contribution négative (C-) :

3 / 4 ans	A négligé de se laver les mains avant le repas au moins 2 fois dans la semaine écoulée.
5 / 7 ans	A négligé de se laver les mains avant le repas au moins 2 fois dans la semaine écoulée.
8 / 10 ans	A négligé de se laver les mains avant le repas au moins 2 fois dans la semaine écoulée.
11 / 13 ans	A négligé de se laver les mains avant le repas au moins 2 fois dans la semaine écoulée.

Rétribution positive (R+) :

3 / 4 ans	Son entourage l'a préparé à une consultation médicale ou à une vaccination au moins 1 fois dans le trimestre écoulé.
5 / 7 ans	Son entourage l'a préparé à une consultation médicale, une vaccination au moins une fois dans le trimestre écoulé.
8 / 10 ans	Son entourage a prévu sa protection (crème, casquette, kway, bottes...) en fonction de la saison au moins 1 fois dans la semaine écoulée.
11 / 13 ans	Son entourage a abordé la sexualité, le fonctionnement du corps humain ... au moins une fois dans le mois écoulé.

Rétribution négative (R-) :

3 / 4 ans	Son entourage a négligé les rythmes (sommeil, alimentation...) au moins 3 fois dans la semaine écoulée.
5 / 7 ans	Son entourage a négligé les rythmes (sommeil, alimentation..) au moins 2 fois dans la semaine écoulée.
8 / 10 ans	Son entourage a négligé les rythmes (sommeil, alimentation...) au moins 3 fois dans la semaine écoulée.
11 / 13 ans	Son entourage a négligé les rythmes (sommeil, alimentation...) au moins 3 fois dans la semaine écoulée.

## ANNEXE 6 :

**Tableau d'évolution des moyennes**  
**en score global de compétences sociales**  
**en fonction de la durée du séjour**

**Résultats 2003**

Durée de séjour	Nombre de cas	Total Contributions	Total Rétributions	<b>Score global</b>	Evolution en % par rapport à 2 mois de séjour
2 mois	48	33	23	<b>56</b>	
6 mois	43	41	26	<b>68</b>	+ 21 %
12 mois	36	49	30	<b>79</b>	+ 41 %
18 mois	21	53	37	<b>91</b>	+ 63 %
2 ans	9	56	36	<b>92</b>	+ 63 %

## ANNEXE 7 :

### Etude de cas : utilisation d'une passation du Descripteur de Compétences Sociales, lors d'une réunion de synthèse et de projet

Troisième passation

DOMAINES	Contributions			Rétributions			total
	+	-	total	+	-	total	
Relations familiales	-3	3	0	5	-2	3	3
Mère Enfant	5	2	7	1	1	2	9
Santé	3	7	10	3	5	8	18
Formation	5	7	12	1	1	2	14
Vie professionnelle	-1	4	3	-1	6	5	8
Ressources	6	7	13	1	6	7	20
Logement	1	3	4	-3	5	2	6
Vie sociale	3	4	7	-3	5	2	9
<b>/maximum par domaine</b>	<b>/7</b>	<b>/7</b>	<b>/14</b>	<b>/7</b>	<b>/7</b>	<b>/14</b>	<b>/28</b>
<b>FACTEURS</b>	<b>+</b>	<b>-</b>	<b>total</b>	<b>+</b>	<b>-</b>	<b>total</b>	<b>total</b>
Motivation	5	8	13	4	2	6	19
Anticipation	0	8	8	4	4	8	16
Image de soi	2	6	8	-1	0	-1	7
Responsabilité	4	4	8	0	6	6	14
Maîtrise de l'espace	2	4	6	-2	4	2	8
Utilisation des acquis	2	2	4	-3	6	3	7
Stabilité	4	5	9	2	5	7	16
<b>/maximum par facteur</b>	<b>/8</b>	<b>/8</b>	<b>/16</b>	<b>/8</b>	<b>/8</b>	<b>/16</b>	<b>/32</b>
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>37</b>	<b>56</b>	<b>4</b>	<b>27</b>	<b>31</b>	<b>87</b>
<b>/score maximum</b>	<b>/56</b>	<b>/56</b>	<b>/112</b>	<b>/56</b>	<b>/56</b>	<b>/112</b>	<b>/224</b>

Analyse en aveugle : afin que le lecteur puisse mieux comprendre l'application du diagnostic des compétences sociales et leur développement dans la réalité, j'alternerai par des éléments de vie et du séjour de Mme T. qui seront mis entre parenthèses.

