



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'établissement social

et médico-social public

Promotion 2002 - 2003

**CONSTRUIRE UN OUTIL D'ÉVALUATION INTERNE PROPRE A
UN CENTRE D'AIDE PAR LE TRAVAIL.**

**L'ENTRÉE DANS UNE DÉMARCHE QUALITÉ PAR L'AUTOÉVALUATION
INTERNE**

GRAU Caroline

Remerciements

À J.J. BRICE,

pour l'accueil et la place qu'il m'a réservé au cours de ces neuf mois à l'IDDA,
pour le travail que nous avons pu mener ensemble,
pour son écoute, son soutien et son engagement.

À l'équipe et aux usagers de l'IDDA,

pour leur participation et leur implication dans le travail d'élaboration de leur outil
d'évaluation.

À J.P BECHAC, J.M. GILBON, J. GRAND,

pour leurs conseils méthodologiques et leurs relectures.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 PREMIERE PARTIE : QUALITE ET EVALUATION	7
1.1 LA QUALITE.....	7
1.1.1 <i>Historique et définitions de la notion de qualité.</i>	8
A) Historique.....	8
B) Définitions de la qualité.....	9
C) La démarche d'amélioration continue de la qualité.....	11
1.1.2 <i>La diffusion du concept de qualité hors du secteur industriel.</i>	14
A) Le secteur sanitaire.....	14
B) Le secteur médico-social.....	16
1.2 L'EVALUATION.....	18
1.2.1 <i>Lien entre qualité et évaluation.</i>	19
1.2.2 <i>Définition et intérêt de l'évaluation interne.</i>	19
A) Définition : l'évaluation : une dialectique entre valeur et contrôle.....	20
B) Les objectifs d'une démarche d'évaluation de la qualité.....	21
C) Intérêt de la démarche pour le directeur.....	22
1.2.3 <i>La mise en place d'une démarche dans un établissement social et médico-social : le CAT de l'IDDA.</i> 24	
A) L'établissement de référence.....	24
B) Les outils d'évaluation existant dans le secteur social et médico-social.....	25
C) Le choix de la démarche.....	28
2 DEUXIÈME PARTIE : CONSTRUCTION D'UN OUTIL D'ÉVALUATION PROPRE AU CAT DE L'IDDA	30
2.1 REFLEXION AVANT L'ACTION.....	30
2.1.1 <i>Quel outil construire ?</i>	31
A) La structure générale.....	31
B) La spécificité de l'outil d'évaluation du CAT de l'IDDA.....	31
2.1.2 <i>Comment construire cet outil ?</i>	34
A) La méthode retenue.....	34
B) La structuration de l'outil d'évaluation.....	36
2.2 LA CONSTRUCTION DE L'OUTIL D'EVALUATION.....	38
2.2.1 <i>L'entrée dans la démarche.</i>	39
A) L'engagement de la direction.....	39
B) La communication du projet à l'ensemble des acteurs institutionnels.....	40
2.2.2 <i>La construction du questionnaire d'évaluation.</i>	42

A)	Le lancement de la démarche d'élaboration dans les groupes de travail.....	42
B)	Le travail de finition du groupe de pilotage.....	43
2.2.3	<i>La pérennisation de l'entrée dans l'amélioration continue de la qualité : préparation à l'utilisation de l'outil d'évaluation.....</i>	<i>45</i>
A)	Présentation et validation de l'outil par les instances.....	46
B)	Acquisition d'un logiciel de traitement de l'information.....	48
C)	Formation d'un référent qualité.....	48
2.3	DEUX EXEMPLES DE THEMES TRAVAILLES.....	50
2.3.1	<i>Production sociale – accueil et admission.....</i>	<i>50</i>
2.3.2	<i>Production professionnelle – organisation de la production dans les ateliers.....</i>	<i>52</i>
3	TROISIÈME PARTIE : PILOTAGE D'UNE DÉMARCHE QUALITÉ.....	54
3.1	CONSEQUENCES DE L'ENTREE DANS L'AMELIORATION DE LA QUALITE SUR LE PILOTAGE INSTITUTIONNEL.....	55
3.2	A COURT TERME, L'AUTOEVALUATION ET L'ANALYSE DES RESULTATS.....	56
3.2.1	<i>L'autoévaluation interne.....</i>	<i>57</i>
A)	Objectifs.....	57
B)	La roue de Deming de l'IDDA.....	57
C)	Méthodologie préconisée.....	58
3.2.2	<i>L'analyse des résultats : la construction d'un plan d'amélioration de la qualité.....</i>	<i>61</i>
A)	Constat et priorisation des résultats de l'autoévaluation.....	61
B)	Plan d'amélioration de la qualité et fiches projet.....	63
C)	Communication du projet d'amélioration de la qualité.....	63
3.2.3	<i>L'analyse des dysfonctionnements et la recherche des causes.....</i>	<i>65</i>
A)	L'analyse processus.....	65
B)	La rédaction de procédures.....	67
3.3	A LONG TERME, MANAGEMENT PAR LA QUALITE A L'IDDA.....	69
3.3.1	<i>Accompagnement et prise en charge de qualité des usagers.....</i>	<i>69</i>
A)	Place des usagers dans l'institution.....	69
B)	Réécriture du projet d'établissement.....	71
3.3.2	<i>Valorisation des ressources humaines de l'établissement.....</i>	<i>72</i>
A)	Valorisation du travail réalisé et renforcement de la cohésion.....	72
B)	Développement des compétences.....	73
3.3.3	<i>Clarification du fonctionnement de l'établissement.....</i>	<i>74</i>
A)	Elaboration d'un système de gestion des risques.....	74
B)	Elaboration d'un système de gestion documentaire.....	75
	CONCLUSION.....	77
	Bibliographie.....	79
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFNOR	Association Française de Normalisation
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANCRÉAI	Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
ANDÉM	Agence Nationale de Développement de l'Évaluation Médicale
ANGÉLIQUE	Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements
CA	Conseil d'Administration
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CE	Conseil d'Établissement (remplacé par la loi 2002 par un Conseil de la Vie Sociale, décrets non parus)
CNESMS	Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-Sociale
COTOREP	COmmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel.
CTE	Comité Technique d'Établissement (remplace le Comité Technique Paritaire)
EFQM	European Foundation for Quality Management
EHPAD	Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes
ENSP	École Nationale de la Santé Publique
IDDA	Institut Départemental de Développement de l'Autonomie
ISO	International Standard Organization
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
MARTHE	Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des personnes âgées.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SAE	Service d'Accompagnement en Entreprise
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale.
SNAPÉI	Syndicat National des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales

INTRODUCTION

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fait partie des innovations majeures qu'a connu ce secteur depuis sa constitution. J.F. Bauduret, rédacteur du projet de loi et conseiller technique auprès de la Direction générale de l'action sociale, et M. Jaeger, sociologue, exposent les raisons de son élaboration :

« Si l'accent est mis sur la priorité des bénéficiaires dans l'organisation des prestations, un des objectifs non moins essentiels est de faire évoluer les structures. En fait (...), tout est lié dans la loi. Au-delà de l'allure d'un catalogue de nouvelles dispositions, la loi est construite comme un raisonnement dont les deux termes principaux sont la priorité donnée aux droits des personnes et l'efficience d'une organisation. »¹

L'objectif de donner la « priorité [aux] bénéficiaires dans l'organisation des prestations » est l'élément décisif qui marque le tournant qu'est en train d'opérer le secteur social et médico-social. Longtemps considéré comme un incapable du fait de sa fragilité ou de sa dépendance, l'usager des établissements et services sociaux et médico-sociaux a longtemps servi de prétexte à la pérennisation de structures qui existaient d'abord pour elles-mêmes avant de songer à répondre aux besoins des personnes qu'elles accueillait. Divers scandales ont choqué le grand public, mais surtout les professionnels eux-mêmes et les pouvoirs publics. Ce remue ménage associé au constat de l'inadaptation de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 a conduit à la rénovation de cette loi suite à un long travail de concertation entre les professionnels et le législateur. La loi du 2 janvier 2002 a d'abord pour intérêt de doter l'usager de droits. Il devient citoyen et co-auteur de sa prise en charge. Ensuite, l'impulsion donnée à « l'efficience des organisations » a conduit le législateur à repenser l'ensemble de l'organisation et du financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Parmi les grandes évolutions proposées par la loi, l'évaluation interne et externe des structures est particulièrement importante. Le législateur demande aux établissements et aux services, d'une part, de « procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent » et, d'autre part, de « faire procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un

¹ J.F. BAUDURET, M. JAEGER, *Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoire d'une refondation*, Paris, Dunod, 2002, p.4.

organisme extérieur »². Sous l'égide d'un Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-Sociale (CNESMS), les structures doivent analyser à la fois la prise en charge et l'accompagnement qu'ils proposent à leurs usagers et le fonctionnement intrinsèque de leur organisation. Des auditeurs externes auront, par ailleurs, en charge un travail similaire mais effectué avec un regard extérieur. Le CNESMS jouera un rôle de coordination. Cependant, ce Conseil National n'a pas encore vu le jour (décrets non parus). Une alternative se pose donc aux établissements en ce qui concerne leur évaluation interne (la structure ne pouvant organiser strictement son évaluation externe, mais seulement s'y préparer) : attendre que le CNESMS élabore des référentiels nationaux ou bien anticiper son travail et créer leur propre outil d'évaluation. L'anticipation de la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements sociaux et médico-sociaux me semble primordiale. Outil de management pour le directeur, l'évaluation de son établissement peut être utilisée comme porte d'entrée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

L'amélioration de la qualité est une notion qui a vu le jour dans le secteur industriel. Faire de la qualité a toujours été l'ambition de tous les professionnels. Cependant, ce concept a pris une envergure plus scientifique avec la Révolution Industrielle. Des générations d'industriels, d'ingénieurs ou d'universitaires ont élaboré des méthodes de travail permettant à la fois de répondre aux exigences des clients et de produire des biens en grande quantité pour le moindre coût possible. La rationalisation des tâches, premier concept de l'amélioration de la qualité, a progressivement cédé sa place à des méthodes de travail prenant en compte le facteur humain comme élément essentiel de la production. À la fin du XX^{ème} siècle, des théories ont mis à jour la place primordiale du management dans la qualité des productions réalisées. Le concept de démarche qualité, outre ses différentes acceptions liées aux théories qui le fondent, a évolué. Cette évolution a permis sa diffusion dans des secteurs où il n'était pas attendu, et notamment les secteurs sanitaire et médico-social. Différents textes ont progressivement fait émerger les notions de qualité et d'évaluation des pratiques professionnelles dans nos secteurs. La loi du 2 janvier 2002 est, en ce sens, la pierre angulaire de l'évolution du secteur social. Qualité et évaluation sont deux notions liées que l'on retrouve dans l'ensemble des textes de référence du secteur. L'évaluation est la porte d'entrée d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Elle permet l'analyse des pratiques quotidiennes en vue de leur amélioration progressive.

² Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, article 22 ; article L.312-8 du Code de l'action sociale et des familles.

Si la pratique de l'évaluation des usagers est connue et maîtrisée par les travailleurs sociaux, ceux-ci voient l'évaluation de leurs propres pratiques et la démarche qualité d'un œil suspicieux. La naissance du concept de qualité dans le secteur industriel fait craindre aux professionnels, d'une part, la standardisation de leurs actes et, d'autre part, un risque de récupération du social par le secteur marchand. Si l'expression de ces craintes est légitime, leur véracité est infondée. Dans le secteur médico-social, une démarche qualité, fondée sur l'évaluation des pratiques professionnelles, a, à mon sens, trois objectifs majeurs :

- requestionner les valeurs et les missions de l'établissement ; ainsi que les moyens mis en œuvre pour y répondre ;
- promouvoir et impliquer les usagers – qui le souhaitent – dans leur prise en charge et dans la vie institutionnelle comme acteurs à part entière ;
- valoriser le travail actuel des professionnels et leur donner les moyens – par la réflexion sur leurs propres pratiques – de s'améliorer.

Pour le directeur, l'intérêt de la démarche est d'autant plus grand qu'elle est pour lui un nouvel outil de management grâce auquel il peut piloter le changement dans son institution dans le plus grand respect de ses usagers et du personnel qui les accompagne.

Cependant l'entrée dans une démarche d'amélioration de la qualité n'est pas simple. Elle nécessite rigueur et préparation. Les craintes des professionnels sont à prendre en compte autant que les attentes des usagers. Des pré-requis fondamentaux sont à annoncer, et notamment, en premier lieu, l'objectif de cette démarche d'amélioration de la qualité. Il ne s'agit ni d'évaluer les usagers, ni d'évaluer les professionnels. Ce sont les fonctions et les pratiques professionnelles qui seront questionnées, non pas les personnes.

Les méthodologies propres aux démarches qualité sont complexes et leur transposition dans le secteur médico-social demande réflexion et tact. L'analyse de la situation du Centre d'Aide par le Travail (CAT) de l'Institut Départemental de Développement de l'Autonomie (IDDA), dans lequel j'ai préparé le travail que je vous présente ici, m'a convaincue de la nécessité de prendre son temps et d'avancer au rythme des acteurs. Le CAT de l'IDDA est un établissement comme tout autre établissement du secteur social et médico-social, ni plus ni moins avancé, ne réalisant pas de pratiques professionnelles révolutionnaires, mais travaillant quotidiennement à l'écoute et à la réponse aux attentes de ses usagers. Je pense qu'il est donc, en ce sens, représentatif des établissements du secteur. Ici comme ailleurs, la culture de la qualité doit être insufflée progressivement en prouvant à ses acteurs l'intérêt de telles démarches. Conduire une démarche qualité fait mentir le principe selon lequel « la ligne droite est toujours le plus court chemin d'un point à un autre ». Le plus court chemin est toujours celui qui prend en compte les particularités

de l'établissement : sa culture interne, ses usages, ses conflits, la disponibilité de ses professionnels, le poids de son passé institutionnel. Une démarche qualité ne s'impose pas, elle se met en œuvre avec prudence sans brusquer ses acteurs.

Désirant mettre en œuvre une démarche qualité au sein du CAT de l'IDDA et désirant l'utiliser comme outil de management à plus long terme, j'ai élaboré une méthodologie de travail adaptée à cet établissement. Elle peut, cependant, être transposée dans toute autre structure si le travail préalable de connaissance du terrain, de ses acteurs, de ses missions et valeurs est correctement conduit. Face au constat de la non-parution des décrets fondateurs du CNESMS et à la décision d'anticiper le travail de ce Conseil, j'ai, d'abord, choisi de mener une autoévaluation interne qui sera le moteur de la démarche d'amélioration continue de la qualité à venir. Pour conduire cette autoévaluation, un outil d'analyse de l'existant m'était nécessaire. Ma méthodologie de travail se fonde donc sur la construction d'un outil d'évaluation interne propre au CAT. Cette élaboration réalisée collectivement avec agents et usagers est un préalable pédagogique qui permet d'insuffler progressivement une culture de la qualité dans l'établissement. Bien que différents référentiels, guides et autres outils d'évaluation interne relatifs au secteur social et médico-social émergent depuis janvier 2002, je pense que construire collectivement son propre outil est le meilleur moyen de faire participer les acteurs à un projet qui a un impact fondamental sur le fonctionnement de la structure. La qualité ne faisant pas partie de la culture du secteur, les professionnels exprimant des craintes, l'appropriation des concepts d'évaluation et de qualité est plus que nécessaire. Une acculturation est fondamentale. La mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires favorise un premier dialogue interprofessionnel autour des pratiques réalisées quotidiennement. Il est fondamental que ce dialogue soit perçu comme un enrichissement collectif et non comme une mesure de contrôle. L'évaluation joue autour de la dialectique valeur-contrôle. Elle a tout autant pour objectif de vérifier l'adéquation de l'établissement à la norme que d'analyser le respect des valeurs qu'il s'est lui-même donné au travers de son projet d'établissement. Le respect de la norme est primordial, mais la particularité du secteur social demande que l'on s'interroge tout autant sur l'existence de valeurs fondant l'établissement et structurant la prise en charge des usagers. La qualité des prestations en résulte. La construction d'un outil propre à l'établissement permet donc à la fois de s'interroger sur son fonctionnement, de valoriser le travail des professionnels et d'impliquer les usagers à cette réflexion et donc de leur offrir un rôle dans la vie institutionnelle. Ces trois points, qui correspondent à mes objectifs de management, sont à valoriser tout au long du travail collectif d'élaboration. Lorsque l'outil est construit, son utilisation s'organise autour de ces mêmes enjeux.

Ce travail précurseur d'élaboration d'un outil d'évaluation interne propre au CAT de l'IDDA pose les bases de son avenir. Il est sa porte d'entrée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Le pilotage de l'Institut va donc ensuite s'organiser autour de ce projet commun, impliquant tous les acteurs. En résumé, il s'agit de se saisir d'une obligation légale ayant pour but premier l'amélioration de la prise en charge des usagers pour introduire un mode de management dynamique basé sur un cercle vertueux. L'entrée dans l'autoévaluation interne par la construction d'un outil d'évaluation propre à l'établissement donne la possibilité au directeur d'impulser un management participatif basé sur les principes des démarches d'amélioration de la qualité.

L'analyse des concepts de qualité et d'évaluation permet d'explicitier le choix d'élaborer un outil d'évaluation interne propre au CAT de l'IDDA ainsi que la démarche de travail retenue (I). La construction de l'outil en elle-même se fonde sur un travail de réflexion et d'analyse de l'établissement et de ses acteurs. Cette analyse initiale permet de lancer une méthode de travail participative et pluridisciplinaire et de poser les bases de la pérennisation de l'outil construit (II). Enfin, l'utilisation de l'outil d'évaluation construit impulse une démarche d'amélioration continue de la qualité dans l'établissement et permet l'introduction d'une nouvelle forme de pilotage de l'institution. Ce management par la qualité a trois objectifs majeurs : offrir un accompagnement et une prise en charge de qualité aux usagers, valoriser les ressources humaines de l'établissement et améliorer structurellement son fonctionnement (III).

Nota Bene : Par souci de respect des personnes et de confidentialité, le nom des usagers, lorsqu'il a été cité, n'a pas été gardé.

1 PREMIERE PARTIE : QUALITE ET EVALUATION

La qualité est une notion née dans le secteur industriel en lien fort avec l'idée de contrôle. Elle a évolué au cours du XX^{ème} siècle et s'est largement diffusée, d'abord dans le secteur des services, puis en son sein aux secteurs sanitaire et médico-social.

Dans le secteur social et médico-social, la qualité est envisagée comme ayant pour objectif principal d'améliorer les prestations offertes selon une démarche de long terme. La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 pose l'obligation d'une évaluation en interne, pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.

Ces démarches d'amélioration de la qualité nécessitent une analyse préalable de la situation existante et une réflexion sur l'ensemble du fonctionnement institutionnel. Pour ce faire, l'aide d'un référentiel de pratiques professionnelles est le plus souvent requise. Bien qu'il en existe quelques-uns dans le secteur, le choix a été pris au Centre d'Aide par le Travail (CAT) de l'Institut Départemental de Développement de l'Autonomie (IDDA) de construire un outil propre à l'établissement.

Avant d'analyser la construction et l'utilisation de ce référentiel, nous nous interrogerons, dans un premier temps, sur ce qu'est une démarche qualité, à quoi elle sert et quel est l'intérêt de sa mise en place dans un établissement social et médico-social (1-1). Dans un second temps, nous analyserons le lien entre démarche qualité et évaluation, pourquoi l'évaluation est un élément primordial de toute démarche de projet en général et comment il est possible d'envisager la mise en place de l'obligation d'évaluation interne posée par la loi du 2 janvier 2002 en prenant un exemple concret : celui du CAT de l'IDDA (1-2).

1.1 La qualité.

La question de la qualité n'est pas une question nouvelle que l'on se pose en ce début de XXI^{ème} siècle. Elle a toujours existé. Les pratiques professionnelles et les attentes des clients l'ont intégrée depuis longtemps. Pourtant sa formalisation, tant dans l'industrie que dans le secteur des services, est relativement récente ; et se décline selon des notions relativement arides de prime abord (1-1-1). La notion de qualité a

progressivement dépassé le champ industriel pour se diffuser dans celui des services, et notamment dans les secteurs sanitaire et médico-social (1-1-2).

1.1.1 Historique et définitions de la notion de qualité.

A) Historique.

La notion de qualité est depuis longtemps connue dans son acception comme moyen de se développer économiquement. Le 3 août 1664, Colbert écrivait :

“Si nos entreprises, par un travail soigné, assurent la qualité de nos produits, il sera dans l'intérêt des étrangers de s'approvisionner chez nous, et l'argent affluera dans le royaume...”³

En 1696, les premiers services d'inspection des manufactures sont créés. La qualité était alors abordée en négatif, au travers des non-qualités et de la sanction de leurs responsables. Les non-qualités pouvaient avoir une incidence sur les ventes et sur le nombre de clients, aussi s'agissait-il de fabriquer des produits les meilleurs possibles afin d'avoir plus de clients. Le secteur militaire s'intéresse ensuite à la qualité et développe cette notion née dans les manufactures. En 1765, le service de surveillance de l'artillerie est fondé. Cet « âge de la responsabilité » est suivi d'un « âge du tri et du contrôle final ». Remonter et analyser le cours de la fabrication du produit permet de garantir une bonne qualité du produit final. En 1942, aux Etats-Unis, les premières normes de qualité sont écrites (« military standard »). En France, un Service d'Inspection des Armées (SIAR) est mis en place en 1961. D'exigences de qualité absolue dans le secteur militaire, on passe progressivement à des exigences dans le domaine nucléaire. Le premier système qualité est mis en œuvre en 1970 à EDF. Dans le secteur des biens et services, l'exigence de qualité absolue n'a pas autant d'importance que dans le domaine militaire. Ce qui doit être requis avant tout, c'est la satisfaction des besoins des clients. Les années 1980 sont celles de la découverte des systèmes qualité dans les entreprises françaises. Elle commence chez les grands donneurs d'ordre. L'exemple de l'entreprise Renault est significatif. Au départ, Renault était une entreprise intégrée qui avait très peu de fournisseurs. Progressivement, elle fait appel à de la sous-traitance ; mais elle est alors confrontée au problème de la nécessité de contrôler les produits qu'elle reçoit. Dans un premier temps, des contrôleurs qualité sont employés par Renault. Puis l'entreprise met au point un référentiel d'organisation qui lui permet de choisir ses fournisseurs. L'idée

³ Cité par J.L. JOING, *Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Paris, ESF Editeur, 1998, p.11.

était que si elle était sûre de la bonne organisation interne et de la fiabilité de ses fournisseurs, Renault n'aurait pas à réaliser des contrôles en aval. Renault élabore donc une démarche qualité à l'attention de ses fournisseurs, elle envoie des auditeurs qui rédigent un rapport et notent l'entreprise candidate à la sous-traitance. Le choix d'un partenaire fiable et réalisant des produits de qualité est facilité. Les fournisseurs de Renault répercutent ces exigences de travail sur leurs propres fournisseurs. Des référentiels fleurissent de tous côtés. Certaines entreprises se voient confrontées à la nécessité de répondre aux exigences de plusieurs référentiels différents. A la fin des années 1980, une tentative est menée de construire un référentiel commun. Le monde industriel entre alors dans une phase de normalisation. Des normes sont rédigées. En 1987, la première norme qualité, la norme ISO⁴ 9001, est adoptée. Elle permet de faciliter les échanges entre les pays. L'idée est bien de mettre au point un ensemble de normes de système qualité qui puisse s'appliquer à toutes les entreprises, dans tous les secteurs d'activité et qui remplace à terme les normes particulières à tel secteur ou telle entreprise. La vérification de la mise en place du système qualité n'est plus faite par le client mais par un organisme tiers : un organisme certificateur. On passe de la notion de contrôleur qualité chez Renault, à la notion d'auditeur qualité de Renault chez ses fournisseurs puis à la naissance d'organismes indépendants payés par les fournisseurs. En 1988, est créée l'AFAQ, l'Association Française pour l'Assurance Qualité.

B) Définitions de la qualité.

Les années 1980 ont vu un large développement de la notion de qualité. La définition que lui donne la norme ISO est la suivante, c'est :

“L'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites”.

Cette notion de qualité s'est diffusée dans le secteur industriel en tendant à insuffler dans toutes les activités des méthodes et des comportements propres à obtenir et à garantir la qualité des produits réalisés de manière régulière. Plusieurs périodes et plusieurs méthodes de mise en œuvre de la qualité se sont juxtaposées. Nous simplifions ici volontairement les explications ; l'objet n'étant pas de disserter sur la qualité dans le secteur industriel, mais bien de comprendre sa mise en œuvre progressive dans le champ social et médico-social en s'appuyant pour cela sur ses origines industrielles.

⁴ ISO : International Standard Organization.

L'assurance de la qualité vise à garantir un niveau constant de qualité grâce à une organisation spécifique. Elle considère que lorsque chacune des étapes de la production est correctement respectée, le produit fini n'a alors aucun défaut et sa qualité est atteinte. Ce modèle se base sur deux principes : la formalisation et la prévention⁵. Le principe de formalisation consiste à faire reposer le respect des étapes de la production sur des indications écrites : il faut « écrire ce que l'on fait, faire ce que l'on a écrit et vérifier que l'on a bien fait ce qui était écrit ». Il s'agit d'avoir la certitude à tout moment que le produit réalisé aura bien les caractéristiques prévues au départ. Le principe de prévention, quant à lui, a pour objectif d'assurer au produit fini zéro défaut. Une recherche par anticipation des risques de non-qualité est donc mise en place. Ce travail de maîtrise des « facteurs influents » ou « points critiques » peut être illustré par la méthodologie préconisée pour le suivi de la qualité en restauration collective : la méthode HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point / analyse des dangers et maîtrise des points critiques). L'assurance de la qualité est définie par la norme NF X 50-100 de décembre 1979 comme suit :

“Mise en oeuvre d'un ensemble approprié de dispositions préétablies et systématiquement destinées à donner confiance en l'obtention régulière de la qualité requise.”

Elle correspond à une notion de qualité processuelle qui vise à diminuer les coûts par une amélioration du processus de production mais pas nécessairement à améliorer la qualité intrinsèque du produit. Ce modèle a conduit à la rédaction de la norme ISO 9001 dans ses versions 1987 et 1994.

La qualité totale, quant à elle, apparaît dans un contexte de management plus participatif. Il s'agit de substituer à la vision d'une entreprise pyramidale des formes de management plus fines alliant guidance et entraînement, plutôt que commandement et contrôle. Cette notion naît au Japon et se base sur une volonté d'améliorer l'aptitude au management et la compétence des agents de maîtrise. La qualité totale porte son intérêt à la fois sur les aspects organisationnels et sur les aspects humains de l'entreprise. J. Chové définit la qualité totale comme :

« la mise en œuvre d'une politique qui tend à la mobilisation de tout son personnel pour améliorer : la qualité de ses produits et de ses services, l'efficacité de son fonctionnement, la pertinence et la cohérence de ses objectifs, en relation avec l'évolution de son environnement »⁶.

⁵ D'après F. CHARLEUX, *La démarche qualité, le management de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, intervention à l'IRTS PACA-Corse, printemps 2003.

⁶ J. CHOVÉ, Les dernières avancées de l'école française de la qualité, texte introductif au recueil de normes *Gérer et assurer la qualité*, AFNOR, 4ème éd., 1992 (texte repris dans la 5ème édition, 1994) cité par L. CRUCHANT, *La qualité*, 4ème édition, Paris, Que sais-je ?, PUF, 1998, p.102.

La qualité totale se fonde sur l'idée d'impulser un changement de conduite basé sur le dialogue. Les cercles de qualité constituent une illustration de cette méthode. Ce sont des groupes de trois à dix personnes constitués dans l'entreprise avec pour mission d'identifier un dysfonctionnement et de contribuer à sa résolution.

L'approche actuelle est celle du *management de la qualité* (l'EFQM –European Foundation for Quality Management- est créé en 1988). L'idée est que la qualité du produit fini relève avant tout du management de l'entreprise dans son ensemble et dans chacune de ses parties. L'existence de non-qualités est d'abord de la responsabilité de la direction et non plus seulement des acteurs. Cette approche de la qualité considère que 80% des dysfonctionnements dans une entreprise sont dues à un défaut de management, et seulement 20% à des erreurs commises par les exécutants. «Faire de la qualité aujourd'hui, c'est bien piloter son entreprise! »⁷. La norme ISO 8402 définit le management de la qualité comme :

“L'ensemble des activités de la fonction générale de management qui déterminent la politique qualité, les objectifs et les responsabilités et les mettent en oeuvre par des moyens tels que la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité, l'amélioration de la qualité dans le cadre du système qualité”⁸.

C'est donc le système entier du fonctionnement de l'entreprise qui est questionné lorsque l'on s'interroge sur la qualité du produit fini qui sort des circuits de production.

Ces différentes approches de la notion de qualité dans le secteur industriel soulignent les évolutions et tâtonnements à la mise en oeuvre des méthodes permettant de l'atteindre. Cependant il est une conception qui perdure, c'est celle de l'engagement dans le temps et sur la durée de toute démarche visant à atteindre la qualité des produits réalisés.

C) La démarche d'amélioration continue de la qualité.

La mise en oeuvre de la qualité nécessite l'entrée dans une démarche de long terme. W. Deming décrit la démarche qualité au travers d'une roue que le dirigeant d'entreprise doit faire tourner afin d'améliorer progressivement la qualité de son organisation. L'objectif est d'améliorer les performances de la structure avec le temps, par petites étapes, en s'appuyant sur le savoir-faire des professionnels et en optimisant les processus et les modes d'organisation. Quatre phases et sept étapes se succèdent pour

⁷ Ibid., F. CHARLEUX.

⁸ In H. LECLET, C. VILCOT, *Construire le système qualité d'un établissement de santé*, Paris, AFNOR, 2000, p XIV.

faire tourner la «roue de Deming», ce qui permet de «développer au maximum la prévention, afin de réduire le besoin de correction ».

Dans un premier temps, il s'agit de planifier, de préparer et de définir l'action, les caractéristiques du produit, les processus en œuvre et l'organisation de l'entreprise (Plan). La seconde phase correspond à la mise en œuvre de cette planification (Do). La troisième phase consiste en la vérification de ce qui a été réalisé. Il s'agit d'évaluer, de contrôler selon des référentiels et en temps réels l'organisation de l'action planifiée (Check). Enfin, la dernière phase permet d'identifier les dysfonctionnements et de décider de les améliorer (Act). Ce premier tour de roue permet d'asseoir le système qualité ; les règles de l'assurance de la qualité constituent la cale de la roue qui l'empêche de revenir en arrière. Les tours suivants améliorent le système de management de la qualité, augmentent le niveau des exigences et permettent de progresser grâce à la mise en œuvre d'actions préventives et curatives. Cette roue est nommée en anglais PDCA (Plan-Do-Check-Act).

H. Lecllet et C. Vilcot illustrent la roue de Deming selon le schéma suivant⁹ :

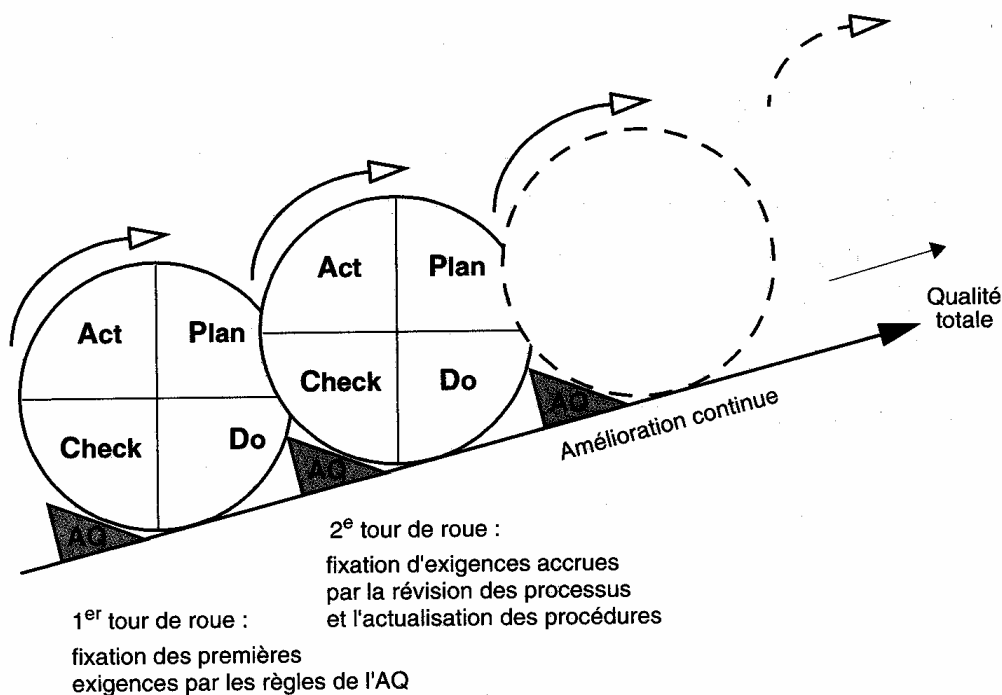


Figure 2.1 La dynamique de la roue de Deming.

⁹ Ibid, H. LECLLET, C. VILCOT, p. 12.

Les sept étapes d'un cycle d'amélioration continue de la qualité correspondent à¹⁰ :

- Plan 1 Choisir le thème, identifier le problème.
- 2 Observer la situation actuelle: collecter et analyser les données.
- 3 Analyser les causes: trouver les causes principales.
- 4 Proposer des améliorations.
- Do 5 Appliquer les améliorations.
- Check 6 S'assurer de l'efficacité et confirmer les effets.
- Act 7 Entériner le nouveau processus, le standardiser et donner une suite.

D'une manière générale, on entre dans une démarche qualité par l'étape de l'évaluation – Check – soit par le biais d'une autoévaluation soit par un audit qualité externe. A partir des points forts et des points faibles constatés, des projets sont organisés et programmés qui priorisent les actions à mener pour résoudre les dysfonctionnements et maintenir les points de qualité. Dans l'étape du Plan sont ensuite planifiées les résolutions de problèmes pour chacune des actions prioritaires. Enfin, l'étape du Do correspond à leur mise en œuvre.

La démarche PDCA est une démarche à long terme. Il n'est pas visé d'atteindre la qualité absolue (si tant est qu'elle existe) du premier coup. Au contraire, il s'agit bien de mettre en œuvre une amélioration progressive et continue. La préoccupation fondamentale n'est pas de définir la qualité intrinsèque d'un produit ou d'un service. C'est de favoriser l'émergence d'un système capable de justifier cette qualité délibérée et de garantir les bénéficiaires du respect permanent des caractéristiques du produit réalisé ou du service rendu.

La démarche qualité décrite ici selon le principe de la roue de Deming repose sur les différentes conceptions que nous avons abordées plus haut. Le management de la qualité y trouve notamment une place centrale. Pour que cette démarche fonctionne, Deming préconise un engagement fort de la direction, une implication et une coopération des professionnels. L'ensemble de l'organisation de l'entreprise ou du service est interrogé et remis en question. Faire un travail de qualité (Do) n'est que le quart de la démarche. Dans cette acception, faire un travail de qualité se différencie de travailler sur la qualité. Une évolution de la structure est nécessairement induite. Pour P. Ducalet et M. Laforcade, dans les institutions sociales et médico-sociales,

« la démarche d'amélioration continue de la qualité est inductrice d'un changement organisationnel global impliquant tout à la fois :

¹⁰ D'après H. LECLET, C. VILCOT, *Construire le système qualité d'un établissement de santé*, Paris, AFNOR, 2000, p 12.

- les processus clés de l'institution ;
- l'implication des usagers ;
- les pratiques managériales qui devront générer compétences, implication et coopération ;
- les objectifs fondamentaux, partagés dans un langage commun. »¹¹

L'intérêt que peut recouvrir ce changement organisationnel a induit la progressive diffusion du concept de qualité hors du champ industriel.

1.1.2 La diffusion du concept de qualité hors du secteur industriel.

Du secteur de l'industrie et de la sous-traitance, la notion de qualité s'est progressivement distillée dans l'ensemble des organisations, y compris dans celles relevant du secteur des services. Les structures sanitaires et médico-sociales sont aujourd'hui progressivement intégrées dans cette évolution du management.

A) Le secteur sanitaire.

L'introduction de l'analyse de la qualité dans les établissements de santé s'est réalisée en plusieurs temps. En effet, l'intérêt d'une telle démarche dans un secteur travaillant sur l'humain a longtemps posé (et pose toujours) question, certains professionnels arguant qu'il est difficile de faire entrer leurs pratiques dans des cadres prédéfinis.

Pourtant dès 1989 une Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) est créée qui envisage officiellement l'évaluation des pratiques professionnelles. La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 poursuit cette première étape en exposant dans son article 1^{er} :

"Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience."¹²

A cet objectif sont assorties des préconisations de mise en œuvre pratique : tout chef de service hospitalier élabore un projet de service prévoyant les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité ; et, tous les deux ans, il élabore un rapport comportant une évaluation de la qualité des soins dans son service.