L'analyse demande que l'on regarde d'abord les scores totaux, pour ensuite affiner notre vision et aller dans le détail des domaines, des facteurs, puis comparer les contributions et les rétributions dans leur total, et enfin analyser les résultats des contributions et rétributions positives ou négatives.

### ANALYSE EN AVEUGLE

Analyse en aveugle	Eléments de réalité
<p><i>a) Le score global :</i></p> <p>Le score global en compétences sociales est de 87. Il est assez élevé par rapport à la moyenne constatée à « la Chaumière » qui se situe, à six mois de séjour à 68. Le score minimum d'autonomie se situe autour de 90. Cette personne pourrait déjà parvenir à s'assumer, seule, tant bien que mal, si ses compétences sociales étaient réparties de façon équilibrée dans les différents domaines.</p>	<p>Madame T a 28 ans et une petite fille d'un an. Elle arrive d'un foyer d'urgence, après la séparation de son mari pour violences. Cette décision est prise d'un commun accord. Madame a déjà déposé une requête en divorce, à son arrivée au Centre. Elle semble dynamique et dynamise les autres résidentes. Madame a un niveau bac et une formation en secrétariat et informatique. Elle a le permis de conduire et une voiture. A son arrivée, elle dit se donner six mois pour se réinsérer : trouver logement et emploi pour lesquels elle semble très motivée.</p>
Analyse en aveugle	Eléments de réalité
<p><i>b) Comparaison des contributions et des rétributions :</i></p> <p>Cette comparaison montre des contributions à 56 et des rétributions à 31. Il existe un déséquilibre global important. Madame donne beaucoup plus que ce qu'elle reçoit. Elle n'est pas reconnue par rapport à ce qu'elle participe.</p> <p>Le résultat du domaine des relations familiales mérite qu'on s'y arrête. Madame donne peu (C+ = -3) mais essaie de protéger cette relation (C- = +3). En revanche son entourage donne beaucoup (C+ = +5) mais lui nuit en même temps (C- = -2), comme si dans cette famille, on ne pouvait pas donner et protéger en même temps. Les contributions dans le domaine Mère-enfants est du même ordre : Madame donne beaucoup (C+ = +5), mais protège moins (C- = 2)</p>	<p>Au niveau de sa famille d'origine, mère, grand-mère, tantes semblent très présentes. Madame dit avoir des tensions relationnelles avec sa mère et en famille. Elle ne peut jamais s'entendre avec tout le monde en même temps. Le père de Madame était alcoolique et violent et Madame n'a plus aucune relation avec lui.</p> <p>Par rapport à sa fille, elle désire faire beaucoup d'activités avec elle mais en même temps, annonce qu'elle a besoin de temps pour elle.</p> <p>Par rapport au père de sa fille, un travail est fait afin qu'elle puisse la lui confier alors qu'au départ, elle n'envisageait absolument pas de laisser la petite fille à la garde de son père.</p> <p>D'autre part, pendant, les six premiers mois, elle parle de sa mère malade, exigeante, demandant à sa fille de la</p>