¹¹ P. DUCALET, M. LAFORCADE, *Penser la qualité dans les institutions sociales et médico-sociales*, Paris, Edition Seli Arslan, 2000, p.108.

¹² Article L.710-4, *Code de la Santé Publique*, Livre VII, chapitre I A, section II.

Le monde sanitaire se construit alors sa propre définition de la qualité ; différente, bien que proche, de celle existant dans le secteur industriel. Y. Wolmark nous rappelle l'adaptation faite par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) du concept de qualité au système de santé.

«L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.»¹³

Cette notion sanitaire de la qualité reste dans le droit fil de la définition proposée par l'ISO, puisque sont bien pris en compte les besoins des clients principaux, qui sont ici les patients, ainsi que les différentes caractéristiques du système de soins qui doivent être mises en œuvre pour répondre à ces besoins.

Le secteur sanitaire entre définitivement dans la démarche qualité avec l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 qui impose à tous les établissements de santé de mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité.

« Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.

Cette procédure (...) vise à apporter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement (...) à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement. »¹⁴

La démarche d'accréditation se déroule d'une manière similaire à la méthode proposée par W. Deming. L'établissement réalise lui-même une première autoévaluation sur la base d'un référentiel rédigé par l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation en Santé (ANAES, qui remplace l'ANDEM). Sont alors mis en évidence des points forts et des points faibles qu'il s'agit d'améliorer. Des actions préventives et curatives sont menées par l'établissement. Dans un second temps, des experts-visiteurs indépendants nommés par l'ANAES viennent réaliser un audit externe sur la base du même référentiel et rendent un rapport sur les éléments que la structure devra améliorer pour une meilleure qualité et sécurité des soins qu'elle offre à ses patients.

La recherche de la qualité est dès lors définitivement ancrée dans le fonctionnement des établissements de santé.

¹³ Y. WOLMARK, Évaluer la qualité, *Gérontologie et Société*, décembre 2001, n°99, pp.131-146.

¹⁴ Article L.710-5, *Code de la Santé Publique*, Livre VII, chapitre I A, section II.

B) Le secteur médico-social.

Dans le secteur médico-social, la démarche est plus longue à se mettre en place. Les résistances des professionnels sont importantes. La crainte majeure que suscite la notion de démarche qualité est la récupération, par ce biais, du social par l'économie marchande. Évoquer la qualité dans le secteur social renvoie à des réactions opposées. D'une part, les professionnels ne peuvent démentir qu'offrir des prestations de qualité aux publics qu'ils prennent en charge est leur préoccupation principale. D'autre part, la notion de qualité, étrangère à la culture du secteur, provoque la défiance voire l'opposition d'une partie des professionnels qui y voient la main mise du secteur marchand et la remise en cause des valeurs et des missions du service public. La crainte d'une standardisation des méthodes est aussi évoquée.

Les premiers éléments réglementaires allant dans le sens d'une impulsion des démarches qualité dans le secteur social et médico-social correspondent aux principes évoqués dans la réforme des annexes XXIV du décret de 1956¹⁵. Le décret n°89-798 du 27 octobre 1989, relatif aux établissements accueillants des enfants et adolescents handicapés, pose la nécessité d'un projet pédagogique, éducatif, thérapeutique et ré-éducatif individualisé, ainsi que d'une prise en charge cohérente. Pour chaque catégorie de public accueilli, il prévoit des dispositions relatives à l'organisation de l'établissement ou du service, aux personnels, aux installations et au fonctionnement de l'établissement. Bien que la démarche qualité en elle-même ne soit pas directement évoquée, tous les éléments concourant à une prise en charge de qualité des enfants ou adolescents handicapés sont ainsi définis.

La qualité est, par contre, clairement visée dans l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Les établissements mentionnés sont les Établissements Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (ÉHPAD) qui doivent, dans le cadre de la réforme de leur tarification, signer une convention pluriannuelle avec le représentant de l'assurance maladie et le conseil général.

« Ladite convention doit notamment :

- 1) Définir les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont

¹⁵ Décret n°56-284 du 9 avril 1956.

prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière à la formation du personnel d'accueil ;

- 2) Préciser les objectifs d'évaluation de l'établissement et les modalités de son évaluation. »¹⁶

Un cahier des charges est donc rédigé en annexe de cet arrêté avec pour objectif notamment de « détailler les principales recommandations visant à garantir et à améliorer la qualité des prises en charge des résidents ». En préambule à ces recommandations, l'État engage ces établissements à entrer dans une démarche qualité.

« Il est impératif que les partenaires conventionnels s'engagent dans une démarche d'"assurance qualité" garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins.

La qualité des prises en charge est tout à la fois fonction de la nature du cadre de vie, du professionnalisme et de l'organisation des intervenants qui assurent la prise en charge dans le respect de la personne et de ses choix. Elle repose sur une transparence du fonctionnement de chaque institution, clairement définie dans le projet institutionnel, le règlement intérieur et le contrat de séjour. »¹⁷

La volonté des pouvoirs publics est ici clairement explicitée. La qualité peut et doit être recherchée dans les établissements relevant du secteur médico-social. La définition qui va être donnée à la qualité revisite la définition de la norme ISO en tenant compte des objectifs du secteur.

« La qualité est l'ensemble des caractéristiques d'une entité (organisation, établissement, service, dispositif) qui lui confère l'aptitude à répondre aux besoins exprimés et implicites de l'utilisateur et de sa famille en vue de maintenir ou d'améliorer sa santé (au sens bio-psycho-social), son autonomie sociale et sa dignité d'être humain. »¹⁸

Les notions proposées par l'ISO sont toujours au premier plan de cette définition.

Si les ÉHPAD sont confrontés dès 1999 à la recherche de la qualité, le reste du secteur social et médico-social doit attendre 2002 et la réforme de la loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales pour recevoir à leur tour cette obligation de s'engager dans une démarche qualité. La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 pose dans son article 22 les notions d'évaluation interne et d'évaluation externe.

« Les établissements et services (...) procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un

¹⁶ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ P. DUCALET, M. LAFORCADE, *ibid.*, p.104.

Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-Sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. (...)

Les établissements font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret.(...) »¹⁹

L'obligation pour les établissements et services d'une autoévaluation de leurs pratiques, d'une part, et, d'autre part d'une évaluation externe par un tiers est ainsi fondée. L'idée principale, comme pour chacun des textes précédemment cités, reste d'obtenir que les droits et les attentes des usagers sont bien au centre des préoccupations des professionnels. Pourtant ce texte est succinct et ne donne aucun conseil de mise en œuvre aux professionnels.

Avec la loi du 2 janvier 2002, la qualité, notion issue du domaine industriel, entre définitivement dans le secteur médico-social. Pourtant ce qui est demandé aux établissements et services, c'est de procéder à leur autoévaluation. Après avoir analysé le lien entre les notions de qualité et d'évaluation, nous définirons exactement ce terme d'évaluation en insistant sur son intérêt et sur les modalités de son application en attendant que le CNESMS voie le jour et avec lui l'évaluation externe.

1.2 L'évaluation.

Qu'est-ce que l'évaluation ? Dans les secteurs sanitaire et médico-social, on retrouve toujours dans les textes à la fois la notion de qualité et la notion d'évaluation des pratiques professionnelles. Quel est le lien entre les deux ? (1-2-1)

La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale impose aux établissements « l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent ». L'objectif est donc bien de mettre en place l'ensemble des moyens nécessaires afin d'offrir aux usagers un accompagnement et une prise en charge de qualité répondant à leur attentes. Mais comment répondre à cette obligation légale ? (1-2-2) L'exemple pris ici est celui de l'impulsion d'une démarche qualité par la mise en place d'un système d'évaluation interne au sein du CAT de l'Institut Départemental de Développement de l'Autonomie (IDDA) (1-2-3).

¹⁹ Article L.312-8 du Code de l'action sociale et des familles.

1.2.1 Lien entre qualité et évaluation.

Qualité et évaluation sont deux notions extrêmement liées dans la pratique. L'évaluation est la première étape et l'étape décisive d'une démarche qualité. Il est possible, on l'a vu plus haut, d'entrer dans la roue de Deming par la porte du Check. Cette étape est bien celle de l'évaluation. Elle permet de poser un constat sur l'existant, de déterminer les points forts et les points à améliorer dans la structure en question. L'évaluation permet une description du réel, elle définit un état des lieux des prestations offertes et du fonctionnement de l'organisation. À partir de cet état des lieux, une démarche d'amélioration de la qualité pourra, ensuite, être engagée. P. Ducalet et M. Laforcade explicitent bien le lien qui se tisse entre ces deux temps.

« L'évaluation et la démarche qualité présentent d'abord une différence de nature : la première est un des moyens d'atteindre la seconde. Elles obéissent également à un ordre chronologique : l'évaluation va permettre un constat qui va générer une démarche qualité qui elle-même devra être évaluée. Ainsi se met en mouvement le cercle vertueux de la qualité. Il n'a plus de raison de s'arrêter si la recherche de la qualité des prestations devient une volonté institutionnelle, voire une obligation légale et si des indicateurs ont été conçus pour renvoyer en permanence l'image de cette qualité. »²⁰

L'amélioration de la qualité n'existe pas en dehors d'une démarche d'évaluation. La mesure de la qualité ne trouve vraiment sa place que si elle s'inscrit dans une dynamique du PDCA. Les résultats de l'autoévaluation font l'objet d'un rapport qui définit les points forts et les points faibles de la structure et propose des actions d'amélioration dans les domaines prioritaires.

L'évaluation est le Check de la roue de Deming, mais pas seulement, sa définition recouvre un champ plus large encore.

1.2.2 Définition et intérêt de l'évaluation interne.

Bien que la loi du 2 janvier précise l'obligation d'une évaluation interne et d'une évaluation externe des établissements sociaux et médico-sociaux, nous nous centrerons ici uniquement sur l'analyse de l'évaluation interne. Quelle est sa définition ? Quels sont

²⁰ P. DUCALET, M. LAFORCADE, *ibid.*, p102.

ses objectifs et quels intérêts sa mise en œuvre dans un établissement social et médico-social peut-elle recouvrir ?

A) Définition : l'évaluation : une dialectique entre valeur et contrôle.

Si nous saisissons l'intérêt que peut avoir l'impulsion d'une démarche d'amélioration continue de la qualité en établissement social, la notion d'évaluation reste floue et surtout fait peur.

L'évaluation renvoie à l'idée de contrôle. Elle renvoie chacun à son rapport à l'école, à ses parents... Elle renvoie à la mesure des écarts ; mesure qui nécessite qu'une règle soit posée comme étalon de référence. Or il semble difficile pour les travailleurs sociaux de fixer une norme de réalisation pour chaque acte posé auprès d'une personne et de définir un résultat à atteindre. Ceux-ci ressentent l'évaluation comme un risque de voir leur pratique professionnelle jugée à l'aune de critères difficilement atteignables de manière récurrente selon le public accueilli, public dont les besoins peuvent varier. Un bénéficiaire du RMI peut, par exemple, considérer que son insertion sociale passe par le retour à l'emploi, comme le dispositif le prévoit. Mais pour d'autres, la priorité peut être la santé, le logement ou encore la vie sociale. Il semble donc difficile, pour répondre aux besoins exprimés et implicites des bénéficiaires, de fixer toujours une règle de réalisation d'actes professionnels, ces besoins pouvant induire des résultats à atteindre différents d'une personne à l'autre. La culture du secteur social privilégie la relation avec le sujet et son caractère indicible ; la crainte est donc forte de voir se mettre en place un outil qui remette en cause ces pratiques. L'argument invoqué est celui d'un refus d'une normalisation des pratiques professionnelles.

Pourtant le mot « évaluation » comprend en lui-même les moyens de rassurer ces inquiétudes. L'évaluation est une notion en dialectique entre la valeur et le contrôle. Le terme évaluation prend ses racines dans l'idiome latin « ex valere » : sortir la valeur de, porter un jugement de valeur sur. Il tient à la fois à l'idée de contrôle et à l'idée de valeur. Le contrôle n'est qu'une partie de l'évaluation, sa seconde part est celle de la valeur. Élaborer une démarche d'évaluation va tout autant signifier que l'on cherche à vérifier l'adéquation à la norme (contrôle) mais aussi celle aux valeurs du travail réalisé.

Un outil d'évaluation ne peut pas être qu'un simple outil de vérification de la conformité à la norme. L'inacceptable, le nécessaire et l'idéal dans une institution ne renvoient pas seulement à la norme ; mais aussi aux valeurs communes présentes et formalisées dans le projet d'établissement. L'outil d'évaluation devra donc poser une nécessaire articulation entre la valeur et la norme. Le choix, que l'on expliquera plus loin, de construire un outil d'autoévaluation propre au CAT de l'IDDA prend en compte cette imbrication nécessaire entre la valeur et le contrôle. L'outil utilisé lors de l'autoévaluation a pour objectif de poser un état des lieux quant à la qualité des prestations offertes aux

usagers. Celle-ci sera analysée, d'une part, en confrontant les pratiques aux obligations réglementaires, et donc à la norme fixée dans le secteur. D'autre part, l'outil devra vérifier que l'établissement respecte les valeurs qu'il s'est lui-même fixé dans son projet institutionnel.

B) Les objectifs d'une démarche d'évaluation de la qualité.

La mise en œuvre d'une démarche d'évaluation de la qualité dans un établissement social va donc reposer à la fois sur la notion de contrôle et sur celle de valeur. L'objectif poursuivi par cette démarche, si l'on se réfère à la définition de la qualité présentée par P. Ducalet et M. Laforcade, est d'offrir aux usagers accueillis des prestations de qualité. Il est donc nécessaire d'entendre leurs besoins afin d'y répondre. Mettre en œuvre une démarche qualité dans une institution sociale et médico-sociale ne signifie pas vérifier que le produit fini satisfait le client. Le fonctionnement d'une telle institution étant différent et plus complexe que celui d'une entreprise, il faut adapter les objectifs de la démarche qualité à ses missions. Chaque type de structure a des missions propres ; cependant, on peut dire que toutes ont pour objectif de « 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 »²¹. Toute démarche d'évaluation devra donc tendre à améliorer la qualité de ces types de prise en charge, avec pour objectif principal de satisfaire l'utilisateur à qui l'on offre un accompagnement.

Pour parvenir à améliorer la qualité des prestations offertes, trois actions essentielles sont à mener conjointement. Il est nécessaire de :

- requestionner les valeurs et les missions de l'établissement ; ainsi que les moyens mis en œuvre pour y répondre ;
- promouvoir et impliquer les usagers – qui le souhaitent – dans leur prise en charge et dans la vie institutionnelle comme acteurs à part entière ;
- valoriser le travail actuel des professionnels et leur donner les moyens – par la réflexion sur leurs propres pratiques – de s'améliorer.

La démarche d'évaluation est la porte d'entrée dans l'amélioration continue de la qualité. Elle se définit comme dialectique entre valeur et contrôle. Aussi, le premier travail d'investigation qui doit être mené lors de l'évaluation d'un établissement social et médico-social est l'interrogation des missions et des valeurs qu'il porte. Les actions menées

²¹ Définition de l'action sociale et médico-sociale : article L.116-1, *Code de l'action sociale et des familles*, Titre I, livre I.

seront ensuite jugées à l'aune de ces éléments qui pourront servir d'indicateurs. Le projet d'établissement doit être un bon révélateur de ces missions et valeurs, ainsi que des moyens que l'établissement développe pour y répondre.

Le second élément à questionner est la place donnée à l'utilisateur dans l'établissement. La loi du 2 janvier 2002 est avant tout une loi de promotion des droits des usagers. Mettre en œuvre une démarche qualité en se référant à cette base juridique nécessite forcément de valoriser ce droit des usagers. Un indicateur fort de sa mise en place sera la promotion et l'implication des usagers dans leur prise en charge d'une part, mais aussi dans la vie institutionnelle en général. L'utilisateur étant le principal bénéficiaire de la qualité, il faudra que celui-ci ait son mot à dire et participe à la démarche d'évaluation de la qualité des prestations qui lui sont offertes.

Enfin, le troisième point à prendre en considération est bien évidemment le travail des professionnels au sein de l'institution. Mettre en place une démarche qualité ne signifie pas qu'auparavant ces derniers remplissaient mal leur mission. Au contraire, il s'agit de valoriser le travail déjà en place, de le formaliser et de permettre aux acteurs de s'interroger sur leurs propres pratiques.

« Dès qu'une équipe pluridisciplinaire s'investit dans une démarche d'évaluation de ses propres pratiques, elle améliore dans le même temps la qualité de ses activités. Analyser le sens et le contenu de son action sans cesser d'agir constitue un dédoublement fécond de personnalité : faire, en se regardant faire, permet de mieux faire. »²²

La démarche d'évaluation et la démarche qualité doivent être conduites conjointement car elles ont des objectifs connexes : l'une sert l'autre. Il s'agit donc de mener une réflexion sur l'ensemble du fonctionnement institutionnel afin de mettre en avant les axes positifs et les axes négatifs et de lancer sur du long terme des actions d'amélioration ; l'objectif étant pour la structure d'être toujours en questionnement sur son fonctionnement et sur la qualité des prestations qu'elle offre.

C) Intérêt de la démarche pour le directeur.

L'intérêt de mettre en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité basée sur l'évaluation des prestations semble évident dès lors que l'on se situe de la place de l'utilisateur. Les professionnels peuvent aussi y trouver des éléments positifs comme on vient de l'aborder. Qu'en est-il pour le responsable de l'institution ? Les théories du management de la qualité, vues plus haut, renvoient quasi systématiquement la

²² J.F. BAUDURET, M. JAEGER, *Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoire d'une refondation*, Paris, Dunod, 2002, p.158.

responsabilité de la qualité de la structure à son pilotage. Le directeur a-t-il alors intérêt à ce qu'une telle démarche soit mise en place dans son établissement ?

Le directeur doit utiliser la qualité comme outil de management lui permettant l'implication et la responsabilisation des professionnels, le respect des droits des usagers et de leur place d'acteurs institutionnels, la dynamique de projet. En effet, qualité et management sont étroitement liés.

« Le management crée et développe les dynamiques organisationnelles nécessaires à l'émergence et à l'essor d'une qualité partagée ; la qualité sollicite le management pour une recherche constante de pertinence, de cohérence et de cohésion. »²³

Le directeur a un rôle important à tenir. Il est garant de la réussite de la démarche, d'abord parce qu'il l'impulse, ensuite parce que c'est lui qui doit la faire vivre, la mettre en dynamique. Une démarche qualité ne peut fonctionner sans engagement fort de la direction ; elle ne peut être lancée, ni ne peut perdurer sur le long terme.

L'outil d'évaluation de la qualité des prestations est un outil de management pour le directeur. C'est un outil

- de gestion de son établissement,
- d'implication et de responsabilisation de ses équipes,
- de protection et de respect des droits des usagers,
- d'impulsion et d'accompagnement du changement.

C'est un outil qui lui permet d'identifier les objectifs prioritaires de la structure et de piloter cette institution à moyen terme au travers de la résolution de ces objectifs. La fonction du directeur recouvre différents domaines. Il doit définir et conduire le projet d'établissement. Celui-ci définit et formalise les valeurs de l'établissement, sa mission et les moyens que le directeur engage. La démarche d'évaluation permet à la fois de vérifier que ce projet d'établissement est bien respecté, et de le modifier au fur et à mesure de l'amélioration de la qualité recherchée. L'action du directeur se tourne aussi vers la mobilisation et la participation de son personnel, par le biais d'un système cohérent de management permettant l'appropriation par les acteurs des enjeux des actions et l'ouverture au changement. Cette gestion des ressources humaines est importante car la qualité ne peut exister sans les hommes. Le système de management doit se baser sur l'implication, la formation, l'interprofessionnalité dans les actes majeurs de l'accompagnement et de la prise en charge, la capacité à l'interrogation des pratiques, le changement des mentalités et la cohésion des hommes autour d'un projet. La démarche qualité ne relève pas que de méthodes, mais aussi d'une ambition partagée. Le rôle du directeur est, en plus de fournir ces outils et méthodes, d'impulser cette ambition. La fonction économique et logistique de la direction conditionne l'utilisation et de l'optimisation des moyens alloués. Enfin la

²³ P. DUCALET, M. LAFORCADE, Ibid., p.141.

principale responsabilité du directeur est bien qu'il est garant de la qualité du service rendu et de l'adaptation des prestations à chacune des situations individuelles ou collectives. Pour ce faire, des outils et méthodes d'évaluation et d'amélioration de la qualité des prestations doivent être mise en œuvre. C'est ce que je propose de construire ici, notamment au travers d'un exemple concret.

1.2.3 La mise en place d'une démarche dans un établissement social et médico-social : le CAT de l'IDDA.

A) L'établissement de référence.

J'ai mis en oeuvre l'entrée dans une démarche qualité par la porte de l'évaluation des prestations offertes aux usagers à l'Institut Départemental de Développement de l'Autonomie. Cet établissement situé en plein cœur de Marseille est un Centre d'Aide par le Travail qui accueille (agrément de 70 places) en majorité des personnes déficientes visuelles, mais aussi, depuis peu, d'autres types de handicaps (le nom de l'établissement, anciennement Institut Départemental d'Aveugles, a en conséquence changé).

L'établissement a été créé à la fin du XIX^{ème} siècle du fait de deux hommes. Le docteur Nicati, s'intéressant à la promotion professionnelle des aveugles, créa en 1880 la « société marseillaise des ateliers d'aveugles », société reconnue d'utilité publique le 14 février 1890. En 1888, un généreux mécène, M. Jean-Baptiste Gairard, offrit à la société marseillaise des aveugles, à la recherche de locaux plus grands, les bâtiments actuels. En 1906, la société périclita, céda son œuvre au département et prit le nom d'Institut Départemental d'Aveugles. Accédant à l'autonomie en 1985, l'Institut Départemental d'Aveugles, établissement public autonome, est agréé depuis le 1^{er} janvier 1986 en tant que CAT.

La transition effectuée en 1985-1986, transformant la structure en CAT et en établissement public autonome, conduisit le directeur actuel à mettre en place une nouvelle équipe à même de répondre aux besoins spécifiques du CAT tels que précisés dans la circulaire 60 AS du 8 décembre 1978. Cette dynamique a eu pour conséquence la mise en œuvre d'une réflexion commune, agents et usagers, autour de l'élaboration d'un projet d'établissement. Anticipant la rénovation de la loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales, le directeur a alors lancé un travail d'élaboration des documents institutionnels tels que le livret d'accueil ou encore le règlement de fonctionnement. Cet établissement est donc en changement, en évolution, en mutation depuis une quinzaine d'années.

J'ai souhaité mettre en place une démarche qualité basée sur l'évaluation des prestations offertes aux usagers dans cet établissement car au vu de son histoire et de la mobilisation de ses acteurs, il semblait prêt à entrer dans un nouveau tournant institutionnel. Une réflexion, selon une démarche participative, sur le projet d'établissement avait déjà été menée, impulsant à ce moment là une dynamique de questionnement commune agents / usagers sur le fonctionnement de l'Institut et sur les choix de son évolution. De plus, les principaux outils garantissant le droit des usagers demandés par la loi du 2 janvier 2002 avaient déjà été créés (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, conseil d'établissement déjà en place et réélection prévue pour juin 2003). Ceux-ci étaient alors régulièrement utilisés et la première évaluation depuis leur mise en place nécessitait d'être conduite afin de réajuster ces documents aux réactions des bénéficiaires. Pour ces différentes raisons, l'établissement me semblait prêt à avoir une réflexion sur ses propres pratiques professionnelles et à entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Lorsqu'on relit l'article 22 de la loi du 2 janvier 2002, la formulation peut inciter à la prudence et à l'attentisme. En effet, il est précisé que l'évaluation interne se réalisera « au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un CNESMS »²⁴. Le plus sage peut donc paraître être d'attendre la constitution du CNESMS et l'élaboration par celui-ci des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; puis de les appliquer. J'ai choisi de ne pas attendre et d'anticiper le travail du CNESMS. En effet, l'anticipation me semble être une stratégie intéressante dans un secteur où l'évaluation et la qualité ne font pas partie de la culture commune. Il est alors possible de mettre en place une démarche permettant aux différents acteurs de l'institution de prendre le temps de s'approprier l'obligation réglementaire. Les résistances au changement peuvent être plus facilement levées puisqu'il est possible de prendre le temps nécessaire pour expliquer ce changement. Ne pas attendre permet d'anticiper le changement en accompagnant ce changement.

B) Les outils d'évaluation existant dans le secteur social et médico-social.

Entrer dans une démarche qualité par l'évaluation interne des prestations offertes aux usagers nécessite de disposer d'outils méthodologiques pour réaliser cette

²⁴ Article L.312-8 du *Code de l'action sociale et des familles*.

évaluation. Or nous n'en possédions pas. Une brève analyse de l'existant m'a permis de mettre en évidence les référentiels ou outils d'évaluation présents.

D'abord, le référentiel le plus connu dans le secteur médico-social est ANGÉLIQUE (Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements). En juin 2000, après la publication de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges des conventions pluriannuelles tripartites, une mission a été créée. Cette Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des personnes âgées (mission MARTHE), en collaboration avec l'École Nationale de la Santé Publique, un groupe d'experts et la quasi-totalité des organisations représentant les établissements et le secteur de la gériatrie, a mis au point un outil de mesure de la qualité en ÉHPAD. ANGÉLIQUE est constituée d'une première partie méthodologique, un guide d'accompagnement, exposant aux futurs utilisateurs la démarche qualité et sa philosophie en ÉHPAD. La seconde partie est l'outil d'évaluation en lui-même. Il correspond à un tableau composé de quatre parties :

- attentes et satisfaction des résidents et familles (53 questions regroupées en quatre thèmes : accueil et admission, droits et libertés, restauration, vie sociale) ;
- réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins (60 questions regroupées en cinq thèmes : maintien de l'autonomie, organisation des soins, aides et soins spécifiques, hôtellerie, personnel) ;
- l'établissement et son environnement (23 questions regroupées en trois thèmes : ouverture sur l'extérieur, sécurité et maintenance, projet institutionnel) ;
- la démarche qualité (11 questions portant sur la méthode de mise en œuvre de la démarche qualité).

Conçu conjointement avec les professionnels du secteur, l'intérêt de cet outil est qu'il est « le premier et seul référentiel existant dans le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux, qui soit complet, testé et validé sur le terrain et globalement consensuel »²⁵. Cependant, ANGÉLIQUE n'est pas directement transposable dans les établissements du secteur social et médico-social. Ses items sont vraiment spécifiques à la prise en charge en ÉHPAD.

Un autre outil d'évaluation important est le Guide pour des interventions de qualité, méthode d'évaluation interne élaborée par l'ANCRÉAI (Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée). Ce guide est un cadre méthodologique engageant l'examen de ce qui conditionne et garantit des prestations de

²⁵ J.F. BAUDURET, M. JAEGER, *ibid.*, p.156.

qualité adaptées aux besoins et aux attentes des usagers. Il n'est pas conçu, à l'inverse d'ANGÉLIQUE, comme un référentiel normatif, mais il tend à intégrer les pratiques professionnelles correspondant aux missions de l'établissement qui est évalué. Ce guide est organisé autour de plans centraux se rapportant au projet d'établissement, aux droits des usagers, aux garanties et responsabilités impliquées par la prise en charge. A ces plans principaux s'articulent, d'une part, les plans du service rendu à l'utilisateur et, d'autre part, les plans ressources (humaines, matérielles, de l'environnement). L'intérêt de cet outil est qu'il est souple et adaptable aux réalités des divers établissements. Cependant, voulant privilégier une approche complexe plutôt que linéaire, il est difficile d'accès pour des utilisateurs non initiés.

Un autre outil qui peut être cité ici est celui créé par le SNAPÉI (Syndicat National des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales). Il se compose d'un guide d'application ayant pour but d'aider les utilisateurs à mettre en place la démarche dans leur établissement ; d'un référentiel de service –QualiSNAP- définissant les bonnes pratiques du secteur en terme d'accompagnement de la personne handicapée mentale ; et d'un questionnaire d'auto évaluation – QualiPROGRESS – qui permet de déterminer le niveau de qualité de l'établissement et ses écarts par rapport aux engagements et niveaux de service du référentiel QualiSNAP. Le référentiel QualiSNAP se décompose en six modules : accueil et information, analyse d'une demande d'entrée, admission dans l'entité, élaboration du projet individualisé, mise en œuvre du projet individualisé et mesure et amélioration continue de la qualité de la prestation. Chaque module est constitué d'engagements de service qui sont spécifiés chacun par des niveaux de services. QualiPROGRESS est, quant à lui, un questionnaire d'auto-diagnostic qui se présente sous la forme d'un logiciel de 332 questions permettant d'apprécier le niveau qualité de la structure évaluée. Ce logiciel est construit de manière à impulser dans les établissements une démarche d'amélioration continue de la qualité.

D'autres outils d'évaluation voient le jour partout dans le secteur. Ils ne sont pas tous adaptés à l'objectif d'entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, et ne posent pas tous des items d'évaluation propres au fonctionnement de la structure. Il reste encore plus facile dans le secteur d'admettre que l'on puisse évaluer les usagers et leur autonomie que d'admettre qu'on puisse évaluer ses propres pratiques de professionnels. Des référentiels non spécifiques au secteur social et médico-social sont aussi disponibles (ISO, EFQM, etc.). J'ai fait le choix de ne pas demander à l'Institut de s'en servir tout de suite (peut être pourront-ils être utilisés plus tard quand les objectifs d'impulser une culture de la qualité seront atteints).

C) Le choix de la démarche.

Malgré l'éventail de référentiels existants, j'ai choisi de ne pas utiliser un outil déjà tout prêt, mais d'en construire un propre à la structure. Le risque qui se posait, selon moi, de prendre un référentiel existant et de le transposer dans l'établissement était qu'il soit mal compris et mal accueilli par les acteurs. Il me semble, au contraire, important que les professionnels et les usagers fassent leur un tel changement. En effet, la démarche qualité engage l'institution sur du long terme, elle doit être comprise et acceptée afin que chacun puisse de sa place œuvrer à l'amélioration des prestations offertes aux usagers.

En analysant le fonctionnement de la structure jusqu'à ce jour, j'ai opté pour la création en équipe pluridisciplinaire d'un outil d'évaluation propre à l'établissement. L'appropriation de l'outil et de la démarche par les acteurs passe par leur implication dans la construction de cet outil.

De plus, pour fonctionner, la démarche qualité nécessite que s'instaure dans l'établissement une culture de la qualité ; culture qui, on le sait, est encore balbutiante dans le secteur social. Instaurer une culture qualité signifie que les professionnels, comme les usagers, trouvent un sens et un intérêt à une telle démarche. Construire ensemble l'outil d'évaluation permet à chacun d'exprimer ses doutes et ses inquiétudes. Le débat peut naître entre les acteurs : les convaincus exposant leur ferveur aux dubitatifs, sans que la « bonne parole » soit toujours apportée par le directeur.

La construction du référentiel permet d'avoir une première réflexion en commun sur ce qui est fait au sein de l'établissement. Cela permet de mettre en mouvement l'institution afin d'impulser une pratique réflexive telle que la définissent J.F. Bauduret et M. Jaeger : « faire, en se regardant faire, permet de mieux faire ». Il s'agit de proposer aux acteurs l'idée qu'ils puissent sortir de la routine et avoir une réflexion sur leur pratique et leur vécu quotidien. Je mets volontairement au même plan les acteurs institutionnels, personnels et usagers. Le public accueilli dans l'établissement est pour la majeure partie autonome dans sa vie sociale. L'établissement ne possédant pas de modalité d'hébergement connexe, la plupart des usagers vivent dans leur propre domicile (certains chez leurs parents). Tous possèdent leurs droits civils et civiques. Alors, s'ils vont voter le dimanche comme le personnel, pourquoi ne participeraient-ils pas à la vie institutionnelle et aux décisions qui s'y prennent comme eux ? Il s'agit de rappeler aux usagers leur place dans l'institution. Ils viennent, certes, pour exercer une activité professionnelle, mais ils doivent aussi être acteurs. Ils ne sont pas seulement ouvriers ; ils sont aussi usagers d'un établissement social, ce qui leur donne des droits et, notamment, celui de participer au fonctionnement institutionnel. Cette participation n'est pas facile : la crainte du jugement et du contrôle est grande. La plus grande partie de mon travail de communication a été de

faire comprendre à chacun que sa parole était non seulement légitime, mais qu'elle devait être énoncée pour être entendue.

Le choix étant pris de construire un outil d'évaluation propre à l'établissement, il s'agit de le mettre en œuvre. Cette étape est essentielle dans l'entrée dans une démarche d'amélioration de la qualité. Elle permet de travailler en équipe autour d'une première réflexion sur le fonctionnement de la structure et d'initier une nouvelle culture d'établissement. L'institution se met ainsi en conformité avec la loi (loi du 2 janvier 2002) tout en l'anticipant (décrets non parus).

2 DEUXIÈME PARTIE : CONSTRUCTION D'UN OUTIL D'ÉVALUATION PROPRE AU CAT DE L'IDDA.

Entrer dans une démarche qualité par la porte de l'évaluation des prestations offertes par l'établissement à ses usagers est un choix stratégique fort. Il engage la structure et ses acteurs sur du long terme. Prendre un bon départ est une condition nécessaire à la réussite de ce projet. Aussi poser comme première pierre de cet édifice l'élaboration, avec tous les acteurs, d'un outil d'évaluation propre à l'institution apparaît comme un élément décisif. Il va permettre l'appropriation par tous du projet, gage important de sa réussite future.

Avant de lancer l'élaboration, des analyses stratégiques doivent être menées afin de déterminer précisément ce que l'on attend du futur outil et comment doit être envisagée sa construction. Des choix doivent être pris de structure et de méthodes, qui ne peuvent que se baser sur la spécificité de l'établissement dans lequel ils vont être engagés. Une analyse des missions, valeurs et moyens propres à l'institution permet de concevoir les bases d'un outil adapté à ses utilisateurs (2-1).

La méthode de travail choisie découle de cette analyse. Elle est à la fois pluridisciplinaire et participative. Elle se base sur la réflexion de groupes de travail composés de différents acteurs de l'institution ; réflexion qui est ensuite reprise par un groupe de pilotage qui façonne définitivement les questions élaborées en amont (2-2). Afin d'avoir un aperçu plus concret du travail réalisé, deux exemples de thèmes travaillés sont ici analysés (2-3).

2.1 Réflexion avant l'action.

Avant de lancer tout travail d'élaboration, les objectifs stratégiques pour l'utilisation du futur outil doivent être analysés. Il s'agit, d'une part, de déterminer quelle utilisation future on souhaite avoir de cet outil afin de définir la forme que l'on va lui donner, dans ce qu'elle va avoir de général, transposable dans un autre établissement, comme dans sa particularité (2-1-1). D'autre part, la méthode de travail choisie doit être clairement explicitée ainsi que la structuration définitive de l'outil d'autoévaluation (2-1-2).

2.1.1 Quel outil construire ?

A) La structure générale.

Se poser la question de quel outil construire renvoie à l'utilité de cet outil et à l'utilisation que l'on souhaite en avoir par la suite. L'objectif que j'ai proposé à l'institution est d'élaborer un outil qui soit proche des acteurs. Il doit leur permettre de s'approprier la démarche d'évaluation et son corollaire à long terme : la démarche qualité. Renvoyant à une notion de faisabilité, il reflète leurs pratiques quotidiennes. Il permettra de faire leur le changement qu'il va engendrer.

Cet outil doit d'abord être un outil d'autoévaluation interne. Il correspondra ainsi aux exigences de la loi 2002 en permettant à l'établissement la réalisation de son évaluation interne ; évaluation qui sera menée par les acteurs de l'institution eux-mêmes, d'où la notion d'autoévaluation. Celle-ci se réalisera avec la participation de tous les agents et usagers volontaires. Cette démarche participative facilite la réflexion commune et la mobilisation de tous. Le document devra être pédagogique, c'est-à-dire favorisant l'information et la formation de tous. Sa construction sera aussi un moment d'échange sur son utilité, sur son rôle. La culture de la qualité se forge ainsi petit à petit par une auto-formation interne et sur la base d'un langage commun à l'ensemble des acteurs. Cet outil améliore ainsi le dialogue en interne. Il permet à chacun de s'exprimer sur sa fonction et sur sa place dans l'institution. Le lien entre les fonctions de chacun peut ainsi être valorisé, et avec lui le sens du travail en équipe tourné vers un même objectif : la qualité de la prise en charge offerte aux usagers. Chaque acteur peut prendre conscience de la place de sa fonction dans une globalité, dans le tout institutionnel. Enfin, c'est un outil qui est réalisé dans une démarche de progrès collectif. Son objectif est de favoriser l'amélioration de la qualité grâce et par le travail de tous. L'outil d'évaluation aidera l'Institut dans la mise en œuvre et le suivi de sa politique d'amélioration de la qualité.

Ces préconisations pour la construction de l'outil d'évaluation de l'IDDA sont générales. Elles ne sont pas suffisantes pour décrire sa spécificité. En effet, les concepteurs d'ANGÉLIQUE avaient retenu des orientations similaires. Il faut donc ajouter à ces recommandations les caractéristiques de l'élaboration d'un outil propre à un établissement : ses fondements, son sens et sa particularité.

B) La spécificité de l'outil d'évaluation du CAT de l'IDDA.

La construction d'un outil d'évaluation propre à une structure requiert une connaissance approfondie de son fonctionnement. J'ai exposé plus haut, dans les objectifs d'une démarche d'évaluation de la qualité, qu'il était nécessaire de mener une réflexion sur les valeurs et les missions de l'établissement, ainsi que sur les moyens qu'il

met en œuvre pour y répondre. En effet, les établissements sociaux et médico-sociaux ne sont pas tous les mêmes. Chacun a sa spécificité, fondée sur son histoire, ses valeurs et sa manière de répondre à sa mission de service public et d'intérêt général. L'outil d'évaluation que l'on souhaite élaborer doit prendre appui sur ces spécificités afin de répondre aux objectifs que l'on s'est fixé. C'est un travail de questionnement de l'institution dont on ne peut faire l'impasse, comme le souligne J.R Loubat :

« La démarche exige rigueur et cohérence : en effet, ajuster le déclaratif et l'effectif sous-entend une continuité logique entre les objectifs définis, les moyens mobilisés, les compétences requises, les fonctions impliquées et l'organisation mise en place.

L'installation de cette cohérence et de cette lisibilité passe en premier lieu par l'interrogation de l'utilité sociale des structures : quelles sont les prestations de service rendues et auprès de qui ? (...) À partir d'une identification précise des définitions de service, il est alors possible de passer aux phases suivantes et d'appréhender tout aussi rigoureusement les moyens qui sont mis en œuvre, ainsi que les critères d'évaluation qui servent de repérage. »²⁶

Je propose de simplifier la méthodologie proposée par J.R. Loubat en analysant plus précisément la mission de l'IDDA, ses valeurs ou visées et les moyens qu'il met en œuvre pour y répondre.

L'Institut Départemental de Développement de l'Autonomie est composé d'un CAT. Sa mission principale est décrite dans la circulaire 60 AS du 8 décembre 1978.

« Les centres d'aide par le travail ont une double finalité : faire accéder, grâce à une structure et des conditions de travail aménagées, à une vie sociale et professionnelle des personnes handicapées momentanément ou durablement incapables d'exercer une activité professionnelle dans le secteur ordinaire de production ou en ateliers protégés ; permettre à celles d'entre ces personnes qui ont manifesté par la suite des capacités suffisantes, de quitter le centre et d'accéder au milieu ordinaire de travail ou à un atelier protégé. (...)

Ils sont simultanément une structure de mise au travail (...) et une structure médico-sociale dispensant les soutiens requis par l'intéressé et qui conditionnent pour lui toute activité professionnelle. »

De cette mission générale à tous les CAT, le CAT de l'IDDA²⁷ s'est construit tout au long de son histoire des valeurs propres sur lesquelles s'appuie son action et qui sont inscrites dans son projet d'établissement.

²⁶ J.R LOUBAT, Le social doit-il avoir peur de l'évaluation ?, *Lien social*, 11 mars 1999, n°477, p.6.

²⁷ Confère annexe 1, p. II.

L'IDDA se compose d'un CAT mais aussi d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS). L'objet du travail d'évaluation s'est porté plus particulièrement sur le CAT, le SAVS étant encore en cours de constitution. Cependant les visées des deux structures sont liées au sein de la visée générale de l'Institut. Il s'agit pour les acteurs de l'Institut de développer l'autonomie des personnes handicapées accueillies, tant dans et par l'activité professionnelle, que dans et par la vie sociale et quotidienne. Les valeurs du CAT, sur lesquelles il se fonde pour répondre à sa mission, sont de développer l'autonomie des travailleurs handicapés dans et par l'activité professionnelle. De cette visée se déclinent des objectifs principaux et des objectifs opérationnels. L'objectif principal du CAT intra muros est d'offrir un poste de travail protégé au sein de l'établissement. Il est complété par celui de la Section d'Accompagnement en Entreprise (SAE) qui est d'offrir un poste de travail protégé en milieu ordinaire. [Je poursuis ici la déclinaison du fonctionnement du CAT en analysant plus particulièrement l'intra muros et en laissant de côté la SAE, section mise en place dans l'établissement depuis un an et qui est encore dans une phase de mise en oeuvre. Son évaluation devra être envisagée plus tard.] De cet objectif principal, le CAT décline des objectifs opérationnels qui lui permettent de mettre en oeuvre intra muros des moyens qui correspondent à ses ateliers et aux activités offertes, à son personnel d'encadrement, à son infrastructure et à ses partenaires. Les objectifs opérationnels du CAT sont²⁸ :

- offrir des métiers porteurs d'une représentation valorisante et/ou contenant suffisamment de facteurs de diversité et de renouvellement pour constituer, même dans le long terme, un exercice dynamique, minimisant les risques d'ennui et d'usure ;

- permettre à l'usager de devenir acteur de son projet individuel (implication et participation lors des différentes étapes) ;

- offrir des actions en faveur de son développement personnel et professionnel ;

- garantir l'exercice effectif de sa citoyenneté dans l'établissement (droit de parole, participation à la vie institutionnelle) ;

- permettre une véritable gestion de carrière (grâce à des outils tels que la procédure d'évaluation, de suivi et d'accompagnement du travailleur, son livret d'activités professionnelles, etc.).

De cette mission, de cette visée et de ces objectifs découlent des moyens qui sont mis en oeuvre pour y répondre. Ce sont eux qui sont à interroger par le biais de l'outil d'évaluation que nous allons construire. La spécificité de l'établissement apparaît alors de manière pleine et entière.

²⁸ D'après le projet d'établissement du CAT de l'IDDA.

Par ailleurs, comme je l'ai exposé plus haut, l'évaluation mène de front le contrôle et la valeur. Il s'agit alors, dans l'outil que nous allons construire, d'analyser à la fois les exigences posées par la réglementation spécifique aux CAT et aux établissements sociaux et médico-sociaux, et celles posées par le projet d'établissement et les valeurs que l'Institut décline à travers les objectifs et moyens spécifiques que nous venons d'évoquer. Les items qui composeront l'outil auront à aider l'institution à vérifier si, d'une part, elle répond aux normes réglementaires qui lui sont fixées de par son statut ; et, d'autre part, si elle met en oeuvre des moyens suffisants et adéquats pour répondre à sa mission et à la visée qu'elle s'est fixée. « Offrir un poste de travail protégé », qu'est-ce que cela signifie ? Les aspirations de la personne sont-elles entendues ? Met-on en oeuvre une démarche pour les faire émerger ? Évalue-t-on ses capacités ? Lui donne-t-on les moyens de comprendre les contraintes de l'organisation et met-on en lien la réponse qui lui est apportée avec l'ensemble de ces données ? Telles sont, par exemple, les questions que l'Institut doit se poser au travers de son outil d'évaluation, ce en plus des questions plus normatives de vérification de la conformité aux réglementations.

Après avoir défini les choix de construction de l'outil et les items qu'il devra absolument prendre en compte, il est possible de décrire la méthodologie de travail que j'ai choisi de mettre en place pour l'élaborer, ainsi que sa structuration définitive.

2.1.2 Comment construire cet outil ?

A) La méthode retenue.

Reprenant les objectifs poursuivis pour la construction d'une démarche d'évaluation de la qualité, j'ai choisi d'élaborer l'outil d'évaluation du CAT de l'IDDA selon une méthode à la fois participative et pluridisciplinaire.

J'ai proposé à l'ensemble des acteurs de l'institution de travailler à la construction de l'outil d'évaluation. La participation de tous a pour intérêt d'impulser une dynamique commune sur la base de laquelle peut naître une culture de la qualité. La démarche devient alors réellement pédagogique. Elle favorise le dialogue interne, les acteurs parlant alors le même langage. L'implication autour de ce projet permet à chacun des acteurs de mieux le comprendre, calme les appréhensions et valorise le travail réalisé jusqu'à présent dans l'institution en direction des usagers. L'implication de ces derniers dans un travail institutionnel d'une telle ampleur détermine leur place dans l'institution. Ils ont la possibilité de se poser comme sujets et acteurs de leur prise en charge et d'une

dynamique institutionnelle commune dans laquelle ils ont leur part. La possibilité leur est offerte de s'affirmer comme usager-citoyen²⁹. Par ailleurs, l'outil d'évaluation se donne un champ d'étude large (à la fois la norme et la valeur). Afin de saisir la complexité de l'institution, il est nécessaire, à mon sens, que chacun de ses acteurs puisse donner son point de vue. En effet, tout objet d'analyse requiert plusieurs axes d'examen afin de valoriser sa complexité. Chaque acteur, de sa place particulière, peut donner une vision de la structure, de ses points forts et de ses points à améliorer ; surtout ce sont des acteurs de terrain qui viennent le plus souvent les meilleures solutions de résolution des points faibles. Alors pourquoi se passer de leur implication ? La démarche qualité, et la démarche d'évaluation, doivent être des dynamiques que le directeur impulse ; il revient aux acteurs institutionnels de s'en saisir et de les faire vivre.

Afin que le point de vue de chaque acteur soit valorisé, j'ai préconisé la constitution de groupes de travail pluridisciplinaires, rassemblant agents des différents services, usagers et membres de l'équipe de direction. La pluridisciplinarité favorise la confrontation constructive de points de vue différents. Elle permet que l'institution se pose comme lieu d'interaction et de négociation. Chaque acteur a alors la faculté de mieux cerner ce que fait l'autre et d'inscrire son travail quotidien et celui de tous dans un tout commun, dans une logique institutionnelle collective poursuivant la même visée. Cette méthodologie de travail requiert de prévoir la gestion éventuelle de difficultés de communication entre les disciplines ; l'objectif poursuivi étant de trouver un langage commun tourné vers l'amélioration de la qualité des prestations offertes aux usagers.

En préalable à l'impulsion de l'élaboration de l'outil d'évaluation, j'ai donc présenté à l'équipe de direction pour validation l'étude de l'établissement – missions, valeurs et moyens – proposée plus haut, ainsi que la méthode de travail préconisée. Cependant, il est possible aujourd'hui de noter une défaillance dans la démarche que j'ai poursuivie. Je n'ai conduit aucune analyse des représentations, que se font les acteurs de l'Institut, de l'évaluation. Pourtant c'est une étape préalable à toute démarche qualité très importante. L'évaluation est une notion qui peut être mal comprise par les acteurs, notamment elle peut n'être assimilée qu'à la notion de contrôle, sans voir tout le travail de questionnement qui doit être aussi mené sur les valeurs. Des craintes peuvent en découler qui peuvent engendrer des résistances au changement. Si cette lacune dans la démarche menée peut avoir des impacts à plus long terme, notamment lors de la construction des plans d'amélioration de la qualité ; elle n'a pas créé de dysfonctionnements et n'a pas été un frein au travail de construction de l'outil d'évaluation.

²⁹ J.F BAUDURET, M. JAEGER, Ibid., p.97.

Il faut noter en dernier lieu que si la méthodologie de travail que j'ai proposée correspond à une forme de management participatif, il est important de préciser que, tout au long de la démarche, j'ai aussi posé des éléments non négociables fixant le cadre au sein duquel une latitude plus importante pouvait être laissée aux acteurs. Tel est notamment le cas de la structuration de l'outil d'évaluation retenue.

B) La structuration de l'outil d'évaluation.

Comme exposé plus haut, j'ai choisi de construire un outil d'évaluation propre au CAT selon une démarche participative et pluridisciplinaire. La structure et la méthodologie de l'outil ANGÉLIQUE me paraissant intéressantes à exploiter, j'ai opté pour les utiliser comme support d'élaboration de l'outil du CAT. ANGÉLIQUE développe, en effet, des items portant à la fois sur la prise en charge des personnes accueillies et sur le fonctionnement global de la structure. La juxtaposition de ces deux types de questionnements permet une réelle entrée dans une démarche qualité. La prise en charge des usagers relève aussi bien des activités qui leur sont offertes que de l'hygiène globale de l'établissement ou encore de son mode de management. De plus, la formulation de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 : « les établissements procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent » distingue bien ces deux champs : « l'évaluation des activités » correspondant à l'organisation, au fonctionnement et au mode de gestion des ressources humaines ; et « la qualité des prestations » au produit fini en tant que tel, les prestations offertes. Le second intérêt, à mon sens, de l'outil ANGÉLIQUE est qu'il est structuré sous forme de questions, contrairement au Guide pour des interventions de qualité de l'ANCRÉAI élaboré sous forme de recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La formulation de questions est d'un accès plus aisé pour la procédure d'évaluation dans un second temps. Elle permet une meilleure compréhension de l'objectif recherché. Répondre à une question est souvent plus simple que réfléchir à ce que peut recouvrir une recommandation. Cependant, mon erreur d'estimation, à ce moment du choix de la stratégie à mettre en œuvre, est de ne pas avoir anticipé que l'élaboration de questions, dans un premier temps, avant d'y répondre, est peut-être plus complexe que la formulation de principes de bonnes pratiques.

La structuration d'ANGÉLIQUE se décompose autour de quatre références, elles-mêmes déclinées en thèmes : chaque thème étant porteur de questions spécifiques, organisées sous des mots-clés. Pour le CAT, j'ai fait le choix de n'avoir que trois grandes références (production sociale, production professionnelle et démarche qualité). En reprenant à la fois la mission du CAT, ses valeurs et le principe de la loi n°2002-2, il m'a

semblé évident que le CAT réalisait deux types de productions : une production sociale dont les clients principaux sont les usagers et le personnel de l'établissement ; et, une production professionnelle qui est tournée vers le client extérieur au CAT (production et commercialisation) et qui favorise l'épanouissement professionnel et social des usagers. En d'autres termes, de l'analyse du projet d'établissement, il apparaît qu'est mise en œuvre dans l'Institut une prestation principale de laquelle découle toutes les autres : la prestation d'accompagnement de la personne vers l'autonomie par l'aide par le travail (qui correspond au projet individuel). Pour réaliser cette aide par le travail, sont fournis, d'une part, une activité professionnelle aux personnes handicapées, d'autre part, un soutien médico-social et éducatif favorisant l'épanouissement personnel et l'intégration sociale. Deux productions peuvent donc être distinguées : une production sociale et une production professionnelle. Ces deux productions constituent les références à partir desquelles vont découler les thèmes, les mot-clés et les questions constitutifs de l'outil d'évaluation. Il faut noter que le projet d'établissement spécifie que la production professionnelle est un support de l'activité sociale ; aussi les thèmes qui la constituent correspondent à la visée fixée par le projet d'établissement : rendre autonomes les usagers dans et par leur activité professionnelle. Après un travail d'appropriation dans les groupes de travail lors de la première réunion, la structure définitive de l'outil d'évaluation était posée :

- Référence : Production sociale.

- Thèmes : Accueil et admission

- Projet individuel

- Droits et devoirs des personnes

- Gestion des ressources humaines

- Hygiène, sécurité et conditions de travail

- Information et communication en interne

- Partenariat et relations avec l'extérieur

- Référence : Production professionnelle.

- Thèmes : Organisation de la production dans les ateliers

- Implication des usagers dans la vie commerciale de l'établissement

- Référence : Démarche qualité.

Cette typologie permet d'analyser l'ensemble du fonctionnement de la structure : à la fois les prestations qui sont offertes aux usagers (accueil et admission, droits et devoirs des personnes, projet individuel, production professionnelle) et son organisation (gestion des ressources humaines, hygiène, sécurité et conditions de travail, système d'information et de communication, partenariat et relations avec l'extérieur, démarche qualité).

C'est donc bien l'analyse de la structure (telle que décrite plus haut) qui a permis d'élaborer cette typologie de l'outil d'évaluation du CAT. Il aurait été possible de faire une analyse des principaux processus en jeu dans l'Institut pour construire le cadre de réflexion de l'outil d'évaluation. D'ailleurs, la structure proposée rappelle fortement ce type d'analyse. Pourtant je n'ai pas conduit ce que l'on peut nommer une réelle approche processus. Un processus est « un ensemble d'activités transversales, reliées entre elles par des flux d'informations, qui se combinent pour produire un produit ou un service »³⁰. L'analyse processus permet de décomposer une réalité complexe en suite d'éléments simples. Une telle décomposition permet, au regard d'un résultat jugé insatisfaisant ou perfectible, d'isoler l'étape génératrice de cette non-qualité, d'en expliciter les facteurs responsables, avant de prendre les mesures correctives adéquates. Les processus peuvent toujours être décomposés en sous-processus en fonction du niveau de détail recherché. On peut distinguer trois types de processus : les processus « usager », les processus « logistique » et les processus « de gestion ». Dans la typologie de l'outil d'évaluation du CAT proposée, on retrouve des éléments de ce type d'analyse. J'ai jugé que conduire une réelle analyse processus avec les acteurs de l'institution à ce stade de l'entrée dans une culture qualité était trop précoce. Un tel travail requiert de connaître un minimum le langage de la qualité et demande un travail de théorisation préalable important. Il me semble plus judicieux de mener un travail de ce type dans un deuxième temps, après l'autoévaluation, dans l'objectif d'améliorer un élément de dysfonctionnement. Par exemple, si le thème « accueil et admission » se révèle contenir de nombreux dysfonctionnements, une analyse du processus d'accueil et d'admission, de ses sous-processus et de leur contenu peut être favorable pour résoudre le(s) dysfonctionnement(s) constaté(s) et lui(leur) trouver plus facilement des solutions. Mais à ce stade, contrairement à aujourd'hui, les acteurs auront acquis un plus grand savoir-faire en matière de qualité, des formations auront été proposées et des méthodes de travail plus techniques pourront être proposées.

2.2 La construction de l'outil d'évaluation.

La méthode retenue pour élaborer l'outil d'évaluation du CAT est celle d'une démarche participative. L'idée est de tenter, dès la construction de cet outil, de répondre aux objectifs attendus de la démarche, c'est-à-dire une implication et une appropriation

³⁰ D'après P. LORINO, *Le contrôle de gestion stratégique : la gestion par les activités*, Dunod, 1993 ; cité par P. DUCALET et M. LAFORCADE, *Ibid.*, p.114.

par les acteurs institutionnels de la démarche, une promotion de l'utilisateur comme acteur institutionnel et comme acteur de sa prise en charge et une réflexion sur les valeurs et missions de l'établissement ainsi que sur les moyens mis en place pour y répondre.

Pour ce faire, trois étapes me semblent essentielles à analyser : l'engagement dans la démarche (2-2-1), la construction de l'outil en elle-même (2-2-2) et la préparation de son utilisation en amont, la formation d'un référent qualité au sein de l'établissement (2-2-3).

2.2.1 L'entrée dans la démarche.

La première étape de l'entrée dans une démarche qualité est la plus importante : de sa réussite dépend le bon fonctionnement de sa poursuite. Il existe, en effet, des prérequis, dont l'absence est susceptible de conduire à l'enlisement voire au blocage de la démarche. Ces exigences liminaires sont un engagement fort et durable de la direction, le rassemblement des énergies autour d'objectifs communs et l'implication des acteurs grâce au développement d'une culture qualité commune. La démarche que j'ai suivie m'a permis de répondre à ces exigences en deux temps : l'engagement de la direction, puis la communication du projet à l'ensemble des acteurs institutionnels.

A) L'engagement de la direction.

Stagiaire dans l'établissement, j'ai été mandatée par le directeur pour mettre en œuvre le projet d'élaboration d'un outil d'évaluation de la qualité des prestations offertes par l'établissement à ses usagers. Celui-ci m'a délégué le pilotage du projet en son entier, avec délégation d'autorité nécessaire. Dans la phase de communication, un temps a donc été pris pour expliquer ce positionnement. En effet, l'engagement de la direction étant un des prérequis nécessaires à l'entrée dans une démarche qualité, il était donc important qu'il n'y ait pas de confusion. Le travail était, certes, mené par une directrice stagiaire présente neuf mois dans l'institution, mais c'était bien un travail engageant l'ensemble de la structure à long terme. La place du directeur était assumée, pour la conduite de ce projet, par la directrice stagiaire ; mais le poids de son engagement était égal.

L'engagement de la direction dans une démarche qualité passe, dans un premier temps, par la définition de la politique à mener. Ce temps correspond aux choix stratégiques que nous venons d'énoncer : outil d'autoévaluation, fondé sur la connaissance de la spécificité de l'institution dans lequel il va être mis en œuvre, construit selon une démarche participative et pluridisciplinaire et structuré en références, thèmes et questions.

Après avoir déterminé les grands axes de la politique à mener, il s'agit de pérenniser l'engagement de la direction par la constitution d'un groupe de pilotage, puis de groupes de travail. Le groupe de pilotage réuni autour de moi se compose de l'équipe de direction du CAT, à savoir le directeur, la cadre socio-éducatif et la psychologue (l'éducateur technique spécialisé a participé dans les premiers temps au travail d'élaboration, avant de nous quitter pour rejoindre un autre établissement). Le rôle du groupe de pilotage consiste essentiellement en des fonctions de décision, de conseil et de validation. Il a validé la politique qualité proposée, à savoir la construction d'un outil d'évaluation basé sur la démarche ANGÉLIQUE dans un premier temps, suivi de l'entrée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Le choix est aussi validé de ne pas évaluer la qualité des produits réalisés dans les ateliers et commercialisés par le CAT à des clients extérieurs. Cette qualité de l'activité de production et de commercialisation peut aussi être travaillée, mais elle relève d'une autre dynamique, qui, à mon sens, ne doit pas être mélangée avec l'évaluation et la démarche qualité de l'activité sociale. Dans un second temps, le groupe de pilotage a élaboré et validé la structure générale de l'outil d'évaluation qui est présentée aux acteurs institutionnels, selon trois références : production sociale, production professionnelle et démarche qualité. Ainsi, il est proposé aux acteurs de travailler sur l'évaluation de la structure : ses ressources humaines, son système d'information et de communication, son partenariat, son système d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail, sa démarche qualité ; et sur l'évaluation des prestations offertes : son système d'accueil et d'admission, son élaboration des projets individuels, sa production professionnelle.

B) La communication du projet à l'ensemble des acteurs institutionnels.

Cet engagement de la direction dans un projet d'élaboration d'un outil d'évaluation de l'établissement facilitant son entrée dans une démarche qualité est ensuite communiqué à l'ensemble des acteurs institutionnels dans l'objectif de fédérer les énergies autour du projet et d'impulser une culture de la qualité. C'est le second prérequis de toute démarche qualité. Des réunions d'information par groupes fonctionnels (par service et par atelier) sont menées. L'objectif est d'exposer le projet en distinguant ses deux étapes : à court terme, l'élaboration d'un outil d'évaluation ; à plus long terme, l'entrée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. La définition des deux notions essentielles – évaluation et qualité – est dans ce premier temps importante. La réunion de personnes ayant des activités professionnelles similaires (notion de groupe fonctionnel) permet, d'une part, l'adaptation du message à ses récepteurs, et, d'autre part, que des interrogations communes soient énoncées par ceux-ci. Il s'agit de laisser s'exprimer les personnes sur l'idée d'évaluation, sur l'idée qu'elles se font de la

démarche, sur leur anticipation. Ce premier travail d'appropriation des concepts est facilité par la proximité des personnes réunies. Ce n'est pas seulement un moment d'information qui est proposé, mais c'est aussi un temps de communication en groupe. Il s'agit de faire comprendre, de susciter l'adhésion, la participation, la motivation et « d'amoindrir » les freins au changement. Enfin, cette réunion a aussi pour objectif d'exposer le fondement éthique de la démarche : l'objet est d'évaluer le fonctionnement de la structure et non les personnes, la démarche ne saurait donner lieu à manipulation ou à conflit. Le message doit être clair, il s'agit d'impulser un dialogue, de rassurer, et surtout de fédérer les énergies autour du projet.

Dans un second temps est remis à chacun un document écrit³¹ reprenant les grands axes de l'engagement dans la démarche : la définition de l'évaluation, le cadre réglementaire, l'objectif final de l'évaluation : la démarche d'amélioration continue de la qualité, la présentation d'un outil d'évaluation : l'exemple d'ANGÉLIQUE, la structuration de l'outil d'évaluation et le planning de travail proposé.

Enfin, dans un troisième temps, un appel à candidature est lancé pour la participation aux groupes de travail. Cette participation est basée sur le volontariat pour les usagers, mais avec comme contrainte que l'ensemble des ateliers soient représentés. La participation aux groupes de travail est, par contre, obligatoire pour les agents, car la démarche est considérée comme décisive pour le fonctionnement de l'institution et nécessite l'implication et la participation de tous. Le meilleur moyen de rompre la résistance au changement ne passe pas par de longs discours, mais par la preuve en pratique du travail que l'on souhaite mener et comment la voix de chacun y est importante et doit y être entendue. Le meilleur moyen d'être impliqué dans une réforme c'est d'y prendre part dès le départ. De plus, il est à noter que le nombre d'agents dans l'institution (21 y compris les emplois jeunes) est un élément déterminant dans ce choix d'imposer la participation de l'ensemble du personnel. L'absence de certains d'entre eux aurait pu dévaloriser la démarche, déjà fragile à son départ de par l'ampleur du changement qu'elle allait instaurer et des résistances qui en découlaient. De plus, le risque d'une division du personnel entre « ceux qui font de la qualité » et « ceux qui n'en font pas » aurait pu être fatal à la démarche. J'ai donc fait le choix d'imposer la participation de tous les agents, et leur ai clairement expliqué les raisons de ma décision.

L'objectif de construire ensemble un outil d'évaluation propre à l'Institut est aussi de se créer une culture qualité commune. Selon F. Slama,

« la culture d'une organisation peut être définie, en termes très généraux, comme l'ensemble des règles implicites qui conditionnent sa conduite. Elle est structurée autour

³¹ Confère annexe II, p. VII.

de rites, de mythes, de traditions, de symboles et de valeurs partagées. (...) Dans ce cadre, instaurer une « culture qualité » correspond à un effort d'enrichissement de la (ou des) culture(s) préexistante(s) par de nouvelles valeurs partagées. En d'autres termes, à la mise en œuvre d'une dynamique de changement visant à l'appropriation progressive de ces nouvelles valeurs par les différentes catégories de personnel. »³²

Comment mieux instaurer une culture de la qualité qu'en construisant avec tous un outil d'évaluation permettant d'initier une démarche d'amélioration continue de la qualité dans laquelle chacun sera impliqué ?

2.2.2 La construction du questionnaire d'évaluation.

La construction de l'outil d'évaluation en elle-même s'est réalisée en deux temps : l'élaboration de la réflexion initiale par les groupes de travail et la réalisation définitive par le groupe de pilotage.

A) Le lancement de la démarche d'élaboration dans les groupes de travail.

A la suite de l'exposé de la démarche, l'appel au volontariat auprès des usagers s'est révélé très fructueux. Les groupes de travail ont été constitués par le groupe de pilotage selon le principe de la pluridisciplinarité exposé plus haut. Les usagers volontaires (au nombre de 22), de même que les agents, se sont départagés selon leur propre choix entre les deux références à travailler : la production sociale et la production professionnelle. Une parité du nombre d'usagers avec le nombre d'agents a permis de constituer des ensembles homogènes. Six groupes, de sept à huit personnes, ont donc vu le jour : quatre travaillant plus spécifiquement sur la production sociale, deux sur la production commerciale. Si le groupe de pilotage avait une idée plutôt construite de ce que recouvraient ces deux champs d'étude, il s'agissait que les groupes se les approprient plus précisément. La première réunion dans chaque groupe a donc été consacrée à la réflexion autour de cette référence principale. Lors de ce premier temps de travail, les acteurs ont donné leur propre définition de la mission du CAT. Ils ont, à partir de cette notion, réfléchi à ce que pouvait recouvrir le vaste champ de la référence qu'ils s'étaient proposés de travailler. Enfin la structuration en thèmes élaborée par le groupe de pilotage leur a été proposée.

³² F. SLAMA, *La mise en place de systèmes d'assurance de la qualité en milieu hospitalier : Méthodes, problèmes et applications*, Mémoire d'élève directeur d'hôpital, Ecole Nationale de la Santé Publique, 1996, p.33.

Suite à cette première séance de travail, les réunions se sont déroulées d'une manière à peu près similaire dans chacun des groupes, à raison d'1h30 tous les quinze jours. Dans chaque groupe, je proposais, en tant qu'animatrice de séance, le thème de réflexion à travailler. La réflexion était alors lancée, toujours à partir du rappel de la double mission du CAT, en analysant d'une part les pratiques quotidiennes et en lançant le débat autour de ce qui pourrait constituer une pratique optimale. La réflexion sur le thème proposé s'est menée selon différentes méthodes : brainstorming, analyse des pratiques professionnelles existantes ou encore questionnement sur les attentes des tutelles et organismes de contrôle (via les textes réglementaires). De cette réflexion engagée autour du même thème durant trois à quatre séances, des questions ont été construites. Celles-ci s'inspiraient des débats lancés autour de la mission, des valeurs et des moyens de l'établissement. L'implication des acteurs institutionnels s'est avérée forte, notamment pour les usagers. Ceux-ci, passé le cap de l'expression de demandes et de plaintes, ont participé de manière très constructive à l'élaboration de questions permettant d'évaluer l'existant sur la base de ce qui était pensé par le groupe comme étant de la qualité. Régulièrement, j'ai dû dépasser mon rôle d'animatrice de séance pour introduire dans le débat des notions de droit. En effet, l'outil d'évaluation a aussi pour objet d'évaluer la conformité de l'établissement avec la réglementation en vigueur. De plus, ce rappel au droit a induit des nuances très intéressantes dans le débat.

Entre chacune de ces réunions, j'ai effectué un travail de synthèse, de hiérarchisation, d'ordonnement des idées, ainsi que de recadrage, afin de construire une synthèse de la séance que je proposais en introduction de toute nouvelle réunion. Cette synthèse était présentée au groupe pour discussion, puis validée. Ainsi le débat était relancé par le rappel de ce qui avait été évoqué la séance précédente. Cette méthode de travail m'a permis de réduire le temps de dépassement de la timidité et d'engagement dans la prise de parole. Un certain confort était installé pour les participants puisque c'est l'animatrice qui commençait à parler.

B) Le travail de finition du groupe de pilotage.

A partir des questions et des débats élaborés dans les groupes de travail, le groupe de pilotage a construit des questions courtes et compréhensibles par tous. Les groupes avaient apporté une réflexion très dense qu'il s'agissait de synthétiser. Le groupe de pilotage a donc repris dans chaque thème les questions construites, a gardé les plus significatives, les a reformulées lorsque nécessaire, pour les introduire de manière définitive dans le questionnaire d'évaluation. En parallèle, un cahier explicatif, livret d'accompagnement au questionnement, a été élaboré. Il regroupe l'ensemble des réflexions des groupes de travail autour de chaque question définitive gardée par le

groupe de pilotage. Ce cahier explicatif permettra de répondre aux questions lors de l'autoévaluation. Il correspond à une « piqûre de rappel » des débats qui ont animé la construction de la question, et permettra que celle-ci ne soit pas remise en cause au moment d'y répondre, sous prétexte que l'on ne se souvient plus de ce qu'elle recouvre. Mettant en évidence toutes les valeurs qui sont sous-tendues par la question ainsi que les moyens à mettre en œuvre, il permettra aux groupes qui répondront aux questions de faire plus facilement un choix entre les différentes réponses (les réponses aux questions sont organisées selon une cotation en ABCD). Le cahier explicatif permet aussi d'avoir une formalisation à un moment donné des exigences du projet d'établissement et de la loi autour d'un point précis. En effet, le groupe de pilotage a non seulement poursuivi le travail des groupes autour des valeurs, missions et moyens, mais il a mis en œuvre un travail pointu de vérification de la conformité à la norme. Enfin le groupe de pilotage a élaboré entièrement la dernière référence, « démarche qualité », en s'appuyant très fortement sur la référence existant dans le référentiel ANGÉLIQUE.

Après avoir déterminé les questions définitives du questionnaire, le groupe de pilotage a élaboré, pour chacune d'elles, les réponses et les indicateurs qualité. Les réponses aux questions correspondent pour la large majorité à des cotations en A,B,C,D :

- « A : la structure répond exactement aux exigences du critère »
- « B : la structure satisfait en grande partie aux exigences du critère »
- « C : la structure ne satisfait que très partiellement aux exigences du critère »
- « D : la structure ne satisfait pas aux exigences du critère ».

Cette structuration de réponse à quatre niveaux permet des réponses les plus objectives possibles. Contrairement à des cotations en « oui » ou « non », elle permet d'intégrer la complexité de la situation de l'établissement. Tout n'est pas tout blanc ou tout noir, des niveaux intermédiaires peuvent exister qu'il faut prendre en compte. De plus, cette structuration permet que soient intériorisées à la fois les exigences de la norme et celles du projet d'établissement. Sur une question comme celle-ci : « Existe-t-il un livret d'accueil, un règlement de fonctionnement, un contrat de séjour et une charte des usagers ? », la réponse attendue est avant tout une évaluation du respect de la réglementation (loi 2002). Cependant, dans le cahier explicatif, sont précisés en sus les exigences de la pratique institutionnelle : ces documents doivent non seulement exister mais être remis systématiquement à tout nouveau usager, ainsi qu'aux « anciens ». Ils doivent être lisibles et compréhensibles. Un échange est préconisé pour favoriser leur bonne compréhension ainsi que leur acceptation. L'ensemble de ces éléments permet d'apporter une réponse plus nuancée que « ils existent ou n'existent pas ». Certains peuvent exister et correspondre exactement aux exigences, alors que d'autres peuvent être en cours d'élaboration, voire ne pas être mis en œuvre au jour de l'autoévaluation.

Le groupe de pilotage a, par ailleurs, élaboré les indicateurs qualité de chaque question. Les indicateurs sont des « données objectives décrivant une situation d'un point de vue quantitatif »³³. Selon le Dr Roussel, il existe différents types d'indicateurs :

« les indicateurs de structure [correspondent aux] moyens et ressources utilisés ;
les indicateurs de processus [correspondent aux] activités au service d'un objectif ;
les indicateurs de résultat [correspondent à] l'atteinte de l'objectif fixé ;
les indicateurs de satisfaction [correspondent au] niveau de satisfaction perçue ;
les indicateurs sentinelle déclenchent systématiquement une analyse des causes et une action corrective rapide. »³⁴

Le groupe de pilotage a défini des indicateurs pour chacune des questions définitives. De même que les cotations, les indicateurs ont pour objet de faciliter les réponses et surtout de permettre une comparaison dans le temps entre la première autoévaluation et les suivantes. Les indicateurs ont été choisis pour leur simplicité et leur pertinence, leur capacité de mesure d'un écart par rapport à une situation définie comme satisfaisante et leur facilité à être mesurés. Ils sont présentés, dans l'outil d'évaluation, en amont de la question : ce qui permet une lisibilité directe. Avant de se poser la question, on sait ce que l'on cherche. Si seuls ils ont un intérêt, ils sont eux aussi à mettre en corrélation avec le cahier explicatif. Souvent un mot (l'indicateur) résume l'ensemble d'un paragraphe du cahier explicatif.

L'outil d'évaluation du CAT de l'IDDA se présente donc sous la forme de deux livrets : le questionnaire d'évaluation en lui-même et son cahier explicatif, livret d'accompagnement au questionnement. Simultanément à l'accompagnement de l'élaboration de ces documents, j'ai mis en œuvre les moyens de pérennisation de cette entrée dans l'amélioration continue de la qualité.

2.2.3 La pérennisation de l'entrée dans l'amélioration continue de la qualité : préparation à l'utilisation de l'outil d'évaluation.

Trois éléments importants m'ont permis de préparer l'Institut à l'utilisation de l'outil d'évaluation et, par-là même, à engager la pérennisation de l'entrée dans la démarche d'amélioration de la qualité : la présentation et la validation de l'outil par les instances, la formation d'un référent qualité et l'acquisition d'un logiciel de traitement de l'information.

³³ Dr P. ROUSSEL, *Des concepts essentiels pour le management de la qualité*, Intervention à l'École Nationale de la Santé Publique, 8 juillet 2002.

A) Présentation et validation de l'outil par les instances.