	<p>prendre en charge. Elle trouve épuisant d'avoir à faire face à tout cela. Le séjour au Centre lui a permis de faire une pause, ce qui expliquerait les C+ à -3. Avec les autres résidentes, Madame sert de chauffeur parce qu'elle est une des seules résidentes à posséder une voiture mais aucune relation réelle ne se construit. Parallèlement, Madame a sollicité des entretiens avec une psychologue pour travailler sa relation à sa fille, sa relation aux hommes et un trouble alimentaire dit ancien. Très vite, les relations avec sa mère seront abordées mais comme il s'agit de domaines faibles dans le DCS, nous la laissons aller à son rythme, que la psychologue respecte tout particulièrement.</p>
Analyse en aveugle	Eléments de réalité
<p><i>c) Comparaison des contributions :</i></p> <p>Contributions positives = C+ = 19 ;</p> <p>Contributions négatives = C- = 37 ;</p> <p>Madame se protège plus (C- = +37) que ce qu'elle construit (C+ = +19) mais c'est un premier pas sérieux vers l'autonomie. Si elle parvient à contribuer positivement autant que ce qu'elle se protège, elle devrait parvenir à une autonomie beaucoup plus solide.</p> <p>Les C+ : Madame montre qu'elle sait gérer sa formation (C+ = +5) et son budget (C+ = +6), ceci avec beaucoup de motivation (C+ = + 5). Elle paraît avoir des difficultés dans ses relations familiales (C+ = -3) et sa vie professionnelle (C+ = -1). Elle contribue beaucoup pour la relation avec son enfant (C+ = +5).</p> <p>Les C- : Madame sait bien ce qu'il faut qu'elle fasse pour ne pas se nuire, avec de très bons résultats dans un maximum de domaines et de facteurs (C- = +7 en santé, formation, ressources, C- = +8 en motivation anticipation, C- = +6 en image de soi). Cette personne n'est pas déviante. Elle montre une faiblesse de protection dans la relation à son enfant (C- = +2), comme dit plus haut, et dans l'utilisation de ses acquis (C- = +2). . S'agit-il d'une personne qui, malgré des compétences certaines, peut se saborder ?</p>	<p>Dans les six premiers mois, Madame effectue, en fait, une formation qu'elle mène à son terme, non sans difficultés.</p> <p>En effet, Madame est souvent malade, ainsi que sa fille et fait souvent appel au service santé. Madame commence à parler de son anorexie (36 kg) et fait le rapprochement entre ses habitudes alimentaires et son état psychique. Au moment de la passation du deuxième DCS, Madame montre que son projet initial ne tient pas : elle n'a déposé aucune des demandes de logement prévues, et se retrouve épuisée par une formation qu'elle a eu du mal à tenir jusqu'au bout, particulièrement le stage pratique, en entreprise. Son état de santé lié à son anorexie, elle-même liée à ses difficultés relationnelles l'a empêché de réaliser son projet. Elle se rend compte qu'il est nécessaire d'être en forme, comme elle l'exprime, pour pouvoir faire face à son avenir.</p>