A la période d'élaboration a succédé un temps de présentation de l'outil d'évaluation terminé. Cette présentation pour information a d'abord eu pour cible les acteurs institutionnels. J'ai à nouveau réuni les agents et les usagers par groupes fonctionnels. L'objectif était de présenter l'outil terminé et d'engager le débat sur son utilisation future et son utilité pour chaque service et chaque atelier. Ce temps a permis la discussion entre les usagers qui avaient participé aux groupes de travail et ceux qui n'y avaient pas participé. L'ébauche d'une culture commune s'est ainsi dessinée dans le transfert de compétences des uns vers les autres. L'intérêt manifesté par les premiers laisse présager un avenir des plus prometteurs pour cet outil d'évaluation. La possibilité d'être considéré comme acteur dans l'institution, de pouvoir donner son avis sur son fonctionnement a relancé la dynamique de la participation. Les élections de représentants des usagers au Conseil d'Administration et au Conseil d'Établissement, qui ont eu lieu à la même période, ont rencontré un important succès, si l'on prend comme indicateurs le nombre de candidatures (10 au CE pour 7 places et 5 au CA pour 2 places), le taux de participation et celui de bulletins blancs ou nuls. Les usagers ont montré un regain d'intérêt pour leur participation et leur implication dans la vie collective, intérêt qui s'était amoindri au fil du temps, de la routine et de la faible stimulation. En effet, la démarche d'élaboration de l'outil d'évaluation a été ressentie par tous, participants et non participants, usagers et personnels, comme une stimulation et une motivation à l'investissement dans l'institution. Les agents ont, en majorité, vécu de manière favorable cette interrogation sur leur place et leur rôle dans l'institution. La valorisation du travail effectué jusque-là a été un moteur à la volonté de questionnement et de retour sur une pratique réflexive. Chacun s'est senti en capacité d'exprimer ses attentes et sa vision du travail réalisé dans l'institution et de prendre conscience de la possibilité de réfléchir sur ses propres pratiques professionnelles et de saisir l'intérêt de cette démarche. L'objectif implicite de rappeler à tous le cadre du CAT, sa mission et les valeurs communes de l'institution a bel et bien été rempli.

Une présentation a ensuite été menée à l'attention du Conseil d'Administration. Ce premier passage devant l'instance décisionnelle de l'établissement ne l'a été que pour information. En effet, il serait préférable, avant que le Conseil d'Administration valide l'outil et engage la première autoévaluation, que celui-ci soit discuté en Conseil d'Établissement. L'avis des usagers, notamment de ceux qui n'ont pas participé à la conception, est, à mon sens, important si l'on souhaite, comme c'est le cas, valoriser la

³⁴ Dr P. ROUSSEL, Ibid.

place et l'implication des usagers comme acteurs de la vie institutionnelle. Le Conseil d'Administration a entendu cet argument et a donc validé la présentation effectuée. Le procès-verbal de séance spécifie que le CA « communique [le résultat des travaux entrepris] au Conseil d'Établissement pour avis (...). [Ils] feront par la suite l'objet d'une décision du Conseil d'Administration »³⁵. La présentation du travail effectué a été saluée par les administrateurs. L'engagement pour le futur est pris, la pérennisation de la démarche est engagée.

« Monsieur le Président félicite l'initiative de devancer ce qui s'imposera aux établissements sociaux dans les mois à venir. Il remercie Mademoiselle Grau pour son travail considérable et confirme que l'objectif fixé doit permettre à l'Institut d'entrer dans une démarche d'amélioration de la qualité des prestations offertes aux usagers. Il précise que l'intérêt d'une telle évaluation réside dans la capacité de pointer les points faibles afin d'apporter les améliorations nécessaires alors que la tendance pourrait être de les masquer.

Monsieur [X.] tient à faire part de la satisfaction des ouvriers d'avoir contribué à l'élaboration de cet outil et Monsieur [Y.] précise qu'ils continueront à participer au travail d'évaluation. »³⁶

La présentation de l'outil au CE, préconisée plus haut, était complexe à mettre en œuvre immédiatement du fait du renouvellement de cette instance. J'ai donc proposé aux nouveaux membres du Conseil d'Établissement, élus fin juin 2003, d'inscrire à l'ordre du jour de leur première réunion la délibération et l'avis sur l'outil d'évaluation réalisé. Celle-ci devrait avoir lieu au début de l'automne, compte tenu des divers départs en vacances de l'été.

Enfin, une présentation devant le Comité Technique d'Établissement serait nécessaire pour les mêmes objectifs d'implication et de valorisation de la place des personnels dans la vie institutionnelle. Cependant, celui-ci étant inexistant dans l'Institut, il faudra se passer de cet outil démocratique important.

Deux étapes sont donc distinguées dans ce travail de préparation à l'utilisation de l'outil : une phase de présentation à l'ensemble des acteurs institutionnels et aux instances, puis une phase de validation de l'outil par ces instances. Il me semble, en effet, qu'après le temps de la réflexion et de la construction de l'outil d'évaluation, un temps de partage de la culture commune naissante est nécessaire. D'autre part, l'outil construit est complexe, du fait notamment de la coexistence de ses deux livrets. Une information et

³⁵ Institut Départemental de Développement de l'Autonomie, procès verbal de la réunion du Conseil d'Administration, séance du 7 juillet 2003.

³⁶ Ibid.

une appropriation sont incontournables pour susciter le questionnement et la critique constructive.

B) Acquisition d'un logiciel de traitement de l'information.

Le deuxième point nécessaire à la pérennisation de l'entrée dans une démarche d'évaluation de la qualité correspond à l'acquisition d'un logiciel informatique de traitement de l'information. Ce logiciel est conçu pour le traitement et l'analyse des autoévaluations en ÉHPAD. J'ai incorporé dans ce logiciel l'outil d'évaluation du CAT. Il permet ensuite de faciliter l'autoévaluation et l'entrée de ses résultats. Le traitement de ces derniers permet de mettre en avant les points forts et les points faibles de la structure. Ce logiciel facilite l'élaboration du plan d'amélioration de la qualité et des fiches projets qui lui sont liées. Lorsque la priorisation des actions a été décidée, il permet de rédiger le rapport d'évaluation accompagné de son plan d'amélioration de la qualité annuel. Enfin, le logiciel permet de réaliser des comparaisons d'une autoévaluation à l'autre et de valoriser les résultats positifs de la démarche menée.

C) Formation d'un référent qualité.

Le dernier travail de pérennisation de l'entrée dans l'amélioration continue de la qualité est l'introduction de formations qualité dans le plan de formation de l'Institut et notamment la formation d'une référente qualité. J'ai proposé à la cadre socio-éducatif, chef de service dans l'Institut, de devenir responsable qualité.

Deux formations ont été mises en place en 2003. Une formation spécifique à la « conduite d'une démarche qualité en établissement social et médico-social » se décline en trois modules. Elle a pour objectifs principaux d' :

- « - Appréhender les différentes dimensions de la démarche qualité, culturelle, stratégique, structurelle et technique ;
- Acquérir, dans le cadre d'une formation action, des méthodes et outils pour mettre en œuvre un démarche d'amélioration de la qualité gérée par projets. »³⁷.

Cette formation correspond bien aux besoins de l'institution pour faire vivre son outil d'évaluation. En effet, suite à l'autoévaluation, des plans d'amélioration de la qualité devront être élaborés pour résoudre les dysfonctionnements repérés. Des fiches projets devront être écrites par les acteurs des groupes qualité et validées par la direction. La responsable qualité pourra non seulement former les membres des groupes qualité à

³⁷ École nationale de la Santé Publique, « Conduire la démarche qualité en établissement social, médico-social et ÉHPAD », *Formation continue*, 2003, p.186.

cette méthodologie, mais aussi valider, par délégation du directeur, les fiches projet et les plans d'amélioration de la qualité.

La seconde formation présentée sera suivie par la cadre socio-éducatif et le directeur. Elle s'adresse plus spécifiquement aux ÉHPAD mais a un intérêt de transposition dans le CAT puisque l'outil construit prend ses bases dans la méthodologie d'ANGÉLIQUE. Les objectifs sont :

- « - Appréhender les enjeux de l'évaluation interne et externe ;
- Savoir transposer les référentiels nationaux à la spécificité de l'établissement ;
- Être en capacité de conduire une autoévaluation à partir du cahier des charges et d'ANGÉLIQUE ;
- Savoir préparer l'évaluation externe ;
- Organiser un dispositif permanent d'autoévaluation. »³⁸

Cette formation, en deux modules, se propose de reformuler les enjeux et le champ de l'évaluation, d'analyser la conduite d'une autoévaluation et d'inscrire l'évaluation dans une démarche pérenne articulée au projet d'établissement. Cette formation interviendra à l'automne 2003, période où l'autoévaluation de l'Institut devrait débuter. Elle permettra de réimpulser une dynamique de changement par le rappel de l'intérêt de cette démarche, si celui-ci était nécessaire. L'inscription de la démarche d'autoévaluation et de la démarche qualité dans une articulation au projet d'établissement renvoie à l'importance qu'il y aura, après le premier tour de la Roue de Deming, de lancer une réinterrogation de ce projet d'établissement. Celui-ci aura alors fêté ses cinq ans ; sa réécriture en se basant sur les enseignements de l'autoévaluation et de l'entrée dans la démarche qualité ne pourra en avoir que plus de valeur.

Des formations devront ensuite être prévues au plan de formation 2004 pour l'ensemble du personnel. Les premiers plans d'amélioration de la qualité seront lancés à cette période, il faudra donc que les membres des groupes qualité, comme tous les volontaires dans l'institution, reçoivent une formation à la méthodologie et au vocabulaire de la qualité. Il me semble intéressant que les méthodes de résolution de problèmes, les techniques de discussion collective ou encore les analyses des relations causes-effets soient abordées.

Avant d'aller plus loin dans la poursuite de la démarche qualité, il est intéressant de s'arrêter un moment sur les travaux réalisés dans les groupes lors de la période d'élaboration de l'outil d'évaluation. Reprendre l'ensemble des débats semble fastidieux et

³⁸ Formation de l'A.N.F.H., *Démarche qualité en ÉHPAD et ses nouveaux outils d'évaluation interne et externe*, 2003.

inintéressant pour exposer la démarche, je propose d'examiner de plus près deux exemples parmi l'ensemble des thèmes traités.

2.3 Deux exemples de thèmes travaillés.

Parmi l'ensemble des thèmes travaillés, il me semble intéressant d'en analyser deux qui sont des reflets pertinents de la démarche menée. D'abord, l'accueil et l'admission, premier thème de la référence « production sociale », est la porte d'entrée dans le questionnaire d'évaluation (2-3-1). Ensuite, l'organisation de la production dans les ateliers est le thème introductif de la « production professionnelle » (2-3-2).

2.3.1 Production sociale – accueil et admission.

Le groupe qui a travaillé sur le thème de l'accueil et de l'admission était composé de quatre usagers, appartenant à des ateliers différents (conditionnement, menuiserie, cannage et façonnage-routage), d'un moniteur d'atelier, d'un adjoint des cadres et de la psychologue. La majorité de ces membres sont présents dans l'institution depuis plus de huit ans. Le premier temps du travail de ce groupe a été de revenir sur la mission du CAT en général. Les usagers ont exprimé assez facilement la double finalité, intégrée dans la culture collective (bien que le nombre de sorties vers le milieu ordinaire ou vers des ateliers protégés soit relativement faible). L'idée de bénéficier d'une aide plus étendue que le travail est évoquée. De même que celle de prendre, dans la société, une place économique et une place sociale. L'orientation de la COTOREP est reconnue comme incontournable à l'entrée dans le CAT.

Le fonctionnement actuel de l'accueil est énoncé comme étant une étape importante dans ce cadre. Les usagers valorisent l'accueil dans l'atelier qui facilite la rencontre avec le nouveau et permet une meilleure connaissance. Ils jugent appréciable la présentation de la personne à tout l'atelier verbalement (point essentiel pour les personnes déficientes visuelles) ainsi qu'à l'ensemble de l'établissement pour que le travail de la personne soit intégré dans un tout qu'elle maîtrise. La psychologue insiste sur l'existence d'une procédure d'admission et en décrit les différentes étapes. La discussion qui en découle permet une meilleure compréhension par chacun du fonctionnement de l'établissement par le biais de cette procédure d'admission. Le rôle des membres de l'équipe sociale (cadre socio-éducatif, psychologue, assistante sociale, éducatrice chargée des projets individuels, éducateur technique spécialisé) est ainsi éclairci

(plusieurs départs et redéploiements de compétences l'avaient obscurci). De même sont rappelées à cette occasion les valeurs qui fondent le projet d'établissement.

Le temps de l'accueil est distingué de celui de l'admission : l'accueil est le moment où la personne va contacter pour la première fois l'établissement pour demander des informations sur son fonctionnement. Ce temps est vu comme ayant une implication dans le reste de la relation qui va s'établir entre la personne et l'institution. Durant ce temps de débat, la non-existence d'une organisation spécifique de l'accueil est relevée. Le groupe considère que c'est un dysfonctionnement qu'il faudra améliorer et propose que soit construite une question permettant de soulever ce point faible.

L'admission est la période qui va de la première prise de rendez-vous avec la cadre socio-éducatif jusqu'à la fin de la période d'essai. La pratique actuelle intègre déjà la remise des documents institutionnels (livret d'accueil, règlement de fonctionnement). Un débat est mené sur leur qualité (notion de lisibilité – pas de document en braille ou en gros caractère –, d'intelligibilité, d'accessibilité pour les usagers plus « anciens »). Le concept de contrat de séjour inexistant dans l'Institut est renvoyé au groupe de travail sur le projet individuel. La description de la procédure d'admission par la psychologue induit la demande implicite des autres membres du groupe d'une clarification sur son rôle et sa fonction (« il n'y a pas que ceux qui sont fous qui peuvent aller la voir. »). Un temps de visite des locaux est prévu par la procédure d'admission. Les usagers relèvent qu'il pourrait être intéressant que ce temps soit pris en charge par un autre usager ayant le même handicap que la personne accueillie. L'argument est avant tout soulevé par des personnes déficientes visuelles qui exposent la possibilité de décrire des détails des lieux facilitant ensuite la locomotion. Le débat s'engage sur la difficulté de reproduire ce schéma dans toutes les situations, notamment lorsque la personne accueillie est atteinte d'un trouble psychique.

Enfin un débat important se pose autour du choix de l'atelier. Le projet d'établissement, relativement récent, prône une concertation entre les choix professionnels de la personne, ses capacités et les besoins de l'institution. Les usagers remettent en cause cette pratique et valorisent le fonctionnement plus ancien qui consistait à faire « tourner » le nouveau dans tous les ateliers pendant la période d'essai avant de l'affecter dans un atelier en particulier. Celui-ci avait l'opportunité de s'initier à tous les métiers. Face à cet argumentaire, est valorisée la possibilité de choix pour l'utilisateur de son activité professionnelle ; il est mentionné la difficulté pour certains de pratiquer certains métiers techniques et le risque qu'ils soient mis en échec dès leur arrivée. Le choix institutionnel actuel est reconnu au final comme pertinent.

La description de la procédure d'admission soulève la prise de conscience de dysfonctionnements. Cette procédure n'est pas toujours respectée, l'idée de disposer de

check-lists à côté de chaque acteur lors des entretiens est valorisée comme moyen de ne pas oublier de mentionner ou de faire mentionner tous les éléments prévus.

Ce travail autour de l'accueil et de l'admission a permis d'énoncer la pratique actuelle et d'impulser la discussion sur son utilité. La compréhension des rôles et fonctions de ses acteurs principaux a pu être éclaircie et donc comprise par les personnes. L'implication des usagers dans le bon accueil du nouveau a été ressentie comme un élément nécessaire. Enfin, la prise de conscience de certains dysfonctionnements a renvoyé à l'opportunité de la mise en œuvre d'une auto évaluation permettant de cibler soi-même ce qui ne va pas, plutôt que d'être jugé par quelqu'un d'extérieur. L'entrée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité a été ressentie comme pouvant avoir un grand intérêt pour l'Institut.

2.3.2 Production professionnelle – organisation de la production dans les ateliers.

Le deuxième exemple reflétant avec pertinence l'intérêt de la démarche de construction par les acteurs de leur propre outil d'évaluation est le thème de l'organisation de la production dans les ateliers, thème premier de la référence « production professionnelle ».

Le projet d'établissement définit la production professionnelle comme étant un support de l'activité sociale. Aussi il préconise que tous les moyens soient mis en œuvre pour que le système d'offre d'activités professionnelles réponde, d'une part, à des degrés diversifiés de demande ; et que, d'autre part, il permette aux personnes d'évoluer et de diversifier leur savoir-faire. L'objet du référentiel dans ce domaine sera plus d'évaluer l'adéquation des pratiques à ces principes que de vérifier une quelconque conformité à la norme.

Le groupe de travail est composé de quatre usagers (appartenant à deux ateliers différents : façonnage-routage et paillage), d'un adjoint administratif, d'un emploi-jeune (fonction d'encadrement des ateliers et de livraison), d'un éducateur technique spécialisé et d'un agent de maîtrise. Le premier travail, comme pour les groupes, a été de reprendre la mission du CAT. Ensuite la réflexion s'est portée sur les pratiques actuelles. Les usagers ont décrit avec passion le travail qu'ils réalisent quotidiennement dans les ateliers. Cette parole offerte a été vécue comme une valorisation de leur place dans l'institution. Cette réponse à un besoin de reconnaissance des ouvriers s'est ajoutée à une attente d'interaction entre les acteurs. L'encadrement, la distribution des tâches, l'adéquation de l'organisation du travail aux capacités des usagers, la relation client, la notion de contrôle ou encore l'hygiène et la sécurité au travail ont été évoqués. L'ampleur de la participation et des sujets abordés a empêché que l'ensemble de ces points puisse

être retenu dans le questionnaire d'évaluation. Le groupe de pilotage a dû mettre en œuvre un travail de synthèse très important. Ces débats ont permis aux usagers de comprendre ce que chacun faisait dans les autres ateliers, notamment le cas d'une personne chargée d'une production spécifique d'un client et qui suit l'ensemble du processus de production depuis la commande jusqu'à la livraison. De même la fonction de certains agents administratifs a été exposée dans son rapport avec l'accompagnement des usagers. L'adjoint administratif, chargée entre autres choses, de la paye des usagers et du budget commercial, a repris les bases de la situation budgétaire des CAT (double budget). Cet exposé a permis aux usagers d'une part de mieux saisir ce qui se passe dans les bureaux et de casser la dichotomie ateliers / bureaux, et, d'autre part, de recadrer le travail de production et de commercialisation dans une réalité économique et dans un tout institutionnel (les ateliers excédentaires permettent de combler le déficit d'autres ateliers).

Cependant si le dynamisme des acteurs était palpable, il a vite été mis en évidence l'absence d'aménagement structurel de l'organisation de la production professionnelle dans les ateliers. Si les moniteurs veillent bien tous à distribuer le travail en fonction des capacités de chacun de leurs ouvriers, rien de cela n'est formalisé. Le groupe s'est rapidement trouvé dans une contradiction entre les pratiques et les indicateurs de ces pratiques. Il n'existe, par exemple, pas de procédure écrite de distribution du travail dans les ateliers ; comme il n'existe pas non plus de projet pour chacun des ateliers. Ce point majeur a été vu comme nécessitant d'être travaillé dans les mois à venir.

L'élaboration de l'outil d'évaluation du CAT s'appuie sur une méthodologie de travail fondée sur la participation et la pluridisciplinarité. Les groupes de travail encadrés par le groupe de pilotage ont donc donné naissance à un outil propre au CAT, reflétant les pratiques en cours et à même de soulever les dysfonctionnements existants. Si ce questionnaire n'est pas exhaustif, il tente de cerner l'ensemble des champs de la vie institutionnelle. Que va-t-on faire avec cet outil maintenant qu'il est construit ?

3 TROISIÈME PARTIE : PILOTAGE D'UNE DÉMARCHE QUALITÉ.

L'ambition de la construction par les acteurs de leur propre outil d'évaluation était de leur permettre une appropriation, un premier questionnement sur leurs pratiques, un rappel de la place des usagers et surtout une acculturation progressive. Il s'agit maintenant de poursuivre cette entrée dans l'amélioration de la qualité. La culture qualité commençant à entrer dans les pratiques de l'établissement, ses acteurs vont pouvoir être prêts à aller plus loin.

Mon intention est d'utiliser cet outil qu'est la qualité comme outil de management. Il me permettra d'avoir une vision plus globale de l'institution, facilitant un meilleur pilotage associé à une plus grande implication du personnel et des usagers. Pour ce faire, les objectifs posés lors de l'élaboration de l'outil restent au cœur du pilotage que je souhaite conduire : promotion de l'utilisateur comme acteur institutionnel et comme acteur de sa prise en charge, valorisation et amélioration progressive du travail actuel des professionnels et réflexion sur les missions et valeurs de l'établissement afin de toujours adapter les moyens mis en œuvre pour y répondre (3-1).

Pour mettre en œuvre ce mode de management, je propose la mise en place d'outils inspirés des démarches qualité et adaptés à l'établissement et à son évolution. D'abord, l'outil conçu devra être utilisé lors d'une première autoévaluation interne. Les résultats de ce questionnement vont être analysés. Ils induiront une étude des dysfonctionnements, ou points faibles, constatés dans la structure et à une recherche de leurs causes (3-2).

Cette étude systématique du fonctionnement de l'Institut va induire à plus long terme un mode de pilotage particulier. Ce management par la qualité se fonde essentiellement sur trois points : une amélioration de la prise en charge et de la place donnée aux usagers, une valorisation des compétences humaines et une rationalisation du fonctionnement de l'établissement (3-3).

3.1 Conséquences de l'entrée dans l'amélioration de la qualité sur le pilotage institutionnel.

Comme présenté plus haut, la qualité peut être considérée comme un outil de management pour le directeur (1-2-2-C). C'est le parti que j'ai choisi de prendre. En effet, l'utilisation de la démarche qualité et de ses méthodes comme outil de management permet une plus grande maîtrise des processus à l'œuvre dans l'institution. Elle peut aider à garantir et à impulser l'implication et la responsabilisation des professionnels, le respect des droits des usagers, de leur place d'acteurs institutionnels et la dynamique de projet. Dans l'ouvrage qu'il coordonne, *La démarche qualité dans un établissement de santé*, P. Durieux définit la politique qualité comme :

« une philosophie et un mode de gestion qui s'appuient sur la participation de l'ensemble du personnel travaillant dans l'établissement dans le but d'améliorer de manière continue les processus de travail et les résultats des soins donnés aux patients. »³⁹

La mise en œuvre d'une politique qualité me permet donc d'impulser un management participatif sur lequel je vais m'appuyer pour mettre en œuvre des méthodes de travail en équipe facilitant la détection des dysfonctionnements et la résolution de problèmes pouvant survenir dans l'institution. Cependant, cet engagement doit être progressif. Il s'agit d'une véritable conduite du changement qui doit être lente et accompagnée pour être bien comprise et pour que les acteurs s'approprient la méthode et les outils. Le travail de réalisation de l'outil d'évaluation entre dans cette logique. Maintenant doivent être pérennisés les objectifs impulsés jusqu'à présent : participation et pluridisciplinarité, réflexion sur le fonctionnement de l'établissement, implication des usagers et valorisation du travail effectué par les agents.

Ces éléments constituent la base de mes objectifs de direction. Mon choix de management est d'utiliser l'outil « démarche qualité » pour mettre en œuvre un pilotage qui respectera ces engagements. La philosophie de la politique qualité est un levier pour impulser une nouvelle dynamique de travail. En effet, la pratique réflexive, la volonté d'améliorer petit à petit le fonctionnement et la démarche de résolution de dysfonctionnements favorisent un bouleversement total de la structure. La mise en question des pratiques antérieures est un moyen de réfléchir sur des pratiques nouvelles.

³⁹ P. DURIEUX (sous la coordination de), *La démarche qualité dans un établissement de santé*, Les guides de l'AP-HP, Doin éditeurs, 1997.

L'appropriation d'une culture qualité commune est un élément fédérateur pour les acteurs, qui engendre une nouvelle identité professionnelle et une valorisation de leurs rôles sociaux. P. Ducalet et M. Laforcade approfondissent cette analyse :

« Son introduction [La démarche qualité] au sein de l'organisation socio-sanitaire modifie l'ensemble des constituants du système :

- apparition d'un nouvel objectif stratégique,
- changement de culture et de comportement,
- reconsidération de la structure organisationnelle, identification, évaluation et amélioration des processus clés,
- nouveau rapport à l'information et à la communication.

Dès lors, il apparaît que la qualité est inductrice d'un processus de changement organisationnel majeur conviant à un management adapté, actif et évolutif. »⁴⁰

De fait, mes modalités de pilotage de l'institution vont s'appuyer sur quatre grandes orientations.

- 1) Élaboration d'une nouvelle vision stratégique : savoir où l'on veut aller ensemble (projet d'établissement).
- 2) Développement de l'information et de la communication en interne tournées vers une plus grande collaboration des acteurs (pluridisciplinarité, inter professionnalité).
- 3) Renouvellement du mode de gestion des ressources humaines : encourager une dynamique de participation interprofessionnelle et pluridisciplinaire, développer et valoriser les compétences (formation, délégation, responsabilisation).
- 4) Analyse du coût de la démarche notamment en temps et en formation-valorisation du personnel (coûts budgétaires mais aussi coûts cachés).

Ces orientations se retrouvent non seulement dans mes choix de lancement de la démarche qualité à court terme, dans l'utilisation et la valorisation de l'outil d'évaluation du CAT, mais surtout dans mes objectifs de management à long terme.

3.2 A court terme, l'autoévaluation et l'analyse des résultats.

À court terme, le lancement de la démarche qualité correspond à l'utilisation de l'outil d'évaluation construit collectivement. D'une part il s'agit de mettre en œuvre une

première autoévaluation de l'établissement (3-2-1). Ensuite, l'analyse des résultats (3-2-2) de cette autoévaluation conduit à l'étude des dysfonctionnements ou des points faibles de la structure et à la recherche de leurs causes (3-2-3).

3.2.1 L'autoévaluation interne.

A) Objectifs.

L'autoévaluation interne a un double objectif. La première autoévaluation permet de faire un état des lieux. C'est une analyse du réel qui induit une pratique réflexive. Les autoévaluations suivantes permettent de vérifier les améliorations de la qualité réalisées et préconisent les plans d'amélioration suivants. L'autoévaluation est à la fois un moyen de faire un état des lieux et un moyen de lancer des pistes pour l'amélioration de la qualité dans l'établissement. Cet état des lieux favorise l'expression des acteurs en puisant dans ce qui est déjà fait pour le valoriser. Elle permet un travail collectif de réappropriation de la structure. Elle permet non seulement un constat des points positifs mais aussi des dysfonctionnements à améliorer. De ce premier constat peuvent naître des décisions d'amélioration prises en commun. Pour P. Ducalet et M. Laforcade, la pratique d'autoévaluation est à la fois rétrospective et prospective.

« Rétrospective, elle vise à comprendre ce qui s'est produit, à interpréter ce qui n'a pas marché : l'autoévaluation devient un mode de valorisation et de capitalisation d'expériences et de connaissances ; elle est ainsi génératrice de compétences individuelle et collective. Prospective, elle permet d'élaborer un programme, d'en planifier la mise en œuvre : l'autoévaluation est le socle des plans d'amélioration de la qualité. »⁴¹

L'autoévaluation s'appuie donc sur le passé pour transformer l'avenir.

B) La roue de Deming de l'IDDA.

Ces objectifs d'autoévaluation me permettent d'aller plus loin et de présenter ce que va être la roue de Deming de l'Institut. Le premier tour est déjà engagé puisque le « Plan » correspond à la période de planification de l'entrée dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et au choix de réalisation d'un outil d'évaluation propre à l'établissement. L'élaboration de l'outil en elle-même coïncide avec le « Do ». La première autoévaluation interne est le « Check » de Deming. La phase suivante (« Act ») est un temps d'identification des priorités basé sur les constats de l'autoévaluation. La

⁴⁰ P. DUCALET, M. LAFORCADE, Ibid., p.141.

⁴¹ P. DUCALET, M. LAFORCADE, Ibid., p.110.

roue a donc effectué son premier tour. Le suivant est l'engagement dans la démarche qualité. Le temps de réalisation d'un plan d'amélioration de la qualité correspond à l'étape du « Plan » de Deming. Des actions préventives et curatives sont prescrites. La mise en œuvre effective de ce plan d'action s'opère dans la deuxième phase du «Do ». La troisième phase (« Check ») est celle de la seconde autoévaluation interne qui constate la réalité des actions menées par rapport au plan d'amélioration de la qualité prévisionnel. Une nouvelle priorisation des dysfonctionnements restant à combler et des points forts à maintenir peut être élaborée (« Act »). Ainsi la roue de Deming poursuit sa route vers l'amélioration de la qualité. L'autoévaluation apparaît ici comme une phase décisive qui doit être menée avec beaucoup de rigueur. C'est pourquoi il me semble important de proposer au groupe un cadre de travail précis.

C) Méthodologie préconisée.

La réalisation pratique de l'autoévaluation interne peut, à mon sens, se décomposer en quatre temps distincts : un temps d'information, une phase de constitution du groupe de travail, puis d'organisation prévisionnelle de ce groupe. Enfin, la rédaction d'un document de synthèse permet de passer à l'analyse des résultats observés.

D'abord, des réunions d'information et d'engagement dans l'autoévaluation doivent être lancées par groupes fonctionnels. Comme précédemment, l'intérêt de réunir les personnes ayant des activités professionnelles similaires est de faciliter l'appropriation des concepts et des valeurs présentés en adaptant des messages spécifiques au « public » auquel ils sont exposés. Ce temps permet aux acteurs d'exprimer le sens qu'ils veulent donner à l'action, de confronter leurs points de vue, de comprendre les contraintes et les enjeux. Il conditionne l'ampleur de l'engagement des acteurs dans la démarche. Au cours de ce temps d'information et de communication, trois points nécessaires doivent être évoqués. D'abord, le travail mené au premier semestre 2003 pour l'élaboration de l'outil d'évaluation doit être rappelé. Ensuite, les objectifs de la démarche d'amélioration continue de la qualité sont à remettre en perspective afin de poser l'étape de l'autoévaluation dans la globalité qu'est la qualité. Chacune des étapes de la démarche se déroule à des moments distincts : entre la première étape de construction de l'outil et la seconde qu'est l'autoévaluation, les mois d'été ont contribué à un certain oubli. Il s'agit de rappeler la perspective globale et de mettre en lien ces différentes étapes afin de favoriser leur cohérence. Enfin, la présentation de la phase d'autoévaluation en elle-même induit l'appel à candidature pour les personnes volontaires. Des modalités de nomination des membres du groupe de travail sont proposées, elles peuvent être modifiées si les groupes le souhaitent, mais toujours après

information et validation de l'équipe de pilotage. Je poursuis ici le mode de management que j'avais préconisé plus haut, c'est-à-dire un management participatif dans la contribution des acteurs aux changements, et directif dans l'élaboration de cadres de travail et dans l'application des solutions validées et retenues. Les différents points présentés au cours de ces réunions d'information seront formalisés dans un document de synthèse remis à tous.

L'autoévaluation va être réalisée par un seul groupe de travail sous la responsabilité du groupe de pilotage. Le groupe de pilotage reste constitué des mêmes membres que lors de l'élaboration de l'outil. La composition du groupe de travail est, quant à elle, ouverte au volontariat. Les idées de participation et de pluridisciplinarité gardent leur importance décisive. Le groupe de travail sera constitué au maximum de sept personnes, soit quatre agents et trois usagers. Je propose aux différents groupes des modalités de nomination des membres afin que chacun se sente concerné. Même s'il n'y a que peu de personnes physiquement impliquées dans l'autoévaluation, les résultats qui en découleront concernent l'ensemble de l'établissement. Les membres du groupe de travail doivent donc se sentir investis d'un rôle de représentants. De ce fait, il me semble judicieux que les agents soient nommés par leurs pairs à la fin de la réunion d'information (en dehors de la présence de la direction). Le nombre de quatre permet qu'il y ait un représentant de chaque service : service administratif, service général et service social (décomposé entre moniteurs d'atelier d'une part, et autres travailleurs sociaux d'autre part). Dans le même état d'esprit, je propose que les représentants des usagers soient désignés par le Conseil d'Établissement. L'un d'entre eux au moins pourrait être membre du CE, les deux autres n'en faisant pas partie mais ayant posé candidature auprès de l'instance qui choisit en dernier ressort. Les personnes ainsi désignées par leurs pairs au sein d'une instance dont le rôle est important dans l'institution acquièrent une plus grande légitimité à s'exprimer (puisqu'elles le font au nom de tous). La présence d'un des membres du CE permet qu'un retour soit fait par ce biais à l'instance, mais aussi à tous les usagers, de l'avancée des travaux réalisés dans le groupe de travail. La présence d'usagers provenant d'ateliers différents sera un gage de plus de la bonne qualité de ce groupe. En effet, les problématiques questionnées n'auront pas toujours les mêmes réponses selon que l'on se positionne depuis un atelier ou un autre ou encore depuis le bâtiment administratif. Cependant c'est bien l'ensemble de l'établissement qu'il faut questionner. Aussi la pluralité de regards et de positionnements de ces regards ne peut être que bénéfique. Enfin le groupe travaillera sous la responsabilité du responsable qualité : la cadre socio-éducatif qui a été formée courant 2003 à cette fonction. Elle est la

coordinatrice du groupe et son animatrice durant les temps de travail. Son rôle sera aussi de présenter des synthèses à l'équipe de pilotage à la fin de chaque séance de travail.

Une organisation prévisionnelle sera aussi proposée aux acteurs institutionnels lors de la réunion générale d'information. Le travail d'autoévaluation pourrait se réaliser autour de six à dix séances d'une heure et demie ayant lieu tous les quinze jours. Je propose au groupe de saisir la première séance pour déterminer ses modalités de travail ; notamment il doit définir une méthodologie de réponse aux questions. Différentes modalités sont possibles. Les réponses au questionnaire pourront n'émaner que du groupe de travail se basant sur son vécu personnel dans l'institution ; la confrontation des points de vue permettant une réponse la plus objective possible. Autre méthode : le groupe peut décider de mener une enquête auprès des personnes en charge de la fonction analysée (par exemple l'accueil et l'admission : le groupe rencontrerait l'équipe sociale pour une description de sa pratique et une analyse avec eux des questions posées). Cette seconde méthode a pour inconvénient de prendre beaucoup de temps, elle risque même de conduire le groupe à dépasser les délais prévus. Ce choix devra alors être présenté au groupe de pilotage pour acceptation de l'augmentation du temps de travail. Il est possible, enfin, de coupler les deux méthodes. C'est la solution que je retiendrais. Les thèmes généraux seraient traités par le groupe lui-même (exemple : l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail) et les thèmes plus spécifiques pourraient faire l'objet d'une rencontre avec les professionnels concernés. Le groupe devra toujours être attentif à la gestion de son temps de travail, notamment lors des rencontres avec les professionnels. Enfin, le groupe de travail devra réfléchir sur une autre modalité de son organisation : le secrétariat de séance. Toutes ces notions du travail d'équipe n'ayant pour l'instant pas fait l'objet d'une formation spécifique au sein de l'établissement, ce sera à la responsable qualité de transmettre son savoir en la matière. Elle devra mener le groupe sur le chemin de l'autonomie de travail pour ne tenir au final que le rôle d'animatrice. Cependant, les acteurs de l'Institut n'ayant jamais travaillé seuls dans des productions de ce type, il sera nécessaire, lors des premiers temps, qu'elle apporte un accompagnement et une formation de terrain ; la première séance de travail telle que proposée aura alors une place fondatrice.

Cette période d'autoévaluation terminée, une phase d'analyse des résultats s'ouvre, qui induira la réalisation d'un plan d'amélioration de la qualité qui engage l'Institut pour les années à venir.

3.2.2 L'analyse des résultats : la construction d'un plan d'amélioration de la qualité.

A) Constat et priorisation des résultats de l'autoévaluation.

L'autoévaluation interne permet de faire le constat du fonctionnement de l'Institut. L'ensemble des items questionnés induit une analyse dichotomique de l'établissement entre des points forts et des points à améliorer. Si l'on reprend les exemples que nous avons abordés plus haut, l'organisation de la production professionnelle dans les ateliers montre un point à améliorer au niveau de l'inexistence de projets d'atelier. Par contre, la mise en place et le suivi d'un pré-projet individualisé lors de la période d'essai est un point positif à maintenir. Dans un premier temps, le groupe de travail, assisté par l'équipe de pilotage, va valoriser les points forts et les formaliser par écrit. Cette formalisation sera aussi le moyen d'expliquer le pourquoi de cette performance. Les points faibles seront à leur tour listés et les dysfonctionnements soulevés et formalisés. Le guide d'accompagnement d'ANGÉLIQUE formalise l'intérêt de ces constats.

« L'identification des points forts vise à :

- Repérer des aspects positifs, même ponctuels, pouvant éventuellement servir d'exemples au reste de l'institution,
- Vérifier la permanence des points forts constatés lors de précédentes autoévaluations,
- Éviter de renforcer en priorité un point fort alors qu'il existe encore une sous-qualité réelle ailleurs (point faible), nécessitant des actions urgentes,
- Faciliter la communication et la mobilisation : elles seront d'autant meilleures autour des points faibles qu'une communication aura été menée sur la valorisation des points forts.

L'identification des points faibles vise à :

- Repérer les points faibles, même ponctuels,
- Hiérarchiser ces points faibles, à partir de critères de gravité et de possibilités d'actions,
- Élaborer des objectifs et des modalités d'action pour agir sur ces points faibles, prenant en compte l'ensemble du fonctionnement de l'établissement, afin d'éviter les effets pervers sur la qualité,
- Définir les critères d'évaluation d'amélioration de la qualité concernant les actions menées autour de ces points faibles,
- Vérifier, lors des autoévaluations périodiques ultérieures, le niveau de réalisation des objectifs tant sur les points faibles que sur le fonctionnement général de l'établissement,

- Redéfinir des modalités d'actions et leurs délais pour des objectifs non atteints, ou partiellement réalisés. »⁴²

Cette phase de constat est suivie d'un temps de priorisation. Le groupe aura à choisir les actions à mener prioritairement. D'abord, il s'agit de lister d'une part, les points forts et, d'autre part, les points à améliorer ; puis de réfléchir aux actions à mener pour maintenir ces points forts et pour améliorer ces points faibles. Ensuite, ces points doivent être hiérarchisés en fonction : de critères de gravité (par exemple : accès aux personnes à mobilité réduite), de pré-requis (par exemple : projet d'atelier), de mise en conformité (par exemple : contrat de séjour) ou encore de possibilité et de facilité d'action (par exemple : formalisation de la réponse aux demandes de renseignements et d'information). Le groupe établit donc une liste des actions à entreprendre et choisit celles qui devront être menées prioritairement. Deming précise : « Commençons par améliorer ce que nous savons faire, mais pas encore assez bien. Ensuite nous innoverons. Mais pas l'inverse. »⁴³. En effet, il ne s'agit pas de lancer des travaux pharaoniques. Pour le début, la méthode de travail est encore à acquérir, les acteurs sont encore suspicieux quant à l'efficacité de ce nouveau projet que lance la direction : il s'agit d'obtenir des résultats probants. Des actions de petite envergure pouvant rassembler l'ensemble des acteurs institutionnels, ou du moins une grande partie, autour de leur résolution sont préférables. Leur vertu pédagogique permettra le lancement d'actions plus importantes progressivement. Parmi les actions identifiées, le groupe doit donc choisir un certain nombre d'entre elles, les prioriser et les classer en trois types d'actions : à court terme (un an), à moyen terme (deux à trois ans) et à long terme (cinq ans). Il élabore alors un plan pluriannuel d'amélioration de la qualité. Avec l'aide de la responsable qualité, mon rôle est à ce moment là de valoriser et d'encourager le personnel. Face à ce plan d'action, l'ampleur du travail à mener semble à tous très lourde. Il faut motiver les équipes et insister sur le fait que les améliorations auront un impact, non seulement sur la qualité des prestations offertes, mais aussi sur les conditions de travail et donc sur la satisfaction des agents.

⁴² Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Mission MARTHE-ENSP, *Améliorer la qualité en ÉHPAD, guide d'accompagnement ANGÉLIQUE*, juin 2000, p. 9.

⁴³ Cité par P. TELENCZAK, *Entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité par une démarche d'auto évaluation. Cas concret en ÉHPAD.*, Intervention à l'ENSP, 10 juillet 2002.

B) Plan d'amélioration de la qualité et fiches projet.

Ce plan pluriannuel d'amélioration de la qualité se décompose en fiches « action », ou fiches « projet ». Le plan d'amélioration détaille les actions à mener spécifie les personnes responsables et les délais de réalisation de chacun des objectifs. Il se décline similairement à un diagramme de Gantt : doivent y figurer les mentions de références du plan (nom de l'établissement, date de formalisation du plan et numéro de sa version, période prévue de réalisation des actions, nom du responsable qualité). Ensuite, sous la forme d'un tableau, sont déclinées, en première colonne les actions à mener classées par points forts à maintenir / points à améliorer, en deuxième colonne le responsable de chaque action, les colonnes suivantes distinguent les mois et années de réalisation prévisionnelles des actions.

Pour chacune des actions importantes, le plan d'amélioration de la qualité est décomposé en fiche projet ou fiche action permettant le suivi périodique de chacune des actions décidées. Cette fiche projet présente différents points clés :

- le thème ou le problème à résoudre, son contexte,
- l'objectif à atteindre (si possible quantifiable),
- le pilote ou la personne responsable du projet ainsi que l'ensemble des personnes concernées,
- les modalités de réalisation de l'action, sa planification selon les étapes à suivre,
- la documentation associée (notamment la réglementation si l'action est basée sur un point faible priorisé par rapport à une contrainte réglementaire non appliquée par l'établissement),
- les indicateurs permettant de vérifier la réalisation de l'objectif fixé,
- les modalités d'évaluation de l'action,
- les coûts humains, matériels et financiers nécessaires pour réaliser l'action.

Le plan d'amélioration de la qualité est rédigé par le groupe de travail associé à l'équipe de pilotage ; les fiches projet sont pré-établies à ce moment là. Le plan d'action est validé par la responsable qualité dans un premier temps, puis par la direction qui décide de leur mise en place en dernier ressort. Les fiches projet seront présentées aux acteurs volontaires pour mener le travail de résolution des dysfonctionnements afin qu'ils puissent terminer leur rédaction et les mettre en œuvre d'un commun accord.

C) Communication du projet d'amélioration de la qualité.

Le plan d'amélioration de la qualité est inscrit dans un document plus large qui fait l'objet de rapports interne et externe. Ces rapports reprennent le descriptif de l'Institut, le descriptif de la méthode employée, les personnes impliquées dans la démarche

d'autoévaluation, les résultats exhaustifs de l'évaluation aux différents items, l'analyse de ces résultats et le plan pluriannuel d'amélioration de la qualité. Il va être diffusé en interne auprès de l'ensemble des acteurs institutionnels, toujours selon la même méthodologie d'action : réunions par groupes fonctionnels puis remise d'un document écrit. De même, le rapport va faire l'objet d'une communication auprès des instances de l'établissement (CA, CE et CTE). Par ailleurs, bien que la démarche ne soit aujourd'hui pas encore obligatoire, comme cela est le cas pour l'autoévaluation des ÉHPAD, ce document doit être communiqué en externe aux partenaires institutionnels concernés, et notamment aux autorités de tarification et de contrôle. Ce travail d'anticipation de la loi mené au sein de l'établissement doit être présenté à l'extérieur ; non pas pour se gargariser de l'avance prise sur les structures environnantes, mais pour montrer aux autorités de tutelle le travail réalisé. L'entrée dans la démarche qualité doit être valorisée car elle engage l'établissement sur du long terme. Elle est une nouvelle modalité de travail pour les équipes et de management pour son directeur. Cet engagement doit être valorisé. De fait, la communication interne vise à améliorer la coopération entre la direction et les agents, à créer de nouveaux réseaux de relations entre les différents services de l'établissement afin de faire partager les connaissances et d'améliorer la souplesse et la réactivité. Elle permet d'établir une base de travail commune avec des objectifs communs et une implication de tous les acteurs autour d'un but : améliorer la qualité. La communication descendante permet de diffuser la culture qualité afin de faciliter son appropriation par les acteurs, de renforcer l'implication et de faire comprendre. La communication ascendante permet de connaître et de reconnaître les contributions individuelles, d'identifier les difficultés de mise en œuvre et leur progression. Elle valorise les résultats et les progrès. Enfin, la communication transversale favorise un apprentissage collectif, une mutualisation, un échange et une capitalisation des expériences. La communication externe permet de proposer un état des lieux et de formuler des perspectives à destination des autorités de contrôle et de tarification. Ces moments forts sont nécessaires et engagent le moral des équipes pour les étapes à venir.

Une fois le plan d'amélioration de la qualité établi, communiqué et validé par les instances, il doit être mis en œuvre. Des groupes de travail, baptisés groupes qualité, vont à nouveau être constitués, sur la base du volontariat et de la pluridisciplinarité, pour mener les actions prévues. Parmi elles nombreuses sont les actions d'amélioration. Améliorer un dysfonctionnement nécessite d'abord d'en faire l'analyse, puis d'en rechercher les causes, pour enfin pouvoir proposer des actions d'amélioration. Ce sont les différentes méthodes permettant ce travail que je vais vous présenter maintenant.

3.2.3 L'analyse des dysfonctionnements et la recherche des causes.

L'amélioration de la qualité, telle que je souhaite la conduire, suppose d'utiliser les résultats de l'autoévaluation formulés dans le rapport interne afin de mettre en œuvre les améliorations souhaitées. L'analyse des dysfonctionnements et la recherche de leurs causes peuvent s'opérer selon différentes méthodologies afférentes à la résolution de problèmes. Je préconise que l'Institut mette en œuvre, face au constat de dysfonctionnements, une analyse de ses processus et rédige ses procédures lorsque cela est nécessaire.

A) L'analyse processus.

L'entrée dans la démarche qualité se faisant progressivement, au stade de l'analyse et de la résolution des dysfonctionnements observés lors de l'autoévaluation, les acteurs auront acquis une certaine méthodologie et discipline de travail en groupe. Ils seront plus à même de se lancer dans l'apprentissage de méthodes qualité plus techniques.

L'une d'entre elles correspond à l'analyse des processus en jeu dans la structure. J'ai déjà abordé cette méthode (2-2-2-A) en renvoyant son utilisation à cette étape de l'avancée dans la démarche qualité. Pour résumer, un processus est une organisation relationnelle de personnes, de matières, d'équipements et de procédés en activité conçue pour produire un résultat final. L'enchaînement logique de ces activités et de ces moyens reliés entre eux en étapes successives aboutit à la réalisation d'une tâche. Le dysfonctionnement de l'une de ces étapes induit le dysfonctionnement de l'ensemble du processus et produit une non-qualité. L'analyse des points faibles soulevés lors de l'autoévaluation peut être menée par le biais de l'étude du processus en jeu autour de ce point. Par exemple, nous avons relevé un point faible dans le non-respect de la procédure d'admission pourtant élaborée en équipe. La résolution de ce dysfonctionnement, s'il est inscrit au plan d'amélioration de la qualité, passe par une analyse approfondie du processus d'admission. Celui-ci se décline en différentes étapes. L'étude puis la formalisation du processus repéré permettent de soulever des points critiques : éléments qui mettent en péril le processus en terme d'enjeux de sécurité pour les personnes et pour les biens, de conformité réglementaire, de coûts indus, d'image, etc. Il s'agit ensuite de trouver des modalités de résolution de ces points critiques et de consolidation du processus.

Une analyse processus s'effectue en plusieurs étapes. D'abord, après détermination du processus-clé dans lequel est inscrit le point faible, le groupe qualité doit mettre à plat ce processus. Cette description permet de le décomposer en étapes ou

sous-processus correspondant à chaque activité élémentaire. La composition de ces activités élémentaires doit être étudiée : ses ressources humaines, ses matériels, ses méthodes, ses contraintes, etc. Une méthode simple peut ici être utilisée : c'est la méthode du questionnement ou « QQQQCP » (Qui, Quand, Où, Quoi, Comment, Pourquoi). Cette méthode facile d'accès est aisément utilisable et transposable quels que soient les acteurs impliqués dans l'analyse de résolution de dysfonctionnement. Elle est valorisante car elle produit des résultats immédiats. La description qualitative et quantitative du processus fait apparaître ses forces et ses faiblesses. Il est alors possible d'enclencher une recherche de causes. Dans le cas du processus d'admission, dix étapes peuvent être distinguées.

- demande d'information et de renseignements ;
- réponse à la demande d'information et de renseignements ;
- si la personne est titulaire d'une orientation COTOREP, prise de rendez-vous, sinon réorientation vers la COTOREP ;
- rencontre institutionnelle (chef de service ou directeur) : explication du fonctionnement de l'établissement, des missions et des prestations offertes. Remise des documents institutionnels (livret d'accueil, règlement de fonctionnement) et visite de l'établissement ;
- rencontre avec la psychologue (motivations, parcours de vie, désirs professionnels, difficultés...) ;
- rencontre avec l'assistante sociale (renseignements administratifs, ressources, vie familiale, logement...) ;
- réunion de synthèse entre les professionnels impliqués dans la prise en charge, décision d'admission en période d'essai, courrier à la personne ;
- entretien avec le chef de service : explication de l'admission, choix de l'atelier ;
- information à la COTOREP ;
- visite du médecin du travail ;
- début de la période d'essai.

Chacune de ces étapes doit être analysée afin de déterminer quelles sont ses composantes. De cette étude découle la mise en évidence de points critiques. Sans faire une analyse approfondie du processus d'admission, et en reprenant les débats du groupe de travail qui a élaboré cette partie du questionnaire d'évaluation, on peut évoquer comme points critiques : le non-respect exact de ces différentes étapes dû au départ de certains de ses acteurs, la non-existence d'une « check-list » qui permettrait le rappel de toutes les informations qui doivent être dites et de toutes celles qui doivent être données, etc.

La recherche de causes permet de mettre à jour le pourquoi des faiblesses du processus analysé. A partir de là, des choix de résolution pourront être pris qui permettront l'amélioration du processus. Différentes méthodes peuvent être utilisées. Je les présenterai ici par ordre de facilité ou de faisabilité. D'abord, le brainstorming ou « tempête dans les esprits » selon sa traduction littérale. C'est une technique visant à recueillir les idées de tous les participants du groupe de travail sans contraintes, en mettant l'accent sur la spontanéité des propos. C'est la méthode que j'ai utilisée lors de l'élaboration de l'outil d'évaluation. Le « QQQQCP », présenté plus haut, permet de balayer l'ensemble des champs à interroger. Plus technique, le diagramme d'Ishikawa ou diagramme cause-effet permet de représenter de manière hiérarchisée les différentes causes ou facteurs pouvant avoir un impact sur le déroulement d'un processus et être générateurs de faiblesses. D'autres techniques statistiques existent, notamment le diagramme de Pareto qui représente graphiquement en les classant et en les hiérarchisant les causes d'un dysfonctionnement. Cet histogramme permet de choisir les actions à mener pour supprimer les causes les plus fréquentes de dysfonctionnements. Enfin, des méthodes dites « de sûreté de fonctionnement » permettent de répertorier et d'analyser les risques potentiels de défaillance d'un processus donné. La méthode HACCP utilisée en restauration collective relève de ce type d'étude.

Une fois les dysfonctionnements repérés, les causes analysées et les solutions trouvées, le groupe peut améliorer le processus questionné. Il élabore alors un nouveau processus qui intègre les solutions retenues pour corriger les dysfonctionnements identifiés. Cette formalisation du processus décrit l'ensemble des spécifications qui doivent être respectées pour garantir le fonctionnement optimal du processus. Certains processus complexes peuvent nécessiter la formalisation des procédures qui les animent.

B) La rédaction de procédures.

Les procédures sont des « manières spécifiées d'accomplir une activité » selon la norme ISO 8402. Elles décrivent une suite d'opérations dont la mise en œuvre et l'enchaînement logique sont prédéfinis. Leur rédaction est une étape fondamentale de la démarche qualité. L'ensemble des activités de l'établissement ne doivent pas être décrites, seulement les activités relevant de processus clés. Leur rédaction fait l'objet d'un document à usage interne qui sert de référence à toutes les personnes concernées. Ce document n'a pour pas but d'être diffusé, il n'a que peu d'intérêt pour les partenaires externes. Ce qui est décisif est son application. La démarche qualité repose sur ce triptique : écrire ce que l'on fait, faire ce qui est écrit et vérifier que l'on a fait ce qui était écrit. L'aspect intéressant d'une démarche qualité repose sur cette capacité d'être assuré que si chacun respecte ce qui a été écrit, alors le risque de dysfonctionnements et de

non-qualités est minime. Ainsi, la rédaction de procédures peut revêtir un rôle important dans la mise en place de protocoles d'amélioration.

Le travail de rédaction d'une procédure débute toujours par la formalisation de l'existant, de ce qui est fait aujourd'hui. Ce travail est collectif dès lors que plusieurs personnes sont impliquées dans la réalisation de l'opération étudiée. La procédure décrit l'objet et le domaine d'application de cette activité : ce qui doit être fait, qui doit le faire, quand, où et comment cela doit être fait, quels matériels, équipements et documents doivent être utilisés et comment l'activité doit être enregistrée. La procédure prévoit toujours les modalités de contrôle de son application et ses modalités de révision ou d'actualisation. Lors de ce temps de description de l'existant, la tendance est grande à vouloir critiquer les opérations et à vouloir les changer tout de suite, il ne faut surtout pas céder à ces sirènes. Pour que la procédure puisse servir de base à l'évaluation de la qualité des pratiques, il faut partir de ce qui est fait à ce jour. Cette version zéro servira ensuite à l'élaboration de versions suivantes améliorées après un travail nécessaire de résolution de dysfonctionnements et de recherche de causes. Il est cependant possible de noter à part les critiques et propositions d'amélioration qui pourront servir aux phases suivantes. La volonté pédagogique poursuivie jusqu'à présent me fonde à proposer que soient rédigées dans un premier temps les procédures les plus courantes. L'accueil et l'admission est l'un d'entre elles.

La normalisation ISO préconise que les procédures soient rédigées sous forme de logigrammes utilisant des pictogrammes référencés. Une telle démarche est possible si elle est encadrée par une formation, même succincte, à ce type d'écriture. Ce formalisme permet de diffuser dans l'établissement des procédures qui sont toutes établies selon les mêmes plans et les mêmes modèles. Ensuite, leur numérotation permet un classement dans un système documentaire gérant l'ensemble des documents et facilitant le fonctionnement de l'établissement. L'intérêt pour la mise en place d'un système qualité opérant est certain. Il faut cependant mesurer l'ouverture des équipes à cette nouvelle écriture avant de lancer sa mise en œuvre. De leur implication seule dépendent le bon fonctionnement de ces procédures et leur respect. Ici encore la communication des intentions, de la méthode et des effets recherchés est une étape plus que primordiale.

Avant sa mise en application définitive, la procédure doit être « testée » pendant une période suffisamment longue pour détecter ses écueils et pour permettre son appropriation et son assimilation par les acteurs concernés. Si des défauts apparaissent à ce stade, ils doivent être corrigés avant la mise en œuvre définitive. À tous ces stades (détermination du champ de la procédure, conception et test) une validation doit être effectuée par la responsable qualité et, en dernier ressort, par le directeur qui prend la décision de poursuite ou non du travail. Participant de la logique de l'amélioration

continue de la qualité, ces procédures sont revues à intervalles réguliers par les acteurs concernés. Elles sont ainsi progressivement améliorées.

À court terme, la démarche que j'ai souhaité engager avec l'élaboration de l'outil d'évaluation du CAT de l'IDDA conduit à ce travail d'amélioration progressive des pratiques quotidiennes, tourné vers l'amélioration de la qualité des prestations offertes aux usagers. À plus long terme, l'ambition est de créer un véritable management par la qualité dans l'Institut.

3.3 A long terme, management par la qualité à l'IDDA.

Ce management par la qualité va se mettre en place au fur et à mesure des tours de la roue de la qualité. Il se fonde essentiellement sur trois points : une amélioration de la prise en charge et de la place donnée aux usagers (3-3-1), une valorisation des compétences humaines de l'établissement (3-3-2) et une rationalisation du fonctionnement de l'établissement (3-3-3).

3.3.1 Accompagnement et prise en charge de qualité des usagers.

Le management par la qualité, que je souhaite impulser, facilite le renforcement de la place de l'utilisateur dans l'institution. Celui-ci est acteur, non seulement de sa prise en charge, mais il a un rôle à jouer dans le fonctionnement de l'institution. Institution qui ne peut qu'évoluer au fil du temps : cette évolution et les objectifs pour le futur sont à formaliser, notamment au sein du projet d'établissement.

A) Place des usagers dans l'institution.

Les modes d'accompagnement et de prise en charge des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux ont évolué au fil du temps. De la charité à l'assistance, de la solidarité à la logique de prestation service, l'utilisateur a été vu successivement comme un « infirme », un « malade », puis comme une « personne en situation de handicap ». Aujourd'hui la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 le considère comme un « usager-sujet »⁴⁴ titulaire de droits qui sont déclinés à la section 2 du chapitre 1^{er}

⁴⁴ J.F. BAUDURET, M. JAEGER, Ibid., p.100.

(articles L.311-3 et suivants du Code de l'action sociale et des familles). Cette loi apporte une évolution fondamentale dans le mode d'accompagnement de la personne.

« "L'usager objet de droits" est convié par le législateur à devenir "usager sujet de droit", sa citoyenneté s'appuyant désormais sur un trépied : information sur ses droits fondamentaux - information sur le contenu de sa prise en charge - participation à l'élaboration de celle-ci. »⁴⁵

L'Institut a d'ores et déjà mis en place la plupart des outils garantissant l'exercice effectif des droits des usagers. Ceux-ci vont être évalués, améliorés, réécrits. L'accent doit être particulièrement mis sur la contractualisation de la prise en charge. Lacune aujourd'hui, elle ne manquera sûrement pas de figurer en bonne place dans le premier plan d'amélioration de la qualité. Un groupe qualité pluridisciplinaire, entendant notamment l'expérience d'usagers, certains présents depuis peu, d'autres depuis plus de vingt ans, proposera sûrement une solution originale qui tiendra compte à la fois des exigences de la loi et de la particularité de l'établissement et du public qu'il accompagne.

J'ai abordé plus haut la spécificité de la population accueillie à l'IDDA. Largement autonomes dans leur vie quotidienne, se vivant comme des ouvriers, ils doivent être considérés comme des acteurs, non seulement de leur prise en charge, comme le spécifie la loi, mais aussi de l'établissement. Leur rôle à jouer est important. Ayant acquis au fil du temps une expérience dans leur accompagnement, ils ont les moyens d'exprimer leurs désirs, leurs attentes et leurs besoins. Ceux-ci sont à considérer avec la plus haute attention, même si certains expriment plus un désir de ne pas bénéficier d'aide spécifique. Au cours d'une des réunions d'élaboration de l'outil d'évaluation, Monsieur X. rappelait les raisons de sa présence dans l'établissement : « On vient pour avoir du boulot, un salaire. On vient pour essayer d'être comme tout le monde, quoi. » Des attentes comme celles-ci ou des attentes demandant à bénéficier de soutiens médico-sociaux classiques doivent être tout autant entendues. De même, la connaissance de certains usagers du fonctionnement de l'établissement, des métiers présents, des contraintes de la production et de l'accompagnement social renvoie à leur faculté de pouvoir améliorer les prestations offertes. Leur voix doit donc être entendue : à la fois dans les instances où leur place est réglementairement prévue (CA, CE), mais aussi comme acteurs à part entière, présents dans des lieux d'expression communs à tous (délégués d'atelier pouvant rencontrer la direction, participation aux groupes de travail institutionnels pour l'amélioration de la qualité des prestations offertes).

Enfin, la politique qualité de l'établissement doit prévoir de pouvoir mesurer de manière anonyme la satisfaction des usagers d'une part, des agents d'autre part. La

⁴⁵ J.F. BAUDURET, M. JAEGER, Ibid., p.104.

satisfaction des usagers est mesurable selon des outils quantitatifs du type questionnaire, pouvant notamment aborder les points suivants :

- l'accueil et l'accessibilité,
- l'activité professionnelle, les activités de soutien de premier et de second type,
- la gestion du consentement et la contractualisation,
- l'information et la participation à la prise en charge,
- la dignité, le respect de la vie privée et de la culture,
- les conditions matérielles : locaux, restauration,
- la satisfaction globale.

La satisfaction des usagers est aussi mesurable selon des outils qualitatifs tels que la gestion des plaintes et des réclamations. Analyse qui pourra être prévue dans le travail de mise en œuvre d'un mode de gestion des risques.

L'amélioration du fonctionnement de l'Institut, dans lequel l'utilisateur joue un rôle important, passe aussi, il me semble, par la formalisation de cette évolution dans son projet d'établissement.

B) Réécriture du projet d'établissement.

Si le management par la qualité doit prendre en compte l'évolution de la vision de l'utilisateur qui est accompagné, il doit aussi prendre en compte les changements qui animent « l'âme » de l'Institut et prévoir son évolution future. L'art de manager se fonde sur ce triptyque : « préparer le changement, accompagner le changement, intégrer le changement... puis recommencer »⁴⁶.

L'introduction de la qualité dans l'établissement a induit un bouleversement complet de son fonctionnement. Mise en œuvre progressivement, elle doit être aujourd'hui formalisée. Il s'agit d'élaborer une nouvelle vision stratégique pour l'établissement fondée sur ce management de la qualité qui anime progressivement son « âme ». Savoir où l'on veut aller ensemble, tel est l'enjeu du projet d'établissement. La formalisation du choix de la direction que l'on va prendre pour tenir les objectifs fixés est ici mise en perspective avec la mission de l'établissement et ses valeurs traditionnelles enrichies par la culture qualité progressivement acquise. Le projet d'établissement n'est pas seulement un document de plus demandé par la loi, il est le référentiel de l'établissement. Il répertorie sa mission, ses valeurs, les moyens mis en œuvre pour les atteindre et aujourd'hui la politique qualité de l'Institut. Le meilleur moyen de valoriser et de communiquer le travail mis en place est de le formaliser dans un document qui est un

⁴⁶ J.J. BRICE, directeur de l'Institut Départemental de Développement de l'Autonomie.

résumé écrit de l'établissement, de son « âme ». C'est aussi un moyen pour l'établissement de s'engager plus avant dans la démarche, et pour son directeur de présenter et de faire partager ses objectifs et son engagement de management.

3.3.2 Valorisation des ressources humaines de l'établissement.

Le management par la qualité, tel que je souhaite le conduire, a, en plus de son objectif de construire un accompagnement de qualité pour les usagers, l'ambition de valoriser les ressources humaines de l'établissement. Un établissement ne fonctionne pas sans ses hommes. Un accompagnement de qualité ne peut être offert que par un personnel de qualité. Le directeur n'est pas lui-même impliqué au quotidien dans la prise en charge et l'accompagnement des usagers. Il ne peut que s'entourer de professionnels compétents, valoriser le travail qu'ils réalisent, renforcer la cohésion d'équipe et permettre le développement des compétences.

A) Valorisation du travail réalisé et renforcement de la cohésion.

L'IDDA bénéficie aujourd'hui d'une équipe de professionnels qualifiés et volontaires. La démarche qualité ne peut que prendre appui sur ces femmes et ces hommes qui animent l'établissement et offrent à ses usagers un accompagnement individualisé répondant le plus souvent aux attentes. L'objectif de la mise en œuvre d'un management par la qualité est dans un premier temps de valoriser ce travail déjà réalisé. Le temps de conception de l'outil d'évaluation a permis à chacun de prendre conscience de toute l'expérience et de la qualification détenues au sein de l'Institut. Ce temps était nécessaire. Il a permis de voir les points faibles, relevés sans aucune connotation négative, et a suscité la motivation de passer à une phase nouvelle de résolution de ces dysfonctionnements. Poursuivre ce travail de reconnaissance des compétences que détient l'Institut passe par l'élaboration avec les acteurs de fiches de postes complètes qui reflètent exactement le travail effectué. La mise en œuvre d'une dynamique nouvelle induit des pratiques de travail nouvelles. Celles-ci doivent être prises en compte dans l'élaboration des fiches de postes. Ces dernières ne doivent pas être vues comme un outil de contrôle du travail effectué par l'agent, mais bien comme un élément de contractualisation qui entre en jeu au moment de l'évaluation annuelle du professionnel. Celui-ci sait sur la base de quels éléments il va être noté, il a des moyens de négociation sur les objectifs qui peuvent ou non être mis en œuvre au cours de l'année à venir. La fiche de poste permet d'inclure le champ de la notation-évaluation de l'agent au sein de la politique qualité de l'établissement.

Ces pratiques nouvelles naissent de l'intériorisation de la culture qualité. Le travail en équipe en est une de ses valeurs phares. Dès l'entrée dans la démarche qualité, j'ai encouragé une dynamique de participation interprofessionnelle et interdisciplinaire. Il s'agit de favoriser la cohésion d'équipe autour du projet qualité. Les travaux transversaux tels qu'ils ont été menés doivent être poursuivis. Le rapprochement des services facilite une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de la fonction de l'autre. Il permet un décloisonnement favorable aux échanges et au développement de pratiques professionnelles toutes tournées vers le même objectif : offrir des prestations de qualité aux usagers. Enfin la pluridisciplinarité favorise le développement de l'information et de la communication en interne tournées vers une plus grande collaboration des acteurs.

B) Développement des compétences.

Le management par la qualité impose aussi au mode de gestion des ressources humaines de développer et valoriser les compétences. Ceci passe notamment au travers de la formation des agents : formation au travers d'une part de la transmission des connaissances et des compétences de la pratique quotidienne (que j'ai abordé plus haut) et, d'autre part, d'actions de formation professionnelle continue menées par des prestataires extérieurs. Les actions de formation doivent être priorisées. À l'entrée dans la démarche qualité, trois éléments essentiels doivent être abordés par les personnels en formation. D'abord une formation relative à la démarche qualité ayant pour but de fournir les connaissances générales que doivent posséder les acteurs ainsi que les aspects spécifiques au CAT. Ensuite, la formation aux techniques d'animation de groupe ne doit pas être négligée. Les agents doivent apprendre à travailler en groupe et à être efficaces. Ce sont les éléments que nous avons abordés plus haut. Enfin, le dernier point qui doit être intégré dans le plan de formation est relatif aux outils spécifiques à la qualité (brainstorming, analyse par le questionnement, diagramme cause-effet, analyse de processus, analyse des défaillances).

Cette formation dans l'objectif de valoriser les compétences s'accompagne d'une importante responsabilisation des acteurs. Sur eux repose la bonne marche de l'établissement et de la prise en charge. Les groupes qualité fonctionnent au fur et à mesure de manière autonomes. Les délégations se multiplient afin de permettre une analyse de proximité du fonctionnement de l'établissement. Le directeur a impulsé le changement qui se diffuse et offre des contreparties positives aux agents.

Enfin, le dernier point qui doit être travaillé autour de cette gestion des compétences est le recrutement. Les règles de recrutement, de mutation ou de changement d'établissement dans la fonction publique hospitalière ne doivent pas empêcher que le projet d'établissement et le système qualité soient présentés aux

candidats à la vacance de poste. Un accord moral engage ensuite l'agent recruté à accepter un poste de travail dans un établissement qui fonctionne autour d'une démarche qualité solide. Ce mode de fonctionnement qui, pour l'instant, n'existe que dans peu de structures engage ses acteurs. Le nouveau fonctionnaire embauché devra prendre connaissance à la fois de l'histoire de l'établissement et de sa culture qualité.

3.3.3 Clarification du fonctionnement de l'établissement.

Place de l'usager, projet d'établissement, valorisation des ressources humaines de l'établissement, le système qualité de l'IDDA s'élabore progressivement. À ces grands pôles éthiques s'ajoutent des éléments plus pragmatiques. L'évolution de l'établissement nécessite la mise en œuvre d'une part, d'un système de gestion des risques et, d'autre part, d'un système de gestion documentaire.

A) Elaboration d'un système de gestion des risques.

La clarification du fonctionnement de l'établissement passe, on l'a vu, en premier lieu par la clarification de ses processus. La mise en œuvre de procédures écrites et de leur autocontrôle par des indicateurs opérants, valides et acceptés par tous est l'étape d'entrée dans la qualité. Au fur et à mesure de l'acquisition de la culture qualité, de ses méthodes et de ses outils, il va être ensuite possible de mettre en place un système organisé de gestion des risques.

La gestion des risques est, à mon sens, un élément corrélatif au management par la qualité. Elle correspond à la mise en œuvre de moyens, d'actions et de stratégies pour gérer le risque, l'incident, le danger éventuel plus ou moins prévisible ou la non réalisation d'une action prévue (par exemple : manque d'informations dans le dossier individuel, problème relationnel avec un usager, sécurité, approvisionnement insuffisant, etc.)⁴⁷. L'idée qui anime cette élaboration est que derrière une erreur ou un incident, il y a un facteur humain certes, mais il y a surtout, à 70%, un défaut d'organisation. Il s'agit donc de prévoir toutes les actions en amont et en aval pour prévoir le risque de survenue d'un incident. Le respect de la réglementation en matière de sécurité (incendie, environnement, hygiène, vigilances, etc.) ou en matière de gestion (contrats, finances, marchés publics, etc.) n'est pas suffisant. La mise en œuvre d'un système de recueil des événements indésirables permet leur traitement et le lancement d'actions limitant leur réapparition.

La construction de fiches de recueil d'événements indésirables ayant pour objectif de signaler la survenue de tout dysfonctionnement dans l'Institut me semble donc intéressante à mettre en œuvre dans cette perspective. La méthodologie de travail retenue jusqu'à présent sera poursuivie (réunions d'information, appel au volontariat, constitution d'un groupe pluridisciplinaire dénommé cellule de gestion des risques). Cette cellule de gestion des risques sera donc chargée de l'élaboration de cette fiche structurée autour des items suivants :

- personne déclarante,
- événement,
- date, lieu, heure,
- personne(s) concernée(s),
- cause estimée, conséquence(s),
 - action(s) menée(s) immédiatement,
 - etc.

Le circuit signalement – traitement – retour d'information sera aussi élaboré par la cellule de gestion des risques, encadrée par la responsable qualité, et présenté pour validation au directeur. Ce système pourra être doublé par une procédure de gestion des plaintes. Toute réclamation écrite ou orale fait l'objet d'une proposition de rendez-vous et d'une réponse circonstanciée après enquête interne. L'analyse des fiches recueillies est réalisée par la cellule de gestion des risques (composée du directeur, de la responsable qualité, d'un représentant du personnel et d'un représentant des usagers). Les incidents sont hiérarchisés selon leur gravité et leur récurrence. Les actions à mener (prévention, correction, réduction du risque) sont priorisées.

Ainsi, à l'amélioration des grands axes du fonctionnement de l'établissement (ses processus) s'ajoute un travail de terrain de résolution des problèmes qui surviennent tous les jours et qui peuvent avoir une incidence importante sur la prise en charge des usagers.

B) Elaboration d'un système de gestion documentaire.

Le mode de management par la qualité, que je souhaite construire, induit, au niveau des valeurs, une implication accrue des acteurs dans le fonctionnement de la structure ; et, plus pragmatiquement, produit des documents en grande quantité. Ceux-ci

⁴⁷ S. BOTTARO, *La mise en œuvre d'un programme opérationnel de gestion des risques dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Intervention à l'ENSP, 8 juillet 2003.

doivent être organisés, classés, répertoriés et enregistrés. C'est l'objet de l'élaboration d'un système de gestion documentaire.

L'ensemble des documents produits par le système qualité doivent être répertoriés. Ils sont classés dans un manuel qualité. Celui-ci a plusieurs fonctions. D'abord, il définit les objectifs et l'engagement de la direction dans son management par la qualité. Une partie de ce pôle figure au projet d'établissement. Ensuite, le manuel qualité permet de classer les documents qualité diffusés dans l'Institut : procédures, fiches de recueil d'événements indésirables, etc. Il permet de maîtriser les enregistrements et de gérer la mise à jour de ces documents. Chacun est daté et le lancement de tout nouveau document s'accompagne de la sortie du circuit de sa version précédente.

Par ailleurs, une veille documentaire doit être mise en œuvre afin de maîtriser le système documentaire. Il s'agit de répertorier les textes et documents nouveaux susceptibles d'intéresser le fonctionnement de l'Institut. Cette veille doit aussi reposer en interne sur la vérification de l'application et de la conformité aux pratiques des procédures et processus écrits. L'objectif est de permettre la sortie du circuit des documents "périmés" et le lancement de groupes qualité sur leur rénovation.

Enfin, une veille technique relative à l'amélioration de la qualité peut être mise en œuvre. Cependant, il s'agit là d'un travail de grande envergure que l'Institut ne peut mener seul. Une mise en réseau avec les partenaires locaux du secteur peut être imaginée, d'autant plus que la loi 2002 encourage les démarches de ce type.

Le management par la qualité, que je souhaite conduire, basé sur les trois fondements que sont l'amélioration de la prise en charge et de la place donnée aux usagers, la valorisation des compétences humaines et l'amélioration continue du fonctionnement de l'établissement, engage la structure sur du long terme. La participation et l'implication de tous ses acteurs est plus que nécessaire. Elle doit être chaque jour valorisée.

CONCLUSION

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 est construite autour de deux termes : la priorité donnée aux droits des usagers et l'efficacité des organisations. Un mode de pilotage adapté est donc requis. Cette loi phare préconise un renouvellement des pratiques tournées vers une plus grande qualité des prestations offertes aux usagers de l'action sociale et médico-sociale. La qualité des prestations offertes peut être obtenue dans les établissements sous l'impulsion de leur direction. En effet, un mode de management par la qualité peut permettre d'aborder les institutions sous un nouveau regard. Le directeur a là un outil stratégique dont il peut se saisir pour mener à bien sa mission.