Analyse en aveugle	Éléments de réalité
<p><i>d) Comparaison des rétributions.</i></p> <p>Rétributions positives = R+ = 4 ;  Rétributions négatives = R- = 27 ;</p> <p>C'est là où le bât blesse : voici un entourage peu présent (R+ = +4) mais qui ne nuit pas globalement (R- = +27).</p> <p>Les R + : les résultats montrent un déficit global (R+ = +4) dans ce qu'il apporte à cette personne malgré un petit encouragement en motivation (R+ = +4) et anticipation (R+ = +4).</p> <p>Les R- : les résultats sont plus contrastés et plus préoccupants. Cette personne a un résultat global en R- de 27 assez positif. Si on se penche sur le détail des domaines et des facteurs, on constate que cet entourage est nuisible au niveau des relations familiales (R- = -2). Ils semblent être dans une relation paradoxale, dysfonctionnelle, en lui apportant simultanément aide (R+ = + 5) et nuisance (R- = -2).</p> <p>De plus, dans les domaines mère-enfants (R+ = +1), formation (R+ = +1), et dans le facteur image de soi (R+ = -1) : ils ne l'encouragent pas et sont à la limite de lui être nuisibles (R- = 0 et 1) également. Ne reconnaissent-ils pas sa capacité à agir, la dévalorise-t-ils, mettent-ils en défaut son image d'elle-même ?</p>	<p>Ces sujets sont abordés avec la psychologue. Madame a pu accepter de confier son enfant à son père. C'est la première fois qu'elle le fait depuis leur séparation qui a eu lieu huit mois auparavant. Nous avons pu travailler au fait que Madame ne se retrouve pas toujours seule à tout porter, comme dans sa famille d'origine. Nous avons pu travailler également sur un projet de vacances pour tenter d'améliorer le lien social.</p>
Analyse en aveugle	Éléments de réalité
<p><i>e) Les forces et les faiblesses :</i></p> <p>Nous choisissons en général les deux domaines et les deux facteurs, dans lesquels les résultats sont les plus forts ou les plus faibles.</p> <p>Dans ce cas, il s'agit, en ce qui concerne les forces, des domaines Santé (total = 18) et Ressources (total = 20) et des facteurs Motivation (total = 19) et Stabilité (total = 16). Anticipation obtient le même score que Stabilité mais il ne sera pas choisi car les C+ sont à 0.</p> <p>En ce qui concerne les faiblesses : domaines des Relations Familiales (total = 3) et Logement (total = 6), facteurs Image de Soi (total = 7) et Utilisation des acquis (total = 7).</p>	<p>Les résultats ne sont pas étonnants puisque Madame a beaucoup travaillé avec le service santé dans ces derniers mois et prend conscience que ses problèmes de santé sont importants à traiter. Au niveau des ressources, Madame ne montre aucune difficulté, payant sa participation financière sans problème, épargnant, et n'ayant aucune dette. Sa motivation est intacte mais semble changer de cible : la priorité n'est plus le logement et l'emploi.</p> <p>La contribution positive à 0 en anticipation peut être reliée au fait que Madame a mis les freins en ce qui concerne la réalisation de son projet d'avenir, prenant conscience que ses difficultés relationnelles pouvaient le saboter.</p>

	<p>Les faiblesses en relations familiales sont évidentes, ainsi qu'en logement puisqu'elle n'a pas réalisé ce qui était prévu en matière de recherche de logement.</p> <p>En ce qui concerne l'image de soi : malgré une belle présentation d'elle-même en début de séjour, Madame a accepté de montrer sa fragilité et n'a pas pu utiliser ses acquis, notamment dans le domaine formation et vie professionnelle.</p>
Analyse en aveugle	Eléments de réalité
<p><i>f) Signification de l'ensemble des scores :</i></p> <p>Madame atteint un score minimum d'autonomie (87) pour « se débrouiller » dans la vie. Elle sait gérer son budget (20), assumer une formation (14). Elle est motivée (19) et stable (16).</p> <p>Cependant, dans le bateau de sa vie, si l'on peut choisir cette métaphore, elle rame toute seule avec beaucoup de courage, sans appui réel de son entourage qui peut être, quelquefois présent, mais nuisible. Pour prolonger cette image, c'est comme si son entourage lui supprimait une rame, ce qui déséquilibre Madame dans son avancée.</p> <p>L'attitude de l'entourage pourrait avoir des conséquences sur son élan vital, sa volonté de prévoir un autre avenir.</p> <p>Le domaine Vie Sociale, confirme que Madame semble avoir des difficultés dans ses relations. Elle donne (total C = 7), sans être payée de retour (total R = 2). Sait-elle choisir les personnes qui l'entourent ou a-t-elle des croyances qui l'induisent en erreur ?</p> <p>La santé prend le devant de la scène avec un score assez fort (18), ce qui est inhabituel. A-t-elle un souci particulier ?</p>	<p>L'analyse en aveugle ne nous semble pas en contradiction avec la réalité communiquée plus haut. Nous voyons à quel point, pour cette personne qui a un capital certain par rapport à d'autres personnes accueillies et beaucoup plus démunies, les difficultés de relation dans le milieu familial, et retrouvées dans le milieu social, l'handicapent dans la construction de son autonomie. Madame n'a jamais vécu seule. Peut être a-t-elle à choisir entre solitude ou nuisance de la part de son entourage ? Un meilleur rapport contributions/rétributions et des résultats homogènes dans les différents facteurs et domaines, l'aideront sans doute à vivre un lien familial et social plus équilibré</p> <p>Après avoir communiqué les résultats de l'évaluation, Madame dit se reconnaître et se retrouver dans le fonctionnement des relations familiales.</p>
Analyse en aveugle	Eléments de réalité
<p><i>g) Orientation du travail :</i></p> <p>Travailler principalement dans le domaine Santé, ressources avec l'aide des facteurs motivation, stabilité</p>	<p>Les pistes de travail, déterminées en réunion de projet, rejoignent celles de l'analyse en aveugle : principalement, nous allons travailler, à l'aide de sa motivation, sur ses problèmes de santé, qu'elle semble prête à aborder. En ce qui concerne l'emploi, un travail en intérim pourrait l'aider à ne pas perdre ses acquis tout en la laissant « souffler » de temps en temps.</p>