Le management par la qualité doit être mis en œuvre de manière progressive dans ce secteur où il n'est pas encore entré dans les mœurs. L'impulsion et l'appropriation d'une culture commune à tous les acteurs de l'établissement peuvent se baser sur l'élaboration, par les acteurs eux-mêmes, d'un outil propre à l'établissement qui permettra l'autoévaluation de la structure et l'entrée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

La loi du 2 janvier 2002 demande aux établissements de procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Anticiper les préconisations du CNESMS en engageant dès à présent l'institution et ses acteurs dans l'autoévaluation permet au directeur de faire entrer son institution dans ce management par la qualité. Trois grands axes doivent être, à mon sens, poursuivis :

- le re-questionnement des valeurs, missions et moyens mis en œuvre par l'établissement au travers de son projet d'établissement,
- la promotion et l'implication des usagers comme acteurs à part entière de la vie institutionnelle,
- la valorisation du travail des professionnels et l'impulsion d'une pratique réflexive au quotidien.

L'élaboration de l'outil d'autoévaluation se fonde sur ces principes. La participation et l'implication du plus grand nombre est un élément fondamental de la méthode mise en œuvre. L'outil construit appartient à ses auteurs. Sa spécificité, liée au fait qu'il évalue non seulement l'adéquation à la réglementation mais aussi aux valeurs spécifiques du projet d'établissement, rend cet outil non transposable. Il reste vraiment spécifique au CAT de l'IDDA. Seule la méthode même de sa construction peut être réutilisée ailleurs, dès lors qu'elle se fonde sur une analyse approfondie des missions, valeurs et moyens de la structure. Le directeur doit alors impulser la dynamique de son utilisation tournée vers

l'objectif de l'amélioration continue de la qualité des prestations délivrées et, plus largement, du fonctionnement de l'établissement.

À la fin de la rédaction de ce mémoire, l'outil d'évaluation du CAT de l'IDDA est construit⁴⁸ mais l'autoévaluation en elle-même n'a pas été menée. Bien que le premier tour de la roue de Deming ne soit pas encore complet, on peut s'interroger dès à présent sur les modalités d'évaluation de cet outil. En effet, toute démarche ne peut être totalement opérationnelle que si sont prévus en son sein des éléments d'évaluation de la réponse aux objectifs fixés et aux moyens mis en œuvre. Les objectifs principaux fixés dès l'entrée dans cette démarche correspondent aux grands axes rappelés plus haut. Les moyens que l'on a souhaité mettre en œuvre correspondent à la méthode participative et pluridisciplinaire engagée et à l'impulsion d'une pratique réflexive au quotidien.

L'outil construit ne prétend pas avoir lui-même atteint un niveau optimal de qualité. Il devra être remanié sur les bases de l'évaluation de son utilisation. Les tours de roue progressifs feront apparaître ses lacunes et imperfections qui devront être comblées et améliorées. Les indicateurs principaux d'évaluation de l'outil construit sont, d'abord, sa facilité d'utilisation et son intelligibilité. Les acteurs institutionnels doivent pouvoir conduire l'autoévaluation sans trop de difficultés, notamment de compréhension des items interrogés. Ensuite, il s'agira de prendre garde au risque qui découle directement du fait que les acteurs ont eux-mêmes construit cet outil : la remise en question des questions posées. Celles-ci, lors de la première autoévaluation, ne pourront pas être négociables, ré-ajustables ou remaniables. Une fois l'outil validé par les instances, il doit tourner au moins une fois tel quel. Ensuite seulement les questions ou formulations pourront être remises en cause. Le dernier point à interroger est l'utilité du cahier explicatif. Est-il réellement utilisé ou bien le questionnaire se suffit-il à lui-même ? Là encore, il est possible que l'on s'aperçoive que la peur de ne plus se rappeler de ce que recouvre les questions nous ait fait construire un outil qui au final n'a pas de réelle utilisation.

La réponse à ces différents points permettra de remanier progressivement l'outil d'évaluation construit et donc de mettre en œuvre l'amélioration continue de sa propre qualité. Un grand chantier s'ouvre aujourd'hui pour le CAT s'appuyant sur le travail fait hier pour améliorer celui de demain.

⁴⁸ Confère annexe 3 et 4, p. XIII et XXXVII.

Bibliographie

Textes réglementaires et législatifs :

- Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (notamment article 30).
- Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Décret n°77-1465 du 28 décembre 1977 modifié par les décrets n°86-530 du 14 mars 1986 et 93-87 du 22 janvier 1993 fixant les modalités d'application aux travailleurs handicapés des dispositions de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 relatives à la garantie de ressources.
- Décret n°77-1546 du 31 décembre 1977 modifié par décret n° 85-1458 du 30 décembre 1985 relatif aux centres d'aide par le travail (JO du 12 janvier 1978) modifié par le décret n°93-669 du 26 mars 1993.
- Circulaire 60 AS du 8 décembre 1978 définit les objectifs du CAT.
- Décret n°89-796 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XIV, XIV bis et VIX ter au décret du 9 avril 1956 modifié (...).
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme de l'hospitalisation.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 51 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Code de l'action sociale et des familles.

Ouvrages :

- ABDUL MALAK-ERTLE L., BRIZAI M., GALLAIS A-M. et al. *La qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux : outils et management*. Module interprofessionnel de santé publique : ENSP, Rennes, 2002. 36 p.
- ANAES. Direction de l'accréditation. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Paris : éditions ANAES, février 1999. 132 p.
- ANAES. Direction de l'accréditation. *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation, un guide pratique*. Paris : éditions ANAES, juin 1999. 111 p.
- ANDEM. Service d'évaluation hospitalière. *La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé*. Revue de la littérature médicale. Paris : éditions ANAES, septembre 1996. 55 p.
- BAUDURET J-F., JAEGER M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoires d'une refondation*. Paris : Dunod, 2002. 322 p.
- BISAGNI-FAURE A., BAUDON B., CAGNIARD-CUIF C. et al. *L'évaluation dans les secteurs social, médico-social et sanitaire : caractéristiques, différences et complémentarité*. Module interprofessionnel de management du système de santé : ENSP, Rennes, 1997. 29 p.
- COULON M., CREHIN J-F. *Garantir la qualité dans le médico-social, une expérience réussie de certification*. Saint Denis La Plaine : édition AFNOR, 2001. 133 p.
- L. CRUCHANT, *La qualité*, 4ème édition, Paris, Que sais-je ?, PUF, 1998, p.127.
- DAQUIN B. *La démarche qualité en IME, outil d'évolution et de changement*. Mémoire CAFDES option enfance : Rennes, 2002. 77 p.
- DEFOURNY V., NOYE D. *Du bon usage des mots de la qualité*. Paris : INSEP Editions, Ministère de l'industrie, des postes et télécommunications, 1996. 137 p.
- DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : éditions Seli Arslan, 2000. 272 p.
- DURIEUX P. (sous la coordination de). *La démarche qualité dans un établissement de santé*. Paris : les guides de l'AP-HP, Doin éditeurs, 1997. 164 p.
- GACOIN D. *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales, enjeux, stratégies, méthodes*. Paris : Dunod, 2002. 339 p.
- GEPSO (Groupe national des Établissements et services Publics Sociaux). Commission technique. *Référentiel GEPSO, quelques bonnes raisons d'entreprendre une démarche d'évaluation*. 1999.
- Groupe AFAQ. Guide de lecture de la norme ISO 9001 : 2000. *La certification qualité à l'usage des centres d'aide par le travail et ateliers protégés*. AFAQ : 2002. 39 p.

- JACQUIN-RAVOT B. *Réussir la qualité par tous*. Lyon : Chronique sociale, 2001. 140p.
- JOINING J-L. *Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Paris : ESF éditeurs, 1998. 139 p.
- LECLET H., VILCOT C. *Construire le système qualité d'un établissement de santé*. Paris : AFNOR, 2000. 144 p.
- LIEVRE P. *Évaluer une action sociale*. Rennes : éditions ENSP, 2002. 115 p.
- LOUBAT J-R. *Élaborer son projet d'établissement social et médico-social, contexte, méthodes, outils*. Paris : Dunod, 1997. 264 p.
- MAGNONI A. *Initier une démarche d'évaluation dans un établissement social public, une approche pragmatique et contextualisée de la qualité*. Mémoire directeur d'établissement social et médico-social : ENSP, 1999. 67 p.
- Mission MARTHE. *Améliorer la qualité en ÉHPAD, guide d'accompagnement ANGÉLIQUE*. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, juin 2000. 55 p.
- PLACIARD J-C. *Démarche qualité en établissement social et médico-social*. Paris : éditions WEKA, février 2002. Tome 1, *Évaluation, méthodologie, mise en œuvre, management, réglementation*.
- SLAMA F. *La mise en place de systèmes d'assurance de la qualité en milieu hospitalier : méthodes, problèmes et applications*. Mémoire élève directeur d'hôpital : ENSP, 1997. 83 p.
- WERBROUCK P. *De la recherche d'un accueil de qualité à la recherche de bonnes pratiques. Préparer un établissement à évaluer son accueil : exemple à l'hôpital local de Monfort sur Meu*. Mémoire directeur d'établissement sanitaire et social : ENSP, 1998. 70 p.

Revue et périodiques :

- BAZIN A., BRIAND S., GERBAUD L. Perception de la qualité dans le secteur sanitaire et impact sur la démarche qualité. *Cahier sociologique de démographie médicale*, janvier – mars 2001, n°1, pp. 29-45.
- CORBET C., GRECO J., VOLKMAR C. Méthode d'évaluation interne à l'usage des institutions sociales et médico-sociales : un guide pour des interventions de qualité. *Le nouveau Mascaret*, 4^{ème} trimestre 1999, n°58, pp. 38-46.
- Fondation nationale de gérontologie. Évaluer, pour quoi faire ? *Gérontologie et société*, décembre 2001, n°99, 282 p.

- GOULEY C. Évaluation de la qualité, ÉVA, référentiel d'évaluation externe de la qualité des ÉHPAD. *Revue hospitalière de France*, septembre – octobre 2002, n°488, pp. 36-39.
- HUBERAC J-P. À propos de la certification d'entreprise. *Le nouveau mascaret*, 4^{ème} trimestre 1999, n°58, pp. 7-16.
- JAEGER M. Loi du 2 janvier 2002 : entre le juste et le bien, la fin et les moyens. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 6 décembre 2002, n°2288, pp. 35-36.
- JOINING J-L, LAFORCADE M. et al. Dossier : la démarche qualité. *Les cahiers de l'Actif*, septembre-octobre 1997, n°256-257, 158 p.
- LALLEMAND D. Les enjeux de l'évaluation. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 24 mai 2002, n°2264, pp. 31-32.
- LEROUX P. L'abord des démarches qualité par la Société Gérontologique de l'Ouest et du Centre. *La revue de gériatrie*, juin 2002, tome 27, n°6, pp. 447-450.
- LOUBAT J-R. Le social doit-il avoir peur de l'évaluation ? *Lien social*, 11 mars 1999, n°477, pp. 4-7.
- LOUBAT J-R. Démarche qualité : enjeux et paradoxes. *Gestions hospitalières*, octobre 2002, pp. 639-644.
- MECHKA M. Commencer par évaluer... l'évaluation ! *Lien social*, 7 février 2002, n°608, pp. 12-13.
- MENDIBOURE J-P. Les préoccupations de la qualité dans le secteur médico-social, *Le nouveau mascaret*, 4^{ème} trimestre 1999, n°58, pp. 2-6.
- MICHELITZ G. Évaluation de la qualité, la charte des valeurs du comité scientifique du GEPSO. *Revue hospitalière de France*, septembre – octobre 2002, n°488, pp. 40-41.
- TREMINTIN J. L'évaluation : contrôle ou recherche de sens ? *Lien social*, 11 mars 1999, n°477, pp. 8-9.
- TREMINTIN J. Peut-on évaluer le travail social ? *Lien social*, 1 novembre 2001, n°595, pp. 4-10.

Interventions - conférences :

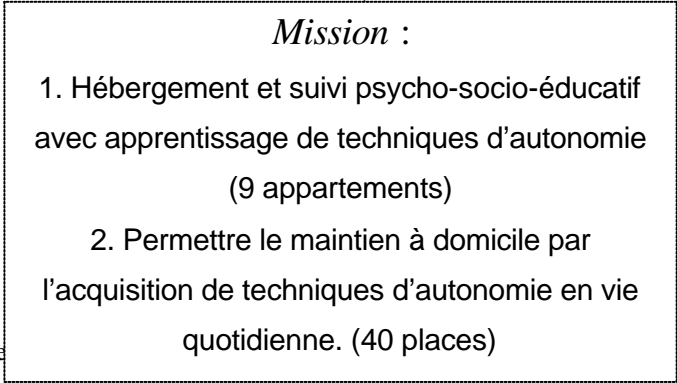
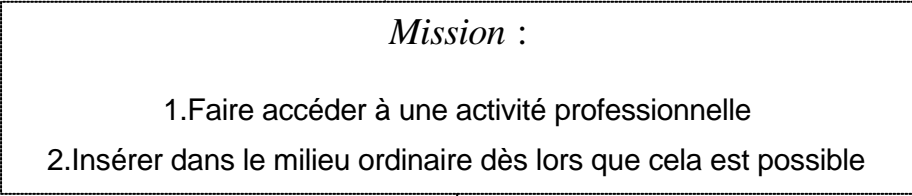
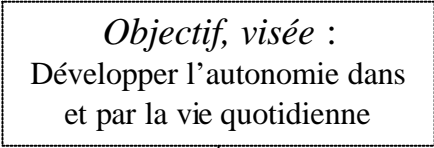
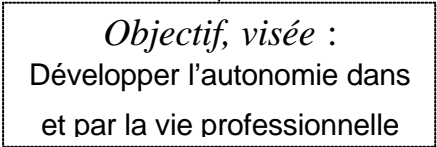
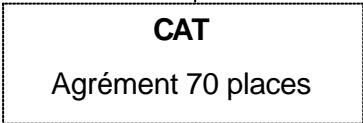
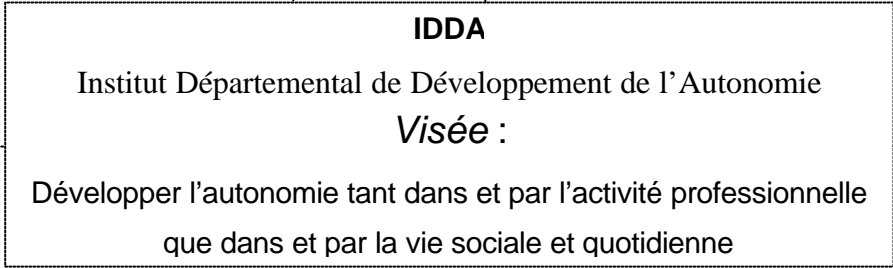
- F. CHARLEUX. *La démarche qualité, le management de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Intervention à l'IRTS PACA-Corse. Printemps 2003.
- Dr P. ROUSSEL. *Des concepts essentiels pour le management de la qualité*. Intervention à l'École Nationale de la Santé Publique. 8 juillet 2002.

- P. TELENCZAK. *Entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité par une démarche d'autoévaluation. Cas concret en ÉHPAD.* Intervention à l'École Nationale de la Santé Publique. 10 juillet 2002.
- S. BOTTARO. *La mise en œuvre d'un programme opérationnel de gestion des risques dans les établissements sociaux et médico-sociaux.* Intervention à l'École Nationale de la Santé Publique. 8 juillet 2003.

Liste des annexes

- ANNEXE I Représentation schématique de l'Institut Départemental de Développement de l'Autonomie.
- ANNEXE II Document d'engagement de la direction : « Projet d'évaluation des prestations offertes par l'IDA à ses usagers »
- ANNEXE III Outil d'évaluation interne, questionnaire CAROLINE.
- ANNEXE IV Livret d'accompagnement au référentiel CAROLINE, cahier explicatif de questionnement.

ANNEXE 1 Représentation schématique de l'Institut Départemental de Développement de l'Autonomie.



**Intra
muros**

Objectif principal :

Offrir un poste de travail protégé au sein de l'établissement

Population :

Majorité de personnes déficientes visuelles + autres handicaps :
« complémentarité d'aptitudes »

Objectifs opérationnels

- * Offrir des métiers porteurs d'une représentation valorisante et/ou contenant suffisamment de facteurs de diversité et de renouvellement pour constituer, même dans le long terme, un exercice dynamique, minimisant les risques d'ennui et d'usure.
- * Permettre à l'utilisateur de devenir acteur de son projet individuel (implication et participation lors des différentes étapes)
- * Offrir des actions en faveur de son développement personnel et professionnel.
- * Garantir l'exercice effectif de sa citoyenneté dans l'établissement (droit de parole, participation à la vie institutionnelle)
- * Permettre une véritable gestion de carrière (procédure ESA / livret d'activités professionnelles)

SAE

Objectif principal :

Offrir un poste de travail protégé en milieu ordinaire

Population :

Tout type de handicap, sauf troubles du comportement trop importants.

Objectifs opérationnels

- * Elargir le choix d'activités professionnelles, en réponse aux attentes des usagers (les ateliers internes restant limités dans leurs propositions).
- * Offrir une alternative à la prise en charge traditionnelle.
- * Permettre la pratique du milieu ordinaire à toute personne bénéficiant d'une orientation en CAT. Permettre de s'engager dans une intégration sociale et professionnelle.
- * Offrir un accompagnement individualisé et de proximité
- * Permettre à l'utilisateur de devenir acteur de son projet individuel (implication et participation lors des différentes étapes)
- * Garantir l'exercice effectif de sa citoyenneté.
- * Permettre une véritable gestion de carrière (procédure ESA)

Objectif principal :

Améliorer des situations de dépendance réversibles, occasionnées par le handicap visuel dans les actes de la vie quotidienne.

Population :

Toute personne présentant un handicap visuel.

Objectifs opérationnels

- * Permettre à une personne déficiente visuelle d'optimiser ses performances dans différents environnements quotidiens : domestique, social, professionnel, culturel.
- * Permettre à l'utilisateur de devenir acteur de son projet individuel (implication et participation lors des différentes étapes)
- * Garantir l'exercice effectif de sa citoyenneté.
- Logements accompagnés autonomes :* Expérimenter une vie indépendante en appartement institutionnel avant le passage à un appartement personnel.
- Section d'acquisition de méthodes et de techniques d'autonomie avec suivi au domicile :* accéder à des techniques favorisant l'autonomie dans la pratique des actes usuels par une reconnaissance personnalisée des difficultés quotidiennes.

:

- Humains : 21 agents (18,25 ETP). Tous qualifiés par rapport au poste occupé

- Activités : Filière artisanale (menuiserie, ébénisterie, chaiserie, tapisserie, reluire, sparterie), filière services et sous-traitance (conditionnement, façonnage-routage)

Soutien de 1^{er} type : soutien psychologique à l'activité professionnelle, aide à la gestion des documents administratifs, aide à la vie quotidienne,...

Procédure ESA : Evaluation – Soutien – Accompagnement

- Instances participatives : délégués d'ateliers, réunions d'ateliers, CVS, représentants au Conseil d'Administration.

- Infrastructure : Bâtiments érigés en 1888, 2000 m², ouvert sur le quartier des Catalans. Aujourd'hui peut-être trop petits : difficultés de stockage. Situé en plein cœur de Marseille, à la sortie du Vieux-Port, l'IDA bénéficie d'une implantation urbaine privilégiée.

- Partenaires : Soutien de 2nd type = aide à la locomotion externe, aide à la vie quotidienne

Moyens :

- Humains : 5 agents (3 ETP) tous qualifiés par rapport au poste occupé

- Activités : Postes de travail trouvés en entreprise selon les choix professionnels et les aptitudes du TH et selon les postes offerts en milieu ordinaire.

Accompagnement individualisé modulable selon les besoins de la personne et/ou de l'entreprise, soutien psychologique, formation.

Evolution : maintien en emploi semi-protégé ou intégration définitive en milieu ordinaire de travail.

- Infrastructure : Pas d'atelier de production. Un siège administratif et de gestion dans les locaux du CAT.

- Instances participatives : à mettre en place.

- Partenaires : Association d'insertion, association d'aide à l'activité professionnelle des personnes handicapées, entreprises du milieu ordinaire (+ environnement)

Moyens :

- Humains : Recrutement en cours.

- Activités : Acquisition de méthodes et de techniques d'autonomie avec suivi au domicile, soutien psychologique à la vie quotidienne (isolement, difficultés quotidiennes, vécu du handicap parasitant l'autonomie...), accompagnement à l'autonomie sociale et à la gestion quotidienne, aide à l'intégration dans la vie culturelle et associative, informer et conseiller sur les aides techniques existantes pour les personnes aveugles ou malvoyantes, former aux méthodes de lecture et d'écriture adaptées.

- Infrastructure : Immeuble d'habitation appartenant à l'IDDA, proche des locaux du CAT. Opération de réhabilitation et de réaménagement des locaux nécessaire.

- Instances participatives : à mettre en place.

- Partenaires : Service Basse Vision La Timone, IME, IMPRO,...

(+ environnement)

Démarche de projet

- Aujourd'hui l'établissement est surtout le CAT intra-muros. Il existe depuis 1880 (agrément CAT et établissement public autonome en 1986)
- En 2003, est mise en place (sur le CAT intra-muros) une démarche d'évaluation et une démarche qualité dans le but d'analyser l'adéquation des pratiques professionnelles, d'une part, aux missions et, d'autre part, au projet d'établissement et d'améliorer les prestations offertes aux usagers.
- Développement depuis 2002 de la SAE → Aujourd'hui il existe des candidatures et des travailleurs handicapés en cours de procédure d'admission. Mais pas encore de pratique suffisante sur le terrain pour évaluer le bien fondé du projet et sa réalisation effective.
- En 2003, projet de lancement de la SAVS (projet accepté par le Conseil Général en déc 2002). Restructuration architecturale nécessaire.

ANNEXE 2

**INSTITUT DÉPARTEMENTAL D'AVEUGLES
ETABLISSEMENT PUBLIC
CENTRE D'AIDE PAR LE TRAVAIL**

**LE PROJET D'ÉVALUATION DES
PRESTATIONS
OFFERTES PAR L'IDA À SES USAGERS**

100, Avenue de la Corse -13007 Marseille – Tel : 04 95 09 35 66

PROJET INSTITUTIONNEL D'ÉVALUATION DES PRESTATIONS OFFERTES PAR L'IDA À SES USAGERS

Qu'est ce que l'évaluation ?

C'est une mesure visant à apprécier de façon objective les faits (ce qui existe, ce qui se fait) et à les comparer aux attentes (loi, projet institutionnel) au moyen d'un référentiel (questionnaire) préétabli.

En d'autres termes, cela revient à poser des questions pertinentes pour apprécier la qualité de l'ensemble des prestations proposées par l'établissement. On peut par exemple poser la question « Existe-t-il une information aux nouveaux usagers sur l'organisation des ateliers à leur entrée dans l'établissement ? ». La réponse à cette question sera un des éléments qui nous permettra de déterminer la qualité de l'information et de l'accueil des nouveaux.

Pourquoi vouloir réaliser l'évaluation de l'établissement ?

La loi du 2 janvier 2002 impose aux établissements sociaux « l'évaluation de leurs activités et des prestations qu'ils délivrent ». Nous devons donc répondre aux obligations de cette loi et nous mettre en conformité avec elle.

D'autre part, le projet d'établissement de l'IDA, réalisé en 1999/2000, prévoit que soit mise en œuvre l'évaluation de ses activités.

Enfin, ce projet a pour but de travailler ensemble sur l'amélioration du quotidien de la vie de l'établissement.

En quoi cette évaluation va consister ?

Il s'agit, dans un premier temps, d'élaborer un questionnaire suffisamment objectif qui nous permettra, ensuite, dans un second temps, d'entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Qu'est ce qu'une démarche d'amélioration continue de la qualité ?

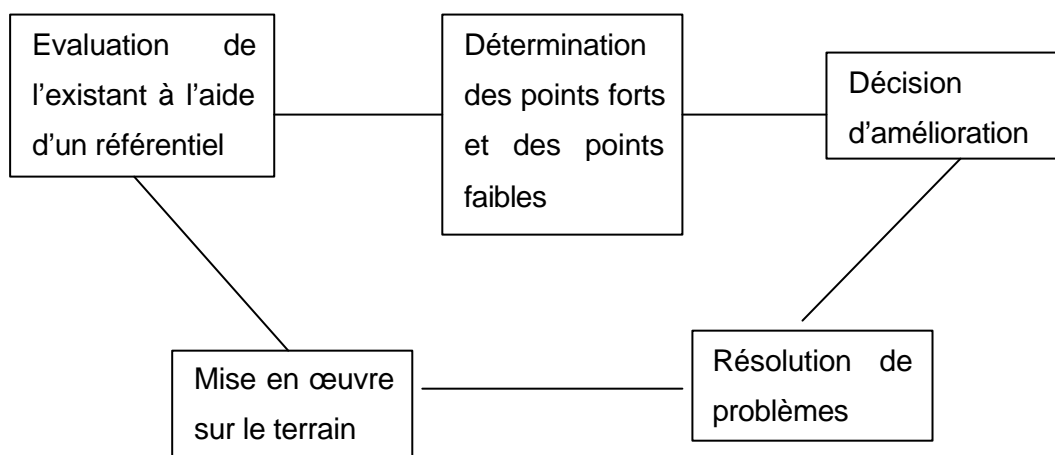
C'est une dynamique qui permet d'améliorer petit à petit le fonctionnement et les productions fournies par l'établissement.

Il s'agit, dans un premier temps, d'évaluer, donc de poser des questions à l'établissement et à son fonctionnement pour connaître exactement ce qui est fait et comment.

A partir des réponses fournies à ces questions, dans un second temps, seront déterminées les points forts et les points faibles de l'établissement.

Ensuite, on va hiérarchiser ces points faibles, déterminer lesquels sont prioritaires et chercher ensemble des solutions à ces dysfonctionnements. Les solutions trouvées seront ensuite mises en place.

Enfin, au bout d'une certaine période (1 an 2 ans ?), une nouvelle évaluation sera réalisée qui nous permettra de voir les évolutions de l'établissement et l'amélioration de sa qualité.



Par quoi va-t-on commencer ?

D'abord, il faut créer l'outil qui nous permettra de réaliser les évaluations. On peut s'appuyer pour cela sur le questionnaire qui existe dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (maisons de retraite très médicalisées). Mais nous ne pouvons pas directement copier le même document car le fonctionnement de ces établissements ne correspond pas à celui de notre CAT. Ensuite, parce que nous avons intérêt à avoir notre propre outil d'évaluation qui nous correspond exactement plutôt que de se laisser imposer un outil extérieur. Notre questionnaire, si nous y réfléchissons ensemble, sera plus performant que si nous utilisons un outil extérieur.

Comment va-t-on construire cet outil d'évaluation ?

Nous allons mettre en place des groupes de travail autour de deux thèmes principaux qui correspondent à la mission du CAT.

- Quelle est la mission principale du CAT vis-à-vis de ses usagers ?

C'est l'aide par le travail.

- En quoi cela consiste ?

Le CAT fournit -d'une part, une activité professionnelle aux personnes handicapées,

-d'autre part, un soutien médico-social et éducatif (moniteurs d'atelier, psychologue, assistante sociale,...) favorisant l'épanouissement personnel et l'intégration sociale.

A côté de cela, des biens et des services sont produits tous les jours dans les ateliers pour répondre à des commandes de clients extérieurs à l'établissement.

- On a donc deux types de productions dans cet établissement :

- une production sociale dont le principal client est l'utilisateur et son encadrement
- une production professionnelle qui est tournée vers le client extérieur au CAT.

A partir de cette réflexion, nous vous proposons de construire le questionnaire d'évaluation à partir de ces deux types de productions qui seront nos deux thèmes principaux. Ensuite, ces deux thèmes seront divisés en sous-thèmes :

Production sociale (admission, projet professionnel, locaux, gestion administrative et budgétaire...)

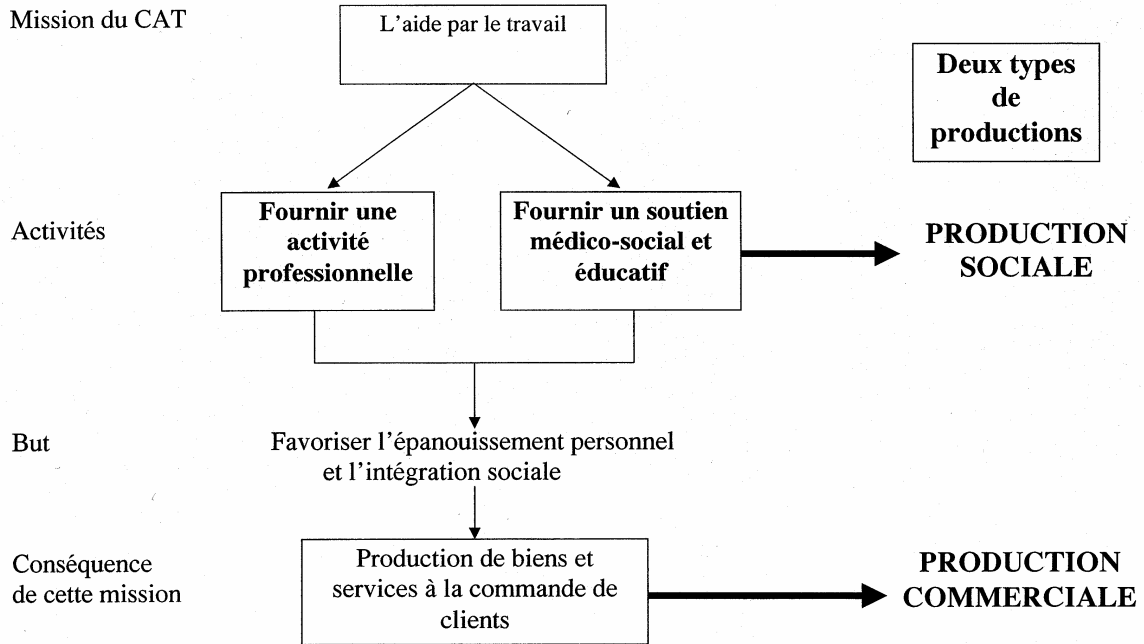
Production commerciale (accueil et réception des commandes, gestion des stocks, approvisionnement, relation client...)

Quel planning de travail allons nous mettre en œuvre ?

Entre le 25 et le 28 novembre, deux premières réunions seront faites l'une autour de la production sociale, l'autre autour de la production commerciale avec comme objectif de réfléchir sur les sous-thèmes possibles.

Ensuite, ces deux grands groupes seront éclatés en petits groupes de travail de 5 à 7 personnes qui se réuniront tous les quinze jours durant 1h30. Les dates de ces groupes de travail restent encore à définir précisément mais elles devraient débuter dès décembre.

RAPPEL : les groupes de travail seront mixtes : personnel d'encadrement dont la présence est obligatoire (service technique, social, administratif et d'entretien) et usagers dont la présence sera basée sur le volontariat (avec une représentation de chaque atelier et des représentants dans les instances institutionnelles : Conseil d'Administration, Conseil d'Établissement, Conseil des Anciens, délégués d'atelier).



**INSTITUT DEPARTEMENTAL
de DEVELOPPEMENT de L'AUTONOMIE
ETABLISSEMENT PUBLIC
CENTRE D'AIDE PAR LE TRAVAIL**

OUTIL D'AUTO ÉVALUATION INTERNE

QUESTIONNAIRE CAROLINE

100, Avenue de la Corse – 13007 Marseille – Tel : 04 95 09 35 66

IDDA	Référentiel 2.CAROLINE
Auto-évaluation	Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
<i>REFERENCE. 1. Production sociale</i>							
<i>THEME: 1. Accueil et admission.</i>							
Q 1	Demande de renseignements	Information, Procédure					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Une procédure est-elle mise en place pour répondre aux demandes de renseignements et d'informations? A:La procédure existe, elle est écrite et respectée B:La procédure existe, est respectée mais n'est pas formalisée C:La procédure existe mais n'est pas toujours respectée D:Il n'existe aucune procédure							
Q 2	Pré-admission	Livret d'accueil, Règlement de fonctionnement, Contrat de séjour, Charte des usagers					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Existe-t-il un livret d'accueil, un règlement de fonctionnement, un contrat de séjour et une charte des usagers ? A:Ils existent et sont systématiquement remis au nouvel usager B:Ils existent mais ne sont pas systématiquement remis C:Ils n'existent pas tous et ne sont pas systématiquement remis D:Ils n'existent pas							
Q 3	Pré-admission	Procédure, Check-list, Compte-rendu de suivi					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Existe-t-il une procédure d'admission du nouvel usager? A:La procédure existe, est écrite et est respectée B:La procédure existe, est respectée mais n'est pas formalisée C:La procédure existe mais elle n'est pas respectée D:Il n'existe pas de procédure							
Q 4	Pré-admission	Document individuel de prise en charge, Compte-rendu					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Lors de la décision d'admission, en période d'essai, est-il mis en place un pré-projet d'accompagnement individualisé ?							

IDDA
Auto-évaluation

du

Référentiel 2.CAROLINE

Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
	<p>A:Toujours et le pré-projet individuel est écrit. B:Souvent mais le pré-projet individuel n'est pas toujours écrit. C:Quelques fois mais le pré-projet individuel n'est pas toujours écrit. D:Jamais.</p> <p>La procédure d'admission aboutit-elle à une réunion de synthèse permettant d'exprimer un avis sur l'admission de l'utilisateur au terme de la période d'essai ?</p> <p>A:Toujours B:Souvent C:Parfois D:Jamais</p>						
Q 5	Choix de l'atelier et accueil dans l'atelier	Projet individuel, Participation des usagers, Prise en compte des résultats d'enquête					
	<p>GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire</p> <p>L'affectation professionnelle dans un atelier fait-elle l'objet d'une discussion entre l'équipe d'encadrement et l'utilisateur concerné ?</p> <p>Cotation A, B, C, D</p>						
Q 6	Suivi pendant la période d'essai	Projet individuel, Suivi des usagers, Participation des usagers					
	<p>GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire</p> <p>Existe-t-il un suivi spécifique des stagiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suivi technique ? - suivi social ? - suivi administratif ? - suivi psychologique ? <p>Cotation A, B, C, D</p>						

IDDA Auto-évaluation	du	Référentiel 2.CAROLINE Edité le 18/06/2003
--------------------------------	----	--

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
<i>REFERENCE: 1.Production sociale</i> <i>THEME: 2.Droits et devoirs des personnes.</i>							
Q 7	Confidentialité	Livret d'accueil du fonctionnaire, Formation du personnel, Accès au dossier individuel					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire La confidentialité des informations concernant la personne est-elle respectée ? Cotation A, B, C, D							
Q 8	Droit d'expression	Conseil de la Vie Sociale, Réunions, Boîte à remarques					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Les usagers disposent-ils de moyens formels d'expression relatifs à la vie institutionnelle ? Cotation A, B, C, D							
Q 9	Droit d'expression	Formation					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire L'établissement met-il en place des formations concernant le droit d'expression et ses implications ? Cotation A, B, C, D							
Q 10	Respect du cadre institutionnel	Cahier des faits saillants, Dossier individuel					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Le règlement de fonctionnement est-il respecté par tous ? Cotation A, B, C, D							

IDDA Auto-évaluation	du	Référentiel 2.CAROLINE Edité le 18/06/2003
---------------------------------------	-----------	--

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
REFERENCE. 1.Production sociale THEME: 3.Projet individuel.							
Q 11	Projet individuel	Projet institutionnel, Projet individuel					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Existe-t-il une définition du projet individuel global? Cotation A, B, C, D							
Q 12	Projet individuel	Projet individuel, Participation des usagers, Procédure, Evaluation					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Existe-t-il une procédure écrite exposant les modalités d'élaboration du projet individuel global? Cotation A, B, C, D							
Q 13	Projet individuel	Projet individuel, Contrat de séjour, Participation des usagers					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Existe-t-il un document contractuel qui engage l'établissement et l'utilisateur autour du projet individuel de ce dernier? Cotation A, B, C, D							
Q 14	Projet individuel	Enquêtes, Statistiques					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Les usagers bénéficient-ils tous d'un projet individuel? Cotation A, B, C, D							
Q 15	Dossier individuel	Dossier et modalités de transmission, Confidentialité					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire L'ensemble des documents administratifs, sociaux, médicaux, ... nécessaires à la prise en charge des usagers sont-ils regroupés dans un dossier individuel unique? Cotation A, B, C, D							
Q 16	Dossier individuel	Projet individuel, Participation des usagers					

IDDA	Référentiel 2.CAROLINE
Auto-évaluation du	Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Un travail d'implication des usagers dans la gestion de leurs documents administratifs et sociaux est-il réalisé afin de favoriser leur gestion directe et leur autonomie? Cotation A, B, C, D							

IDDA	Référentiel 2.CAROLINE
Auto-évaluation	du
	Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
REFERENCE. 1.Production sociale							
THEME: 4.Gestion des ressources humaines.							
Q 17	Embauche	Actions d'information, Affichage					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Les avis de vacance de poste et les avis de concours sont-ils communiqués par voie d'affichage, pour information, dans l'établissement ? A:Toujours B:Souvent C:Quelques fois D:Jamais							
Q 18	Embauche	Livret d'accueil, Règlement interieur					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Existe-t-il un livret d'accueil pour les fonctionnaires et un règlement intérieur ? Cotation A, B, C, D							
Q 19	Information	Actions d'information, Formation du personnel					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Les nouveaux agents bénéficient-ils d'une information (ou d'une formation) spécifique suffisante concernant les différents types de handicaps accueillis dans l'établissement ? Cotation A, B, C, D							
Q 20	Information	Visite, Livret d'accueil, Actions d'information					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Avant sa prise de fonction, le nouvel agent a-t-il pu visiter l'établissement ? Cotation A, B, C, D							
Q 21	Information	Organigramme, Présentation					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Existe-t-il une information suffisante, dès l'entrée dans l'établissement, des fonctions de chaque personne ? Cotation A, B, C, D							

IDDA	Référentiel 2.CAROLINE
Auto-évaluation du	Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
Cotation A, B, C, D							
Q 22	Information	Fiches de Poste					
<p>GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire</p> <p>Existe-t-il des fiches de poste précisant les missions, fonctions et rôles de chacun des personnels de l'établissement ?</p> <p>A:Elles existent, sont écrites et respectées. B:Elles existent, sont respectées mais ne sont pas écrites. C:Elles existent mais ne sont pas respectées. D:Il n'existe aucune fiche de poste.</p>							
Q 23	Encadrement	Ratio moyenne nationale					
<p>GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire</p> <p>Comparé à la moyenne nationale, le ratio d'encadrement de l'établissement est-il</p> <p>Egal Inférieur Supérieur</p>							
Q 24	Encadrement	Organigramme, Projet institutionnel					
<p>GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire</p> <p>L'organigramme de l'établissement est-il adapté au projet d'établissement ?</p> <p>A:Totalement adapté. B:Partiellement adapté. C:Insuffisamment adapté. D:Non adapté.</p>							
Q 25	Formation	Plan de formation					
<p>GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire</p> <p>Les personnels recrutés disposent-ils des diplômes et titres requis pour occuper les postes auxquels ils sont affectés ?</p> <p>A:Toujours. B:Le plus souvent.</p>							

IDDA	Référentiel 2.CAROLINE
Auto-évaluation	du
	Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
	C:Parfois seulement. D:Jamais. Si non, une formation en cours d'emploi leur est-elle proposée ? A:Toujours. B:Souvent. C:Quelques fois. D:Jamais.						
Q 26	Formation	Plan de formation					
	GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire L'établissement utilise-t-il les moyens de formation nécessaires pour répondre : aux besoins institutionnels (adaptation au poste) Cotation A, B, C, D aux désirs d'évolution personnelle professionnelle (augmenter ou renouveler la motivation) Cotation A, B, C, D						
Q 27	Formation	Plan de formation					
	GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Existe-t-il une procédure de réalisation d'un plan de formation ? Cotation A, B, C, D						

IDDA	Référentiel 2.CAROLINE
Auto-évaluation	du
	Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
<i>REFERENCE. 1.Production sociale</i>							
<i>THEME: 5.Hygiène, sécurité et conditions de travail.</i>							
Q 28	Hygiène des lieux de travail	Procédure					
GRUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Existe-t-il une procédure concernant l'hygiène des sols et des surfaces ? Cotation A, B, C, D							
Q 29	Hygiène des lieux de travail	Règlement de fonctionnement, Règlement intérieur, Procédure, Projet d'atelier, Projet de service					
GRUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
L'implication des personnes à la prise en charge de l'hygiène et de l'entretien est-elle prévue et organisée ? Cotation A, B, C, D							
Q 30	Hygiène des personnes	Douches, Lavabos, Vestiaires, WC					
GRUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Un accès permanent et une utilisation des lieux d'hygiène nécessaires à tout travailleur sont-ils permis ? Cotation A, B, C, D							
Q 31	Hygiène des lieux de restauration	Procédures écrites, Procédure de contrôle					
GRUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Le système actuel de restauration présente-t-il des garanties d'hygiène ? Cotation A, B, C, D							
Q 32	Sécurité, Premiers secours	Procédure, Registre de pharmacie					
GRUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Les pratiques institutionnelles de premiers soins ont-elles reçu un avis de conformité du médecin du travail - procédures d'intervention de soins de confort ? - procédure d'intervention premiers secours ? Cotation A, B, C, D							

IDDA	Référentiel 2.CAROLINE
Auto-évaluation du	Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
Q 33	Sécurité, Premiers secours	Plan de formation					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Existe-t-il un plan de formation annuel aux gestes de premiers secours ? A:Oui, B:Non							
Q 34	Sécurité, Sécurité incendie	Affichage des consignes, Formation du personnel, Procédures écrites					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Existe-t-il une procédure écrite organisant la sécurité incendie ? Cotation A, B, C, D							
Q 35	Sécurité, Sécurité incendie	Contrôles de sécurité					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
L'établissement se soumet-il aux contrôles périodiques des installations de sécurité et des installations susceptibles d'être dangereuses ? Cotation A, B, C, D							
Q 36	Sécurité, Sécurité et postes de travail	Affichage des consignes, Contrôles de sécurité, Procédure, Vêtement de travail					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Le travail avec des outils et des machines dangereuses est-il encadré par des consignes et procédures ? Cotation A, B, C, D							
Q 37	Conditions de travail	Aménagement des locaux, Projet institutionnel, Projet d'atelier, Ergonomie, Conditions de travail					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Les aménagements des locaux sont-ils mis en oeuvre conformément au projet d'établissement et aux projets d'atelier ? Cotation A, B, C, D							
Q 38	Conditions de travail, Accessibilité	Contrôle des accès à l'établissement, Descriptif ou plan des locaux (plans inclinés,...)					

IDDA Auto-évaluation du	Référentiel 2.CAROLINE Edité le 18/06/2003
-----------------------------------	--

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Les locaux sont-ils accessibles à tous, notamment aux personnes à mobilité réduite ? Cotation A, B, C, D Les sanitaires sont-ils accessibles à tous (hommes / femmes, personnes à mobilité réduite) ? Cotation A, B, C, D							
Q 39	Signalétique	Descriptif ou plan des locaux (plans inclinés,...), Signalétique					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Existe-t-il un plan des locaux facilement visible par tous ? Cotation A, B, C, D Existe-t-il une signalétique des différents bureaux et ateliers (en noir, en braille) ? Cotation A, B, C, D							
Q 40	Signalétique	Affichage visible, Locaux, Signalétique					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Une signalétique informant les visiteurs de la présence de personnes non-voyantes dans l'établissement est-elle mise en place afin de sécuriser les entrées et les abords des locaux ? A:Oui, B:Non							
Q 41	Accessibilité	Enquêtes de satisfaction, Locaux					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Les environnements externes sont-ils sécurisés par rapport à l'accueil de personnes handicapées ? Cotation A, B, C, D							

IDDA

Auto-évaluation

du

Référentiel 2.CAROLINE

Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
REFERENCE. 1.Production sociale							
THEME: 6.Information et communication interne.							
Q 42	Système d'information	Actions d'information, Affichage visible, Cahier de suivi, Compte-rendu de réunions, Délais de transmission, Diffusion, Dossier individuel, Enregistrement et suivi, Mode de recueil d'information					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Des systèmes de diffusion et de mémoire de l'information sont-ils élaborés ? Cotation A, B, C, D							
Q 43	Système d'information	Projet institutionnel, Projet individuel, Projet de service, Projet d'atelier, Fiches de Poste					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Existe-t-il des supports écrits synthétiques d'information nécessaires à la reconnaissance par tous du fonctionnement institutionnel ? Cotation A, B, C, D							
Q 44	Système de communication	Conseil d'administration, Conseil de la Vie Sociale, CTE, CHSCT, Réunions					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Les instances réglementaires et les réunions de travail propres à l'établissement sont-elles régulièrement constituées ? Cotation A, B, C, D Leur rythmicité réglementaire est-elle respectée ? Cotation A, B, C, D Des solutions sont-elles mises en oeuvre pour pallier aux dysfonctionnements ? Cotation A, B, C, D							
Q 45	Système de communication	Projet institutionnel					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Existe-t-il un projet d'établissement ?							

IDDA	Référentiel 2.CAROLINE
Auto-évaluation du	Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
Cotation A, B, C, D							
A-t-il été élaboré avec l'ensemble des acteurs institutionnels ?							
A:Oui, B:Non							
Est-il formalisé ?							
A:Oui, B:Non							
Existe-t-il un suivi de mise en oeuvre et un suivi d'évolution ?							
A:Oui, B:Non							

IDDA	Référentiel 2.CAROLINE
Auto-évaluation du	Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
<i>REFERENCE. 1.Production sociale</i>							
<i>THEME: 7.Partenariat, relations avec l'extérieur.</i>							
Q 46	Partenariat	Convention (ou projet)					
<p>GRUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire</p> <p>Des modalités de partenariat sont-elles mises en oeuvre par l'établissement afin de favoriser la coordination, la complémentarité, et de garantir la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement de ses usagers ?</p> <ul style="list-style-type: none"> -réseau d'établissements sociaux et médico-sociaux -convention -GIE / GIP -syndicat interétablissement -groupement de coopération sociale et médico-sociale <p>Cotation A, B, C, D</p>							
Q 47	Partenariat	Convention (ou projet), Conseil de la Vie Sociale, Compte-rendu					
<p>GRUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire</p> <p>Ces modalités de partenariat sont-elles préalablement présentées au Conseil de la Vie Sociale ?</p> <p>Cotation A, B, C, D</p>							
Q 48	Relations avec l'extérieur	plaquette d'information, Portes ouvertes, Visite, Rencontres avec les partenaires, Bilan d'activité, Tableau de bord					
<p>GRUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire</p> <p>Des actions de communication de l'activité sociale de l'établissement (projet institutionnel) sont-elles mises en oeuvre auprès</p> <ul style="list-style-type: none"> -des financeurs -des partenaires permettant les orientations professionnelles vers le CAT -du réseau de proximité <p>Cotation A, B, C, D</p>							

IDDA	Référentiel 2.CAROLINE
Auto-évaluation	du
	Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
REFERENCE. 2.Production professionnelle							
THEME: 1.Système d'organisation de la production professionnelle dans les ateliers.							
Q 49	Activités	Organigramme des activités					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Le système d'offre d'activités professionnelles de l'établissement répond-il à des degrés diversifiés de demandes ?							
Cotation A, B, C, D							
Q 50	Activités	Evaluation professionnelle des usagers					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Le système d'offre d'activités professionnelles permet-il aux personnes d'évoluer, de diversifier leur savoir-faire ?							
Cotation A, B, C, D							
Q 51	Organisation du process, Délai	Evaluation professionnelle des usagers, Fiche de production					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Les délais proposés à chaque ouvrier sont-ils adaptés aux capacités de chacun ?							
Cotation A, B, C, D							
Q 52	Organisation du process, Distribution du travail	Projet d'atelier					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Existe-t-il une procédure de distribution du travail dans les ateliers ?							
Cotation A, B, C, D							
Q 53	Organisation du process, Distribution du travail	Fiche de production					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Des fiches de production destinées à assurer le suivi des productions sont-elles mises en place ?							
Cotation A, B, C, D							
Q 54	Organisation du process, Méthode	Projet d'atelier					

IDDA	Référentiel 2.CAROLINE
Auto-évaluation	du
	Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Existe-t-il une démarche de proposition et d'adoption de méthode de travail individualisée à appliquer face à une tâche particulière ? Cotation A, B, C, D							
Q 55	Organisation du process, Contrôle	Projet d'atelier					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Les phases de contrôle de la production sont-elles adaptées aux process et interviennent-elles en temps utile face aux difficultés rencontrées ? Cotation A, B, C, D							
Q 56	Organisation de l'atelier, Ergonomie	Projet d'atelier, Rapport d'analyse ergonomique des postes					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Le poste de travail et son outillage sont-ils adaptés aux capacités propres de chaque usager ? Cotation A, B, C, D							
Q 57	Organisation de l'atelier, Environnement de travail	Projet d'atelier					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Le projet d'atelier intègre-t-il la mise en conformité du poste de travail avec les règles de sécurité et d'hygiène ? Cotation A, B, C, D							
Le projet d'atelier permet l'expression et la participation de l'utilisateur, autant que cela est possible, à la sécurisation et à l'hygiène de son poste de travail et de son atelier ? Cotation A, B, C, D							
Q 58	Organisation de l'atelier, Affectation des locaux aux tâches à réaliser	Recueil des opinions					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Le système d'organisation de la production professionnelle offre-t-il les moyens d'une réflexion collective autour de l'affectation des locaux aux tâches à réaliser ? Cotation A, B, C, D							

IDDA	Référentiel 2.CAROLINE
Auto-évaluation	Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
REFERENCE. 2.Production professionnelle							
THEME: 2.Implication des usagers dans la vie commerciale de l'établissement.							
Q 59	Activités	Projet institutionnel, Projet d'atelier, Projet individuel					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Le CAT donne-t-il accès, dans son principe de fonctionnement général, à toutes les fonctions de l'entreprise ? -fabrication -gestion économique -gestion commerciale Cotation A, B, C, D							
Q 60	Gestion économique	Conseil de la Vie Sociale, Réunions d'atelier					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Les espaces de communication existants permettent-ils, de manière satisfaisante, la communication et l'information autour de la gestion économique des ateliers ? Cotation A, B, C, D Sont-ils utilisés dans une dynamique participative ? Cotation A, B, C, D							
Q 61	Gestion commerciale	Projet institutionnel, Projet d'atelier, Polyvalence					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Le projet d'établissement et les projets d'ateliers prévoient-ils des postes de travail permettant aux usagers qui le souhaitent de s'investir dans des fonctions de la gestion commerciale, dans le cadre de la vie de l'atelier ? Cotation A, B, C, D							
Q 62	Gestion commerciale	Soutien de premier type, Formation					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Dans le cadre d'une action de soutien de premier type, une formation à la gestion commerciale est-elle possible ? Cotation A, B, C, D Dans le cadre d'une action de soutien de premier type, une formation à la relation clientèle est-elle possible ? Cotation A, B, C, D							

IDDA Auto-évaluation	Référentiel 2.CAROLINE Edité le 18/06/2003
---------------------------------------	--

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
	Cotation A, B, C, D						
	Dans le cadre d'une action de soutien de premier type, une formation marketing est-elle possible ?						
	Cotation A, B, C, D						

IDDA	Référentiel 2.CAROLINE
Auto-évaluation	du
	Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
<i>REFERENCE. 3.Démarche qualité</i>							
<i>THEME: 1.Démarche qualité</i>							
Q 63	Auto-évaluation, Démarche, Méthode	Compte-rendu de réunions					
GRUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Les réponses à ce questionnaire ont-elles été discutées en équipe ? A:Oui, B:Non							
Si oui, avec une participation : des usagers ou de leurs représentants ? A:Oui, B:Non							
Si oui, avec une participation : des personnels d'aide et d'accompagnement ? A:Oui, B:Non							
Si oui, avec une participation : du personnel administratif ? A:Oui, B:Non							
Si oui, avec une participation : du personnel des services généraux ? A:Oui, B:Non							
Q 64	Gestion de la qualité	Plan pluriannuel d'amélioration de la qualité, Projets qualité					
GRUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
La direction a-t-elle défini une politique et planifié des objectifs pour l'amélioration de la qualité ? A:Oui, B:Non							
Existe-t-il une démarche structurée permettant une amélioration continue de la qualité, associant les usagers et les professionnels concernés ? A:Oui, B:Non							
Q 65	Champ, Démarche, Méthode	Compte-rendu de réunions, Compte-rendu de suivi, Projet d'atelier, Projet institutionnel, Résultats des enquêtes					
GRUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire							
Des enquêtes de satisfaction sont-elles menées auprès des usagers ? A:Oui, B:Non							

IDDA Auto-évaluation du	Référentiel 2.CAROLINE Edité le 18/06/2003
-----------------------------------	--

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
Les prestations effectuées en sous-traitance (ménage, soutien de premier type, soutien de second type, ...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ? A:Oui, B:Non							
Q 66	Formation, Personnel	Attestation de formation, Compte-rendu de réunions					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Le personnel a-t-il été sensibilisé et formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ? A:Oui, B:Non							
Q 67	Formation, Personnel	Attestation de formation					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Existe-t-il un référent formé aux principes et méthodes de la démarche d'amélioration continue de la qualité ? A:Oui, B:Non							
Q 68	Gestion de la qualité	Compte-rendu de réunions					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Existe-t-il des groupes de travail thématiques consacrés à l'amélioration de la qualité, associant les représentants des usagers et les professionnels concernés ? A:Oui, B:Non L'organisation et les pratiques engageant la qualité au sein de l'institution sont-elles identifiées ? A:Oui, B:Non Sont-elles formalisées pour être améliorées ? A:Oui, B:Non Sont-elles évaluées ? A:Oui, B:Non Les incidents et accidents donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ? A:Oui, B:Non							
Q 69	Gestion de la qualité	Affichage, Diffusion, Documents					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Les propositions d'amélioration de la qualité font-elles l'objet d'une validation explicite par la direction ?							

IDDA

Auto-évaluation

du

Référentiel 2.CAROLINE

Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
A:Oui, B:Non Après validation par la direction, des documents adaptés sont-ils élaborés par le personnel concerné ? A:Oui, B:Non La diffusion des documents destinés au personnel fait-elle l'objet d'un accompagnement organisé ? A:Oui, B:Non							
Q 70	Suivi	Evaluation, Fiches projet, Plan d'actions prévisionnel, Tableau de bord, Tableau de suivi individuel					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Existe-t-il un dispositif permettant de vérifier que les procédures sont connues de tous ? A:Oui, B:Non Existe-t-il un dispositif permettant de vérifier que les procédures sont effectivement appliquées ? A:Oui, B:Non Existe-t-il un suivi périodique des indicateurs qualité ? A:Oui, B:Non							
Q 71	Notification anomalies	Enregistrement des plaintes, Fiches de dysfonctionnement, Réponses apportées et délais					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Existe-t-il un système permanent de notification et de suivi des anomalies dans le champ de la vie quotidienne ? A:Oui, B:Non Existe-t-il un système permanent de notification et de suivi des anomalies dans le champ du travail ? A:Oui, B:Non							
Q 72	Démarche qualité	Compte-rendu de réunions, Processus, Tableau de suivi individuel					
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire L'avancement de la démarche d'amélioration de la qualité fait-il l'objet d'un suivi régulier ? A:Oui, B:Non							
Q 73	Communication, Transparence	Affichage, Diffusion, Documents					

IDDA	Référentiel 2.CAROLINE
Auto-évaluation du	Edité le 18/06/2003

Questions	Mots-clefs	Indicateurs	Réponse	Cotation	Point fort	Objectif	Commentaires
GROUPE DE TRAVAIL Groupe pluridisciplinaire Les actions d'amélioration de la qualité font-elles l'objet d'une communication interne et/ou externe ? A:Oui, B:Non							

ANNEXE 4

**INSTITUT DEPARTEMENTAL
de DEVELOPPEMENT de L'AUTONOMIE
ETABLISSEMENT PUBLIC
CENTRE D'AIDE PAR LE TRAVAIL**

LIVRET D'ACCOMPAGNEMENT AU REFERENTIEL CAROLINE

CAHIER EXPLICATIF DE QUESTIONNEMENT

100, Avenue de la Corse – 13007 Marseille – Tel : 04 95 09 35 66

INTRODUCTION

LES PRINCIPES

Qu'est ce que l'évaluation ?

L'évaluation a pour objectif d'analyser le fonctionnement de l'organisation institutionnelle et des pratiques. Elle est la possibilité de faire le point pour favoriser la réflexion. Il appartient aux acteurs institutionnels de l'initier et de la mettre en œuvre.

L'évaluation est souhaitable et indispensable :

- elle doit être intégrée à la vie de l'institution et se faire avec les usagers,
- elle doit être au service des acteurs institutionnel afin de les aider à rester critiques et créatifs.

Pourquoi évaluer ?

La loi n°2-2002 du 2 janvier 2002 rappelle l'importance de l'évaluation et de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

D'abord, elle recentre l'objectif central de ces établissements dans son article 7 : ils assurent à leurs usagers « une **prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité** favorisant [leur] développement, [leur] autonomie et [leur] insertion (...) »⁴⁹.

Ensuite, elle précise dans son article 22 que chaque institution doit « **procéder à l'évaluation** de ses activités et de la qualité des prestations qu'il délivre »⁵⁰.

Par ailleurs, le projet d'établissement de l'IDDA, élaboré avec l'ensemble des acteurs de l'Institut, précise ses objectifs d'action :

- 'un accompagnement personnalisé dans un processus de travail adapté'
- 'une activité de production support et moyen d'une activité sociale'

⁴⁹ Art. L. 311-3, alinéa 3 code de l'action sociale et des familles.

⁵⁰ Art. L. 312-8 code de l'action sociale et des familles.

Quel est l'objectif de l'évaluation ? La mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

La démarche d'amélioration continue de la qualité est une dynamique qui permet d'améliorer petit à petit le fonctionnement et les prestations fournies par l'établissement. En effet, l'évaluation ne se suffit pas à elle-même, elle n'a d'intérêt qu'intégrée dans une dynamique à long terme.

L'outil d'évaluation doit donc permettre :

- 1- Un état des lieux objectif afin de déterminer des points forts et des points faibles
- 2- L'élaboration d'un plan d'action d'amélioration de la qualité.

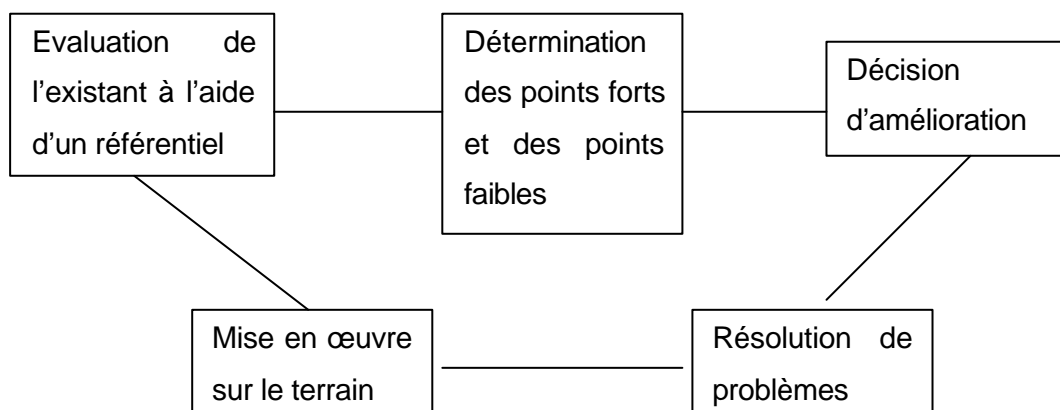
La dynamique lancée va donc se dérouler selon plusieurs étapes :

*Dans un premier temps, il s'agit d'évaluer, donc de poser des questions à l'établissement et à son fonctionnement pour connaître exactement ce qui est fait et comment. C'est un état des lieux initial qui est alors établi.

*A partir des réponses fournies aux questions, dans un second temps, seront déterminées les points forts et les points faibles de l'établissement.

*Ensuite, ces points faibles seront hiérarchisés, priorisés et un plan d'amélioration de la qualité sera établi. Celui-ci sera basé sur la recherche collective de solutions à ces dysfonctionnements. Les solutions trouvées seront ensuite mises en place.

*Enfin, au bout d'un an, une nouvelle évaluation sera réalisée qui nous permettra de voir les évolutions de l'établissement et l'amélioration de sa qualité, suite à la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité.



LA MÉTHODE⁵¹

L'outil d'auto évaluation a pour but d'aider l'établissement à réaliser un état des lieux initial puis périodique en identifiant ses points forts et ses points faibles au regard de la qualité, afin de l'aider à définir les objectifs d'amélioration nécessaires.

a) Principes généraux

La pratique de l'auto évaluation doit être préparée. La communication est essentielle à toutes les étapes de la démarche (principe de l'évaluation, enjeux, méthode, outil, utilisation des résultats). Chacun, selon son domaine de compétence, doit participer à cet état des lieux, tant initial que périodique, et ce quelle que soit sa fonction.

Ethique de l'évaluation : l'auto évaluation ne saurait donner lieu à des manipulations ou à des conflits. Elle a d'abord pour objet d'évaluer le fonctionnement des organisations et des pratiques, et non les personnes.

L'organisation de la démarche nécessite une bonne gestion du temps, souvent en plusieurs étapes, selon un échéancier à établir.

Les objectifs et la méthode utilisée sont ici formalisés et accessible à tous. Ils doivent être rappelés brièvement au début de chaque réunions ainsi que le respect des règles déontologiques (respect des personnes et secret professionnel).

b) Recueil des données

Les réponses aux questions seront apportées de façon collective en se basant sur des éléments objectifs. Les soucis d'impartialité et de mesure doivent être constants. Il peut être nécessaire de comparer les différentes sources d'information.

⁵¹ D'après le guide d'accompagnement, *Améliorer la qualité en EHPAD*, de l'outil d'évaluation ANGELIQUE.

c) Analyse

Objectif : état des lieux objectif permettant de préciser les points forts et les points faibles.

Identification des points forts :

-repérer les aspects positifs même ponctuels pouvant éventuellement servir d'exemple.

-vérifier la permanence des points forts constatés lors des précédentes auto évaluations.

-éviter de renforcer en priorité un point fort alors qu'il existe encore des sous-qualités réelles (points faibles) ailleurs nécessitant des actions urgentes.

-faciliter la communication et la mobilisation (si il y a communication sur la valorisation des points forts, alors la communication et la valorisation autour des points faibles sera meilleure).

Identification des points faibles :

-repérer les points faibles même ponctuels.

-hiérarchiser ces points faibles à partir de critères de gravité et de possibilités d'action.

-élaborer des objectifs et des modalités d'action pour agir sur ces points faibles en prenant en compte l'ensemble du fonctionnement de l'établissement.

-définir les critères d'évaluation d'amélioration de la qualité concernant les actions menées autour de ces points faibles.

-vérifier, lors des auto évaluations ultérieures, le niveau de réalisation des objectifs tant sur les points faibles que sur le fonctionnement général de l'établissement.

-redéfinir des modalités d'actions et leurs délais pour les objectifs non atteints, ou partiellement réalisés.

d) Le rapport d'évaluation

La communication des résultats en interne en cours d'évaluation est importante.

L'information doit être traitée afin de rédiger le rapport d'évaluation à présenter au Conseil d'administration et au conseil de la vie sociale (ou conseil d'établissement). Le rapport d'évaluation est élaborer à la fin du bilan initial (puis de chaque évaluation périodique).

Exemple de plan de rédaction :

- Descriptif : *méthode employée
 - *descriptif de l'établissement
 - *résultats de l'auto évaluation aux différents items
- Analyse des résultats : *points forts
 - *points faibles
- Recherche de solutions alternatives :
 - *objectifs, moyens, actions, délais proposés par l'établissement pour supprimer les écarts constatés
 - *propositions d'indicateurs de suivi, élaboration de tableaux de bord
 - *délais des évaluations périodiques et des méthodes à employer
- Commentaires et observations, annexes éventuelles

*LE PLAN D'ACTION*⁵²

L'auto évaluation a pour ambition de favoriser le dialogue, tant avec le personnel de l'établissement qu'avec les autres intervenants extérieurs. Une démarche participative est indispensable tant au niveau du bilan initial, qu'à l'occasion de l'analyse et de la mise en œuvre des actions d'amélioration.

A partir des données de l'évaluation, les points faibles sont identifiés et hiérarchisés, et un plan d'action interne est élaboré par l'établissement. Il détaille les modalités d'action, les moyens, les responsabilités et les délais de réalisation de chacun des objectifs.

Pour les actions importantes et/ou complexes, le plan d'action est ensuite décomposé en « fiches projet » permettant la mise en œuvre puis le suivi périodique de chacune des actions correctives décidées.

L'évaluation des résultats obtenus par rapport aux objectifs nécessite un suivi et une évaluation périodique. En cas d'écarts avec les objectifs prévus, une analyse des causes devra être réalisée.

⁵² Ibid.

Encadré 8 : Plan d'action interne prévisionnel (1)

Nom EHPAD :		Plan d'amélioration de la qualité 2001 – 2005							
Date d'émission :		Outil de référence « version 1 »							
Date de fin prévue :		Pilote :							
		Mois (3)							
Actions d'amélioration (2)	Responsable d'action	09/00	10/00	11/00	12/00	01/01	02/01	03/01	...
1		X	X						
2			X	X	X	X			
3				X					
4						X	X		
5					X	X	X		
etc									
Date de réalisation complète du plan									

- (1) confronter périodiquement le plan prévu (travail prescrit) et l'état d'avancement des travaux (travail réel)
 (2) prévoir une « fiche projet » pour chacune des actions d'amélioration (cf. encadré 9)
 (3) indiquer si besoin les "jalons" ou événements importants prévus au terme d'étapes clés

Encadré 9 : Le contenu de la fiche projet

- Le thème, le problème à résoudre (quoi).
- La problématique actuelle rédigée succinctement : organisation ou pratique défailante (pourquoi).
- Le responsable de projet concerné (qui).
- Les personnes concernées (qui).
- Les objectifs et résultats attendus (quoi).
- La prévision des étapes à suivre (comment).
- Les modalités de l'évaluation et les indicateurs permettant de considérer l'objectif comme atteint.
- Les ressources (composition du groupe de travail éventuel, etc...) (avec qui, avec quoi).
- La date de réalisation (quand) et ses étapes intermédiaires.
- Les éléments de pérennité du projet (organisation, acteurs, documents, etc.).

Encadré 10 : Plan d'action prévisionnel et fiches projets associées

Nom EHPAD :		Plan d'amélioration de la qualité 2001 – 2005							
Date d'émission :		Outil de référence « version 1 »							
Date de fin prévue :		Pilote :							
		Mois							
Actions d'amélioration	Responsable d'action	09/00	10/00	11/00	12/00	01/01	02/01	03/01	...
1		X	X						
2			X	X	X	X			
3		FICHE PROJET 1							
4						X	X		
5		FICHE PROJET 2							
etc									
Date de réalisation complète du plan									

FICHE PROJET 1

FICHE PROJET 2

FICHE PROJET 3

FICHE PROJET 4

FICHE PROJET 5

PRODUCTION SOCIALE

PRODUCTION SOCIALE

Dans la construction de son outil d'évaluation, le CAT IDDA a choisit de distinguer trois champs (que l'on nommera références) : -la production sociale,
-la production commerciale,
-la démarche qualité,
qui vont permettre d'analyser «les activités et la qualité des prestations offertes aux usagers » (art. L.312-8 Code de l'action sociale et des familles).

La **production sociale** s'entend comme l'ensemble des activités et prestations réalisées dans l'établissement ayant pour « client » les usagers et les personnels travaillant dans l'Institut.

Objectifs généraux

Il s'agit de s'interroger à la fois sur le produit fini réalisé : la prestation, et sur l'organisation et le mode de gestion de l'Institut.

Les prestations offertes aux usagers correspondent, selon la circulaire 60 AS du 8 décembre 1978, à l'activité professionnelle, aux soutiens de premier type et aux soutiens de second type. Elles apparaissent directement dans l'élaboration du projet individuel de chaque usager. A celles-ci s'ajoutent la procédure d'accueil et d'admission et le respect des droits des usagers.

L'évaluation de **l'organisation et du mode de gestion de l'établissement** portera, outre le management de la qualité qui fait l'objet d'un chapitre à part entière, sur la gestion des ressources humaines, sur l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, sur l'information et la communication en interne et sur le partenariat et les relations avec l'extérieur.

Objectifs opérationnels

Ainsi, seront évalués, sous cette référence «Production sociale », les thèmes suivants :

- Accueil et Admission
- Droits et devoirs des personnes
- Projet individuel
- Gestion des ressources humaines
- Hygiène, sécurité et conditions de travail
- Information et communication en interne
- Partenariat, relations avec l'extérieur.

ACCUEIL ET ADMISSION

Demande de renseignements :

Q1- Une procédure est-elle mise en place pour répondre aux demandes de renseignements ou d'informations ?

➤ Toute demande de renseignements ou d'informations doit recevoir une réponse satisfaisante. Il s'agit de savoir qui a la fonction d'assurer l'accueil de cette demande, qui doit y répondre, et ce qui doit être dit.

L'objectif est que chaque demande identique reçoive exactement la même réponse, que celle-ci soit appropriée et de qualité. La réponse ne doit pas varier en fonction de la personne qui la propose.

Pré-admission :

Q2-Existe-t-il un livret d'accueil, un règlement de fonctionnement, un contrat de séjour et une charte des usagers ?

➤ Les documents cités doivent non seulement exister (articles L.311-4 et L.311-7 Code de l'action sociale et des familles) mais être conformes aux préconisations des réglementations (décrets d'application de la loi du 2 janvier 2002, non encore parus).

➤ Ils doivent être systématiquement remis au nouvel usager lors de la procédure d'admission. L'établissement devra aussi, pour faciliter la cohésion du groupe et l'appropriation de normes et valeurs communes, le remettre aux usagers présents depuis plus longtemps.

➤ L'utilisateur doit pouvoir les lire. Ces documents doivent être non seulement lisibles (support approprié : écrit en noir, gros caractères, braille, voire dicté sur cassette audio), mais aussi intelligibles (rédaction appropriée, vocabulaire approprié...).

Proposition d'analyse de la lisibilité et de l'intelligibilité : à court terme, on se basera sur les retours de l'utilisateur lors de la remise. À plus long terme : un questionnaire de satisfaction pourra être proposé à la fin de la période d'essai sur l'ensemble de l'accueil et de l'admission (sorte de bilan ?).

➤ Un échange est préconisé par l'institution (projet d'établissement) pour favoriser la bonne compréhension de ces documents ainsi que leur acceptation. L'utilisateur sera

fortement incité à poser des questions, à donner son avis, etc. Cet échange doit avoir lieu en individuel autant avec le nouvel usager qu'avec les usagers plus anciens.

Q3- Existe-t-il une procédure d'admission du nouvel usager ?

➤ Avant toute décision d'admission d'un nouvel usager, un processus est mis en œuvre pour prendre cette décision. L'admission n'est pas une décision prise au hasard, mais elle relève d'une réflexion entre l'équipe du CAT et la personne demanderesse sur l'opportunité d'un travail ensemble.

➤ La procédure a pour objet de détailler de manière précise les rôles et fonctions de chacun ainsi que leurs interactions réciproques. L'idée est d'avoir de manière précise une représentation de la manière dont se déroule l'admission de chaque nouvel usager. Il s'agit aussi de s'assurer que chaque nouvelle admission se déroule de la même manière et non que l'accueil de la personne puisse fluctuer en fonction des variations climatiques...

➤ Ne peuvent bénéficier de la procédure d'admission que les personnes qui détiennent une décision d'orientation vers un CAT rendue par la COTOREP pour une période d'essai, généralement de six mois (Circulaire 60 AS 08/12/1978).

➤ Le but de la procédure d'admission est, d'une part, de préparer la période d'essai et, d'autre part, de mieux connaître le futur usager et d'entendre ses besoins en terme d'accompagnement et de projet individuel.

➤ La procédure d'admission se met en place avec une série d'entretiens entre les différents membres de l'équipe sociale et la personne demanderesse. A l'issue de chaque rencontre, le travailleur social doit avoir réuni un ensemble d'informations concernant l'usager. Il doit aussi avoir donné à l'usager un ensemble d'informations.

Préconisation : posséder des sortes de «check-list » permettant à chaque travailleur social d'avoir un rappel des informations qu'il ne doit pas oublier de prendre, et celles qu'il ne doit pas oublier de donner.

➤ La procédure actuelle correspond aux étapes suivantes :

Lors d'un premier entretien l'usager rencontre le directeur ou le chef de service qui lui transmet les informations concernant :

-le fonctionnement de l'établissement

-ses missions

-les différentes prestations et services que l'établissement

propose (activités de premier type, activités de second type, SAE, SAVS)

-les droits et obligations des usagers

- les autres types de handicaps accueillis
- etc....

Une seconde rencontre a lieu avec la psychologue de l'établissement. Elle donne lieu à une évaluation individuelle portant sur :

- les motivations
- le parcours professionnel et de formation
- les difficultés de vie énoncées
- la spécificité du handicap
- le désir de choix professionnel

Une troisième rencontre avec l'assistante sociale permet de connaître plus précisément :

- les données administratives concernant l'usager
- ses ressources
- son logement
- sa vie familiale

-... A COMPLETER AVEC L'ASSISTANTE SOCIALE

Enfin, une mise en commun des informations obtenues par les différents membres de l'équipe est réalisée lors d'une réunion de synthèse.

Lors des rencontres de pré admission, une visite de l'établissement est effectuée avec l'usager. Il s'agit d'intégrer le travail de la personne dans un tout.

Cette visite devra faciliter une présentation formelle du nouvel usager tant aux autres membres de son futur atelier, qu'à l'ensemble de l'établissement. L'objectif est de faciliter son intégration dans le groupe.

Une interrogation peut aussi se poser autour de la possibilité d'un accueil du nouvel usager par un autre usager, plus ancien, ayant le même handicap.