	<p>Les pistes de travail deviennent effectives, seulement lorsqu'elles ont été discutées et approuvées par la résidente. Elles peuvent, bien sûr, donner lieu à remédiation. Dans ce cas, Madame est entièrement d'accord pour prendre soin de sa « santé physique et morale », elle souhaite continuer à travailler, mais accepte l'idée, après discussion, de contrats d'intérim.</p>
--	---

## ANNEXE 8 :

### Visualisation d'un parcours individuel de 24 mois avec l'évolution du développement des compétences sociales

Diagnostic des compétences sociales d'une résidente adulte

Deuxième passation à deux mois de séjour

DOMAINES	Contributions			Rétributions			total
	+	-	total	+	-	total	
Relations familiales	3	3	6	0	3	3	9
Mère Enfant	3	6	9	-2	7	5	14
Santé	2	4	6	0	6	6	12
Formation	-1	0	-1	0	0	0	-1
Vie professionnelle	0	0	0	0	0	0	0
Ressources	-1	0	-1	-2	4	2	1
Logement	-3	3	0	-5	6	1	1
/maximum par domaine	/7	/7	/14	/7	/7	/14	/28
FACTEURS	+	-	total	+	-	total	total
Utilisation des acquis	0	1	1	-4	4	0	1
Image de soi	3	5	8	-1	3	2	10
Maîtrise de l'espace	3	3	6	-5	5	0	6
Anticipation	1	3	4	1	3	4	8
Motivation	-2	1	-1	0	4	4	3
Stabilité	-1	3	2	0	3	3	5
Responsabilité	-1	0	-1	0	4	4	3
/maximum par facteur	/7	/7	/14	/7	/7	/14	/28
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>-9</b>	<b>26</b>	<b>17</b>	<b>36</b>
/score maximum	/49	/49	/98	/49	/49	/98	/196

Diagnostic des compétences sociales d'une résidante adulte

Dixième passation à deux ans de séjour

DOMAINES	Contributions			Rétributions			total
	+	-	total	+	-	total	
Relations familiales	1	5	6	1	3	4	10
Mère Enfant	4	4	8	2	5	7	15
Santé	4	3	7	-1	5	4	11
Formation	3	7	10	2	6	8	18
Vie professionnelle	1	7	8	0	6	6	14
Ressources	3	7	10	0	3	3	13
Logement	-1	6	5	-1	5	4	9
/maximum par domaine	/7	/7	/14	/7	/7	/14	/28
FACTEURS	+	-	total	+	-	total	total
Utilisation des acquis	1	5	6	-2	6	4	10
Image de soi	2	5	7	2	7	9	16
Maîtrise de l'espace	5	6	11	-2	4	2	13
Anticipation	0	7	7	1	4	5	12
Motivation	0	4	4	1	4	5	9
Stabilité	4	6	10	0	3	3	13
Responsabilité	3	6	9	3	5	8	17
/maximum par facteur	/7	/7	/14	/7	/7	/14	/28
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>39</b>	<b>54</b>	<b>3</b>	<b>33</b>	<b>36</b>	<b>90</b>
/score maximum	/49	/49	/98	/49	/49	/98	/196