Enfin, tous les documents concernant la prise en charge de l'usager et son accompagnement doivent être conservés dans un document unique que l'usager pourra consulter à sa demande (Article L.311-3 alinéa 5 Code de l'action sociale et des familles).

Q4- Lors de la décision d'admission, un pré-projet d'accompagnement individualisé est-il mis en place ?

➤ L'idée de pré-projet signifie la mise en mots d'objectifs à court terme concernant la prise en charge du nouvel usager.

➤ Ce pré-projet doit être rédigé en collaboration : équipe sociale, équipe technique, avis médical (écrit ou présence du médecin du travail) et usager concerné. L'usager devra signer ce document qui correspond à son contrat de séjour ou document individuel de prise en charge (Article L.311-4 Code de l'action sociale et des familles et décret d'application non encore paru).

- 4e pré-projet peut signifier la mise en place d'actions d'accompagnement par des partenaires extérieurs en convention avec l'établissement et en accord avec l'utilisateur.
- Une interrogation peut se poser autour du nombre de fois que l'équipe sociale se rencontre pendant la période d'essai autour du nouvel usager pour la mise en œuvre et l'adaptation de son projet individuel.

La procédure aboutit-elle à une réunion de synthèse permettant d'exprimer un avis sur l'admission de l'utilisateur au terme de la période d'essai ?

- La réunion de synthèse permet de rendre un avis concernant l'admission ou la réorientation de l'utilisateur. La décision est retenue de manière collégiale en confrontant les différents points de vue des acteurs impliqués dans la procédure d'admission. [Cette décision devra aussi se baser sur un avis médical rendu par le médecin du travail.]
- Un document exposant l'avis pris est envoyé à la COTOREP (circulaire 60 AS 08/12/1978). Il devra être lu à l'utilisateur en vue d'obtenir son accord.

Choix de l'atelier et accueil dans l'atelier :

Q5- L'affectation professionnelle dans un atelier fait-elle l'objet d'une discussion entre l'équipe d'encadrement et l'utilisateur concerné ?

- L'utilisateur a-t-il la possibilité de s'initier aux différentes activités offertes par l'établissement afin de permettre un choix de son activité professionnelle ?
Réflexion sur la notion de polyvalence prônée par certains usagers et ayant eu une existence de par le passé, qu'en est-il aujourd'hui ?

- L'utilisateur est-il orienté vers un atelier plutôt en fonction de son choix / de ses compétences ou capacités / des besoins de l'établissement ?

Il s'agit de recueillir l'avis de la personne concernant son choix d'orientation professionnelle, de l'entendre, de le prendre en compte et de le discuter avec lui. L'affectation à un poste de travail est négociée (Article L.311-3 alinéa 3 Code de l'action sociale et des familles).

➤ La fonction de production doit être considérée comme un support à l'évolution de la personne.

Suivi pendant la période d'essai :

Q6- Existe-t-il un suivi spécifique des stagiaires (suivi technique, social, administratif, psychologique...)

➤ La période d'essai doit permettre d'établir la capacité de travail actuelle ou potentielle de l'utilisateur (circulaire 60 AS 08/12/1978).

➤ La période d'essai doit être mise à profit par le CAT pour dispenser aux personnes accueillies l'information et les éléments de formation nécessaires aux types d'activités pratiquées dans l'établissement (circulaire 60 AS 08/12/1978).

➤ La période d'essai doit permettre à l'équipe sociale de mettre en œuvre le pré-projet individuel et de le réajuster aux besoins et demandes de l'utilisateur. Pour ce faire, un suivi social, administratif et psychologique spécifique est élaboré.

DROITS ET DEVOIRS DES PERSONNES

Confidentialité :

Q7- La confidentialité des informations concernant la personne est-elle respectée ?

➤ Tout usager d'un établissement ou service social et médico-social a droit, de la part des professionnels, à la confidentialité et à l'accès à toutes les informations le concernant (Droits des usagers du secteur social et médico-social, « confidentialité des informations les concernant », art. L.311-3 alinéa 4 et 5 Code de l'action sociale et des familles).

➤ Il s'agit ici de s'interroger sur la procédure d'accès au dossier individuel des usagers :

- les modalités prévoyant l'accès par l'utilisateur lui-même à son dossier
- les moyens matériels mis en œuvre par les professionnels pour préserver l'information qu'ils détiennent concernant l'utilisateur.

➤ D'autre part, un questionnement de la sensibilisation et de l'information de l'ensemble du personnel au devoir de confidentialité doit être mené.

Droit d'expression :

Q8- Les usagers disposent-ils de moyens formels d'expression relatifs à la vie institutionnelle ?

➤ L'établissement doit offrir à ses usagers les moyens de leur expression et de leur participation à la vie institutionnelle.

➤ Ces moyens peuvent être de divers ordres, on retiendra ici comme indicateurs l'existence et le fonctionnement

- du Conseil de la Vie sociale,
- des réunions d'atelier,
- des délégués d'atelier,
- de la boîte à suggestion

Q9- *L'établissement met-il en place des formations concernant le droit d'expression et ses implications ?*

➤ Derrière ce droit d'expression est entendu l'accompagnement des individus à la citoyenneté. Une formation peut permettre d'atteindre cet objectif.

Respect du cadre institutionnel :*

Q10- *Le règlement de fonctionnement est-il respecté par tous ?*

➤ L'établissement porte-t-il une attention particulière au respect par tous du cadre de fonctionnement ?

➤ Existe-t-il une réelle appropriation par tous les acteurs professionnels de la notion de cadre ?

Selon deux dimensions : -devoir de l'institution d'être garant du cadre

-devoirs des personnes de respecter ce cadre

➤ Existe-t-il des moyens suffisants pour vérifier le respect par tous du cadre ?

-formation

-réflexion sur la pratique professionnelle

-outil disciplinaire

-cahier des faits saillants + aide à la répartition du traitement des faits saillants

PROJET INDIVIDUEL

L'évaluation du « projet individuel » correspond à un questionnement du CAT sur sa manière de répondre à l'idée de « mettre l'utilisateur au cœur du dispositif ». Le projet individuel est une des modalités qui permettent un accompagnement individualisé de la personne (et non une prise en charge selon une simple approche collective), parmi d'autres éléments tels que les espaces mis en place permettant la participation des usagers ou encore l'offre d'activités professionnelles diversifiées permettant de prendre en considération les spécificités de chacun.

Projet individuel :

Q11- Existe-t-il une définition du projet individuel global ?

➤ Le projet d'établissement doit prévoir en son sein la définition institutionnelle du projet individuel. Celle-ci se décompose entre d'une part, un projet individuel d'activité professionnelle, (PIAP) et, d'autre part, un projet individuel d'accompagnement social (PIAS).

➤ Le projet individuel global doit être écrit et stipuler, d'une part, l'activité professionnelle exercée par la personne ainsi que ses souhaits éventuels d'évolution ou de changement ; et, d'autre part, définir les types de soutiens requis par la personne (soutien de premier type, soutien de second type, cf. circulaire 60 AS 08/12/1978) et leur modalité de prise en charge (en intra ou en extra).

Q12- Existe-t-il une procédure écrite exposant les modalités d'élaboration du projet individuel global ?

- La procédure d'élaboration du projet individuel global doit prendre en compte :
- les modalités de participation de la personne à son élaboration,
 - les modalités d'évaluation des capacités et compétences techniques et professionnelles, ainsi que des capacités sociales de la personne,
 - les prestations proposées (activité professionnelle, soutien de premier type, soutien de second type),
 - l'évaluation de la réalisation des actions,

-la procédure d'actualisation et de suivi du projet individuel

➤ Les modalités de participation de la personne à l'élaboration de son projet individuel se déclinent à la fois autour du lancement du projet (le projet peut émaner d'une demande de la personne, être suscité par l'encadrement technique ou social...) et autour de son suivi (présence de l'utilisateur lors de l'écriture du projet, lors des bilans de suivi et d'évolution, implication lors des démarches réalisées pour (et avec) lui...) [Droits des usagers du secteur social et médico-social, « participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne », art. L.311-3 alinéa 7 Code de l'action sociale et des familles]

➤ L'évaluation des capacités et compétences techniques et professionnelles, ainsi que l'évaluation des capacités sociales de la personne, dans le but de réalisation d'un projet individuel, doivent être réalisés selon une procédure particulière qui implique l'ensemble des acteurs concernés. Cette procédure doit être renouvelée périodiquement. Concernant les soutiens de type formation, la demande de formation, qu'elle soit faite auprès d'intervenants en intra ou en extra, doit faire l'objet d'un « cahier des charges » complet qui s'appuie essentiellement sur les souhaits professionnels de la personne. A partir de celui-ci, une évaluation finale devra avoir lieu afin de vérifier les apprentissages acquis.

Les formations en interne doivent être prévues dans les projets d'atelier. Ceux-ci doivent inclure les modalités de réponses aux besoins d'apprentissage et aux moyens à mettre en œuvre pour répondre à ceux-ci.

➤ La procédure d'actualisation et de suivi du projet individuel doit avant tout s'interroger sur la réponse apportée à la demande de l'utilisateur. Celle-ci a-t-elle été satisfaisante au regard des besoins exprimés et implicites ? Elle doit aussi analyser ce qui a fonctionné ou non afin d'engendrer à partir de cette analyse une dynamique de motivation dans l'institution.

Q13- Existe-t-il un document contractuel qui engage l'établissement et l'utilisateur autour du projet individuel de ce dernier ?

➤ Le CAT doit, à partir du projet individuel réalisé, élaborer un document contractuel de prise en charge. Ce document devra être signé par les deux parties. Il devra être actualisé de manière régulière.

➤ « Un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement

dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. » Art. L.314-4 al.3 Code de l'action sociale et des familles.

Q14- Les usagers bénéficient-ils tous d'un projet individuel ?

➤ Il s'agit ici d'apprécier d'un point de vue quantitatif l'élaboration des projets individuels globaux au sein du CAT.

Dossier individuel :

Q15- L'ensemble des documents administratifs, sociaux, médicaux,... nécessaires à la prise en charge des usagers sont-ils regroupés dans un dossier individuel unique ?

➤ Ce dossier doit à la fois contenir l'ensemble des informations administratives, sociales, médicales, etc. de l'utilisateur et les documents relatifs à son projet individuel.

➤ Les informations contenues dans ce dossier individuel doivent être tenues confidentielles (Droits des usagers du secteur social et médico-social, « confidentialité des informations les concernant », art. L.311-3 alinéa 4 Code de l'action sociale et des familles).

➤ Les usagers doivent pouvoir consulter leur dossier individuel (Droits des usagers du secteur social et médico-social, « accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge », art. L.311-3 alinéa 5 Code de l'action sociale et des familles). Le livret d'accueil prévoit les modalités de consultation de celui-ci.

Q16- Un travail d'implication des usagers dans la gestion de leurs documents administratifs et sociaux est-il réalisé afin de favoriser leur gestion directe et leur autonomie ?

➤ L'appropriation de son dossier individuel par l'utilisateur doit être conçue, selon le projet d'établissement et les valeurs institutionnelles, comme un outil d'autonomie. L'utilisateur participe à l'élaboration du dossier durant sa période d'admission, il s'approprie

sa composition et la gestion même des documents devra peu à peu être réalisée par lui-même de manière autonome, dès lors que cela est possible.

➤ Le projet individuel global figure au sein du dossier individuel ; et, la construction du dossier individuel est un acte pédagogique qui fait partie intégrante du projet individuel d'accompagnement social.

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.

C'est essentiellement la capacité de l'équipe de direction à animer son équipe, à lutter contre la démotivation, à stimuler ses capacités innovantes, qui est interrogée ici.

Embauche :

Q17- Les avis de vacances de poste et les avis de concours sont-ils communiqués par voie d'affichage, pour information, dans l'établissement ?

- Il s'agit de permettre une bonne information concernant les postes qui sont créés ou qui deviennent vacants en interne.
- Cette information donne la possibilité aux personnes qui le souhaitent de se renseigner sur les conditions requises pour pouvoir déposer une candidature.

Q18- Existe-t-il un livret d'accueil des fonctionnaires et un règlement intérieur ?

- L'objectif du livret d'accueil fonctionnaires est de donner à toute nouvelle personne embauchée des informations, d'une part, sur l'établissement et son fonctionnement, et, d'autre part, sur les règles de la fonction publique hospitalière.
- Ce document doit donc contenir une information sur :
 - les missions de l'établissement
 - les différents types de handicaps accueillis
 - les droits et les obligations des fonctionnaires
 - l'embauche
 - l'avancement
 - les possibilités d'évolution de carrière et de formation
 - les sanctions disciplinaires
 - ...
- L'objet du règlement intérieur est d'établir une différence entre ce document, qui aura plus vocation à fixer les droits et les obligations des différents personnels travaillant dans l'institution, et le règlement de fonctionnement, qui s'applique plus spécifiquement aux usagers.

➤ Ces deux documents doivent être systématiquement remis au nouveau personnel embauché.

De plus, il sera intéressant de les remettre à chacun des membres du personnel et de faciliter une discussion et un questionnement de tous autour de ceux-ci.

➤ Ces documents doivent être non seulement lisibles (support approprié : écrit en noir, gros caractères, braille, voire dicté sur cassette audio), mais aussi intelligibles (rédaction appropriée, vocabulaire approprié...).

➤ Une enquête, même succincte, auprès des personnes à qui ils auront été remis, devra être menée afin de savoir si les informations diffusées par ce biais sont suffisantes.

Information :

Q19- Les nouveaux agents bénéficient-ils d'une information (ou d'une formation) spécifique suffisante concernant les différents types de handicaps accueillis dans l'établissement ?

➤ L'idée est de permettre aux moniteurs d'atelier, mais aussi aux personnels de l'ensemble des services, de connaître les différents types de handicaps, leur spécificité et les moyens de leur prise en charge. Cette information permettra à chacun d'accepter plus facilement la différence de l'autre, de la parler et de savoir comment accompagner les personnes accueillies en respectant leur singularité.

Q20- Avant sa prise de fonction, le nouvel agent a-t-il pu visiter l'établissement ?

➤ L'objectif est de permettre au nouvel agent de comprendre le fonctionnement de l'établissement, notamment par la visualisation de son architecture et le repérage de la localisation des différentes activités.

Q21- Existe-t-il une information suffisante, dès l'entrée dans l'établissement, des fonctions de chaque personne ?

➤ Cette information peut être diffusée par deux moyens aussi essentiels l'un que l'autre : la présentation systématique du nouvel agent à l'ensemble du personnel de l'établissement et la communication d'un organigramme.

- La présentation à l'ensemble des personnes travaillant dans l'institution permet la prise de connaissance avec chacun, le repérage des fonctions de chacun et l'intégration de son futur emploi dans un tout, dans le global de l'institution.
- Elle permet, d'autre part, la diffusion d'une information sur les rôles, places et fonctions de chacun.

Q22- Existe-t-il des fiches de poste précisant les missions, fonctions et rôles de chacun des personnels de l'établissement ?

- L'existence de fiches de postes écrites permet la pérennisation dans le temps de l'information concernant les fonctions de chacun. Toute personne dans le doute peut s'y reporter pour obtenir une information succincte sur telle ou telle fonction.
- Deux problèmes éventuels sont à surveiller : ces fiches doivent être respectées par chacun des acteurs institutionnels ; elles doivent être, d'autre part, périodiquement actualisées. Une veille doit être établie.

Encadrement :

Q23- Comparé à la moyenne nationale, le ratio d'encadrement de l'établissement est-il égal, inférieur, supérieur ?

- Il s'agit de savoir si l'établissement possède un nombre suffisant de personnel dans ses différents services. La réponse ne pouvant être obtenue dans l'absolu, on s'attachera ici à faire une comparaison avec la moyenne nationale de ratio d'encadrement pour le même type d'établissement.

Q24- L'organigramme de l'établissement est-il adapté au projet d'établissement ?

- L'idée est que le nombre de personnel n'est pas en soit un indicateur, il doit servir un projet d'établissement et permettre sa mise en œuvre dans les meilleures conditions possibles. L'objectif est avant tout de répondre aux besoins des usagers.

Formation :

Développer une politique de formation, orientée vers la qualification, l'acquisition de compétences et le renforcement de la motivation.

Q25- Les personnels recrutés disposent-ils des diplômes et titres requis pour occuper les postes auxquels ils sont affectés ?

➤ Il s'agit, d'une part, d'offrir aux usagers une prise en charge et un accompagnement de qualité (Article L.311-3 alinéa 3 Code de l'action sociale et des familles), et, d'autre part, de permettre un travail en équipe le plus efficace possible.

Si non, une formation en cours d'emploi leur est-elle proposée ?

➤ L'objectif est de remédier aux défauts de détention des diplômes et titres requis afin de permettre aux professionnels d'avoir la formation adéquate par rapport au poste qu'ils occupent.

Q26- L'établissement utilise-t-il les moyens de formation nécessaires pour répondre aux besoins institutionnels (adaptation au poste) ? Aux désirs d'évolution personnelle professionnelle (augmenter ou renouveler la motivation) ?

➤ Il s'agit à la fois de répondre aux besoins de l'institution correspondant à son projet d'établissement et à ses évolutions internes.

➤ D'autre part, les besoins de chacun des personnels de formation, que ce soit initiale ou continue, doivent être entendus, pris en compte et discutés.

Q27- Existe-t-il une procédure de réalisation d'un plan de formation ?

➤ Il existe un plan de formation annuel, voire pluriannuel, intégrant les formations individuelles et les formations d'équipes, initiales et continues.

- Sa procédure de réalisation tient compte de
- recueil des besoins institutionnels
 - recueil des demandes

- calendrier
- priorisation des actions de formation
- budget
- etc.

HYGIÈNE, SÉCURITÉ ET CONDITIONS DE TRAVAIL

L'hygiène est estimée nécessaire dans un lieu de travail (ateliers mais aussi bureaux). Elle est considérée comme étant un bien commun dans l'institution. Son maintien relève de la responsabilité de chacun, autant des personnels des services généraux que de chaque travailleur qui est responsable de son poste de travail.

Hygiène des lieux de travail :

Q28- Existe-t-il une procédure concernant l'hygiène des sols et des surfaces ?

- Cette procédure prévoit-elle des délais entre chaque nettoyage ?
- Permet-elle le nettoyage en cas d'incident, en dehors des horaires de ménage ?
- Détaille-t-elle -les modes opératoires concernant les tâches ?
-l'organisation concernant les fonctions de chacun ?
- Prévoit-elle les moyens alloués à la réalisation des objectifs :
-moyens de fonctionnement ?
-moyens d'investissement ?
-moyens de personnels ?
- Des modalités d'évaluation sont-elles présentes ?
- Contient-elle un processus d'actualisation ?

Q29- L'implication des personnes à la prise en charge de l'hygiène et de l'entretien est-elle prévue et organisée ?

➤ Il s'agit de rappeler à chacun que, conformément au règlement de fonctionnement (et au règlement intérieur), la propreté des lieux de travail relève de la responsabilité de chacun ; d'une part, par le rangement des outils de travail, et, d'autre part, par le dégagement des postes de travail en fin de journée ; et ce afin de faciliter le travail de fond des personnels des services généraux.

➤ L'organisation du rangement des outils et du dégagement des postes de travail par chaque utilisateur en fin de journée doit être prévue et discutée au sein des projets d'atelier et des projets de services.

Hygiène des personnes :

Q30- *Un accès permanent et une utilisation des lieux d'hygiène nécessaires à tout travailleur sont-ils permis ?*

- Il s'agit d'analyser les moyens mis à disposition des personnes travaillant dans l'établissement :
- vestiaires
 - lavabos
 - douches
 - WC
 - ...

Le temps laissé aux personnes dans le cours de la journée pour qu'elles se changent et puissent rester propres et quitter leur lieu de travail dans ces mêmes conditions est-il suffisant ?

Hygiène des lieux de restauration :

Q31- *Le système actuel de restauration présente-t-il des garanties d'hygiène ?*

- L'établissement ne possédant pas de restauration collective, les garanties d'hygiène du système de restauration concernent les conditions de :
- contrôle de conformité et de propreté des ustensiles de transport des repas individuels,
 - stockage des aliments apportés,
 - réchauffage des aliments,
 - nettoyage des couverts,
 - nettoyage des appareils (micro ondes, lave-vaisselle, réfrigérateurs),
 - nettoyage des lieux (cafétéria et cuisine du personnel) et du matériel de restauration.
- Des procédures organisant ce système de restauration sont-elles écrites, et leur application évaluée périodiquement ?

Sécurité – Premiers secours :

Q32- *Les pratiques institutionnelles de premiers soins ont-elles reçu un avis de conformité du médecin du travail -procédure d'intervention de soins de confort ?*

-procédure d'intervention premiers secours ?

➤ Le CAT n'a pas pour mission principale d'effectuer du soin. Il ne dispose donc pas de personnel soignant ; et aucun personnel de l'institut n'est habilité à prodiguer des soins. Cet état de fait peut engendrer des dysfonctionnements car, dans un cadre de travail, toutes sortes de petites blessures peuvent advenir, et l'on se doit de les traiter (soins de confort) ; de plus, tout établissement recevant du public peut être confronté à des situations d'urgences médicales auxquelles il convient de faire face (premiers secours).

➤ Il convient de vérifier que :

-l'établissement dispose d'une procédure relative aux gestes élémentaires à réaliser dans ces deux types de situations*.

*Procédure d'alerte urgence : il s'agit des cas d'urgences, de malaises ou autres premiers secours.

*Bobologie : il s'agit de tous les cas de « bobologie », hors cas d'urgences : blessures, malaises passagers... ne nécessitant pas la cessation d'activité.

-ces consignes ou procédures ont été rédigées conjointement et ont été validées en dernière instance par le médecin du travail.

-un document élaboré avec et sous la responsabilité du médecin du travail déclinant les produits que l'établissement est habilité à détenir dans sa « pharmacie » ; de même que les modalités d'administration de ces produits.

Q33- *Existe-t-il un plan de formation aux gestes de premiers secours ?*

➤ Il s'agit de vérifier que le plan de formation de l'établissement

-inclut des formations concernant les gestes de premiers secours,

-permet la formation et l'actualisation des savoir-faire d'un nombre de personnes suffisant au vu de l'estimation des besoins potentiels.

Sécurité – Sécurité incendie :

Q34- *Existe-t-il une procédure écrite organisant la sécurité incendie ?*

- Cette procédure doit comprendre :
 - le plan d'évacuation,
 - le nom des personnes référentes,
 - le lieu d'évacuation,
 - l'affichage des consignes,
 - ...
- Il s'agit, par ailleurs, de s'interroger sur la formation des personnes référentes, ainsi que sur leur recyclage éventuel et la fréquence de celui-ci.
- La transmission de cette procédure et du plan de sécurité aux nouveaux agents recrutés ainsi qu'aux nouveaux usagers doit être prévue.
- La procédure doit prévoir son actualisation en fonction des changements de structure et de personnel.
- Enfin, des exercices de sécurité incendie doivent être prévus et mis en œuvre périodiquement.

Q35- *L'établissement se soumet-il aux contrôles périodiques des installations de sécurité et des installations susceptibles d'être dangereuses ?*

- Les normes réglementaires concernant :
 - les extincteurs
 - les installations thermiques
 - les locaux de stockage
 - les dégagements des escaliers et autres issues
 - ...
- doivent être respectées. Leur mise en œuvre peut faire l'objet d'une planification préventive.
- Par ailleurs, les machines et matériels utilisés dans l'établissement doivent être régulièrement entretenus. Une (ou plusieurs) personne (s) peuvent être affectées plus spécifiquement à cet entretien ou à son contrôle.

Sécurité – Poste de travail :

Q36- *Le travail avec des outils et machines dangereuses est-il encadré par des consignes et procédures ?*

- Il s'agit plus particulièrement de tenir compte de :
 - l'utilisation des machines et outils dangereux,
 - l'affectation de travailleur à un poste dangereux,
 - la désinfection des outils de travail lorsqu'une personne s'est blessée avec,
 - la dotation en vêtements et accessoires d'hygiène et de sécurité,
 - ...

➤ La présence d'outils et de machines dangereuses dans l'établissement requiert de prévoir des recommandations de sécurité à l'attention de leurs utilisateurs potentiels. Des consignes de sécurité doivent être systématiquement rédigées, lues à tous et affichées à proximité desdites machines.

De plus, l'espace autour des machines devra être suffisamment dégagé pour en permettre en usage sécurisé.

➤ L'affectation d'un usager à un poste de travail dangereux doit faire l'objet de précautions plus importantes que lors d'une affectation « sans risques » à tout autre poste de travail.

Une procédure doit être rédigée. Elle devra comprendre les moyens de son actualisation et de la vérification de sa correcte application.

➤ Lorsqu'une personne s'est blessée avec un outil de travail, il convient, en sus du soin apporté à la personne (Q32), de désinfecter l'outil afin de prévenir tout risque infectieux.

Ces précautions peuvent faire l'objet d'une procédure écrite. Celle-ci devra comprendre les moyens de sa communication à l'ensemble des personnes concernées, de son actualisation et de la vérification de sa correcte application.

➤ Il conviendra enfin de s'interroger sur la nécessité de fournir aux différents travailleurs des vêtements et accessoires d'hygiène et de sécurité en fonction des postes qu'ils occupent afin de leur permettre d'exercer leur tâche dans des conditions les meilleures et les plus sécurisées qu'il soit. Les modalités ainsi que la périodicité du renouvellement de ces vêtements et accessoires devront être questionnées.

➤ Enfin il conviendra de mettre en place les modalités de contrôle du respect du port de ces vêtements et accessoires de sécurité lorsque celui-ci est considéré comme obligatoire.

Conditions de travail :

Q37- Les aménagements des locaux sont-ils mis en œuvre conformément au projet d'établissement et aux projets d'atelier ?

➤ L'entretien et l'aménagement des locaux doivent être entièrement liés et doivent servir le projet d'établissement et les différents projets d'atelier, puisqu'ils sont, notamment, en adéquation avec le choix institutionnel d'une pluri-activité.

➤ Ce questionnement sur les conditions de travail doit aussi porter sur les notions de locaux, d'éclairage, de température, d'ambiance sonore,... ceux-ci doivent être interrogés non seulement d'un point de vue de la satisfaction des utilisateurs de ce cadre de travail (questionnaire de satisfaction), mais aussi à un niveau ergonomique.

➤ Il s'agira, par ailleurs, de réfléchir sur les réalisations d'aménagements des locaux et sur les travaux réalisés afin de prévenir les effets de l'âge.

Q38- Les locaux sont-ils accessibles à tous, notamment aux personnes à mobilité réduite ?

➤ La mission de l'Institut et son statut d'établissement recevant du public induisent assez logiquement sa nécessaire accessibilité à tous. L'accessibilité des bâtiments peut être entendue à la fois comme un respect de la dignité des personnes accueillies (art. L. 311-3 alinéa 1 Code de l'action sociale et des familles) et comme un respect du droit constitutionnel au travail (Préambule de la Constitution du 30 octobre 1958)

➤ Cette notion d'accessibilité n'ayant pas été soulevée lors de la construction des bâtiments, il s'agit aujourd'hui de la garder à l'esprit lors de tous travaux d'aménagement ou de rénovation.

Les sanitaires sont-ils accessibles à tous (hommes / femmes, personnes à mobilité réduite) ?

Q39- Existe-t-il un plan des locaux facilement visible par tous ?

Existe-t-il une signalétique des différents bureaux et ateliers ? (en noir, en braille)

Q40- Une signalétique informant les visiteurs de la présence de personnes non-voyantes dans l'établissement est-elle mise en place afin de sécuriser les entrées et les abords des locaux ?

Q41 – Les environnements externes sont-ils sécurisés par rapport à l'accueil de personnes handicapées ?

fois ? Où est-il conservé ? Un système documentaire est-il constitué ? Et est-il diffusé à l'ensemble des personnes concernées ?

➤ Enfin, les rôles et fonctions de chaque acteur dans ce système d'information sont à interroger car les acteurs sont les facilitateurs d'un bon fonctionnement de ce système.

Q43- Existe-t-il des supports écrits synthétiques d'information nécessaires à la reconnaissance par tous du fonctionnement institutionnel ?

➤ Il s'agit de s'interroger sur la compréhension par tous des lieux réels de l'information ; compréhension et connaissance qui permettent le bon usage de ces espaces.

➤ Il semble intéressant, ici, d'analyser l'existence de fiches synthétiques expliquant le rôle, le fonctionnement, les acteurs impliqués, etc. pour chaque espace d'information ou de communication existant dans l'établissement. L'objectif est de disposer des informations dont tout le monde a besoin à un moment donné pour fonctionner.

➤ Deux éléments essentiels sont à apprécier :

-Ces supports sont-ils accessibles à tous et sont-ils bien communiqués ?

-Leur évolution est-elle anticipée par la mise en forme d'un processus d'actualisation ? Sont-ils revus régulièrement ?

Les informations en interne sur support écrit sont-elles diffusées à tous les acteurs concernés ?

Les documents institutionnels de référence (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, fiches de poste, fiches explicatives des instances...) sont-ils proposés sur un support adapté pour tous ?

Système de communication :

Q44- Les instances réglementaires et les réunions de travail propres à l'établissement sont-elles régulièrement constituées ?

Leur rythmicité réglementaire est-elle respectée ?

Des solutions sont-elles mises en œuvre pour pallier aux dysfonctionnements ?

➤ Il s'agit de s'interroger sur le fonctionnement des différentes « réunions » existantes dans l'établissement : -les réunions de travail créées par l'établissement lui-même pour faciliter son fonctionnement et ce relativement à ses missions,

-les instances réglementaires devant être mises en œuvre dans tout établissement social et médico-social.

➤ Leur composition doit d'abord être analysée, selon qu'elle devait être conforme à une obligation réglementaire ou qu'elle soit fixée par les acteurs en interne, et donc plus modulable. Les rôles et les fonctions de chaque acteur doivent être bien recensés par ceux-ci afin qu'ils puissent les exercer le mieux possible.

➤ Ensuite, concernant les instances réglementaires, il s'agit de s'interroger sur leur fonctionnement effectif (nombre de fois dont elles se réunissent dans l'année, quorum atteint...), et sur les moyens éventuels à mobiliser pour pallier à leurs dysfonctionnements.

Q45- Existe-t-il un projet d'établissement ?

A-t-il été élaboré avec l'ensemble des acteurs institutionnels ?

Est-il formalisé ?

Existe-t-il un suivi de mise en œuvre et un suivi d'évolution ?

➤ Le projet d'établissement constitue la traduction concrète de la mission confiée à l'établissement en terme de finalités, d'objectifs et de moyens concourant à la définition d'un service à rendre. Il constitue une référence dans la conduite des interventions auprès des usagers.

➤ Il s'agit donc de s'interroger à la fois sur son existence et sur son rôle de référence au travers : -du processus participatif de son élaboration (méthode d'élaboration et de révision, procédure d'association et de participation des agents et des usagers) ;

-de l'énoncé des missions, des valeurs et des moyens (références éthiques, théoriques et techniques de l'équipe, formulation des objectifs et des moyens) ;

- de son utilisation comme instrument de travail (modalités de communication interne et externe, recours au projet dans des situations professionnelles) ;

-et de son caractère évaluable et évolutif (modalités d'évaluation du projet –méthode, calendrier- et modalités de révision –outils, périodicité, acteurs, changements introduits).

PARTENARIAT, RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

Partenariat :

Q46- Des modalités de partenariat sont-elles mises en œuvre par l'établissement afin de favoriser la coordination, la complémentarité, et de garantir la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement de ses usagers ?

- réseau d'établissements sociaux et médico-sociaux*
- convention*
- groupement d'intérêt public / groupement d'intérêt économique*
- syndicat inter établissements*
- groupement de coopération sociale et médico-sociale*

➤ Il s'agit, d'une part, d'interroger les partenariats passés entre le CAT et les organismes avec lesquels il assure la prise en charge de ses usagers (et ce dans les différents secteurs concourant à la mise en œuvre du projet individuel global de l'utilisateur) ; et d'autre part, de questionner les modalités de mise en commun de moyens entre institutions sociales et médico-sociales ou entre l'établissement et un établissement de santé.

➤ Les réponses apportées à cette question sont en référence à l'article L.312-7 du code de l'action sociale et des familles.

Q47- Ces modalités de partenariat sont-elles préalablement présentées au conseil de la vie sociale ?

➤ Chacune de ces formes de partenariat est à présenter, pour information, au conseil de la vie sociale afin de permettre l'implication des usagers dans la vie institutionnelle et ses décisions ; et de permettre la diffusion de l'information pouvant favoriser l'émergence de demandes concernant la mise en œuvre de projets individuels.

Relations avec l'extérieur :

Q48- Des actions de communication de l'activité sociale de l'établissement (projet institutionnel) sont-elles mises en œuvre auprès

-des financeurs

-des partenaires permettant les orientations professionnelles vers le CAT

-du réseau de proximité

➤ Il s'agit de se questionner sur les actions de communication, publicité, marketing menées par l'établissement auprès des organismes externes afin de se faire connaître ou bien de favoriser le développement de partenariats futurs. Ici le rôle du forum Marseille-handicap ; la publication d'articles dans des journaux spécialisés ; la participation à des colloques ; la diffusion de plaquettes d'informations ; etc. peuvent être analysées.

➤ D'autre part le travail de prise de connaissance des actions réalisées au sein de l'établissement (atelier et projets, suivi et avancement) est à prendre en compte. Sa diffusion peut se diriger à la fois vers les financeurs, vers les organismes permettant les orientations professionnelles au CAT (COTOREP, écoles, IMPRO, secteur associatif en général, services sociaux...) et vers le réseau de proximité (permettant l'intégration du CAT dans le quartier et dans la ville).

PRODUCTION
PROFESSIONNELLE

PRODUCTION PROFESSIONNELLE.

Objectifs généraux

Dans le CAT IDDA, l'activité professionnelle offerte aux usagers est considérée comme étant un support de l'activité sociale que produit l'établissement, un support des objectifs institutionnels (cf. projet d'établissement). L'outil de travail doit être analysé comme un outil d'aide permettant une évolution possible de la personne dans son autonomie.

Dans ce cadre, trois pôles devront être analysés plus particulièrement :

- L'établissement constitue-t-il une plate-forme d'activités diversifiées pouvant répondre aux besoins professionnels et personnels de toutes les personnes accueillies ? [niveau du projet d'établissement]
- Ces objectifs institutionnels sont-ils déclinés et mis en œuvre dans chaque atelier ? [niveau des projets d'atelier]
- L'établissement met-il en œuvre une méthode pour que chacun trouve sa place, en dynamique, et réalise son autonomie [niveau du projet individuel] ?

L'analyse de ces trois niveaux a essentiellement pour but de vérifier l'adéquation du fonctionnement de l'établissement avec ses missions, ainsi qu'avec son projet institutionnel.

Objectifs opérationnels

Le champ de l'évaluation dans l'outil ici présenté va s'articuler autour des moyens que l'établissement entend mettre en œuvre pour réaliser une bonne qualité de production professionnelle telle que définie ci-dessus.

Il s'agit essentiellement de questionner l'existence et le bon fonctionnement de :

- **système d'offre de production professionnelle** : l'organisation de la production professionnelle dans les ateliers doit répondre aux objectifs fixés.
- **système de stimulation** : le niveau optimum d'implication permettant aux usagers d'être acteurs et non simples exécutants de la production professionnelle repose sur la participation de volontaires dans la gestion des activités et sur l'information de tous.

ATTENTION : Un **système de contrôle** doit être prévu puisque tout process ne peut être entièrement opérationnel que si est prévu en son sein des éléments de contrôle ou d'évaluation de la réponse, en terme de production, aux objectifs et aux moyens mis en œuvre.

NOTA BENE : Il ne sera en aucun cas question, dans cette partie de l'outil d'évaluation de l'établissement, de l'évaluation de la qualité des productions réalisées dans les ateliers et commercialisées à des clients extérieurs.

L'évaluation de l'établissement réalisée par le biais de cet outil correspond à l'obligation d'évaluation interne des activités et de la qualité des prestations offertes aux usagers, posée par la loi du 2 janvier 2002. Elle ne portera que sur la mise en œuvre de sa mission et de son projet d'établissement.

L'évaluation de la qualité des biens et services produits et commercialisés à des clients extérieurs pourra aussi faire l'objet d'une évaluation pour laquelle un outil différent devra être construit.

SYSTÈME D'ORGANISATION DE LA PRODUCTION PROFESSIONNELLE DANS LES ATELIERS

Activités :

Q49- Le système d'offre d'activités professionnelles de l'établissement répond-il à des degrés diversifiés de demandes ?

➤ Il s'agit d'analyser si l'établissement remplit les objectifs qu'il s'est fixé concernant son système d'offre d'activités professionnelles, c'est-à-dire si celui-ci permet d'accueillir des profils de demandes différents, et notamment des personnes présentant des handicaps différents.

Q50- Le système d'offre d'activités professionnelles permet-il aux personnes d'évoluer, de diversifier leur savoir-faire ?

➤ Le second objectif du système d'offre d'activités professionnelles est de permettre aux personnes d'évoluer, de diversifier leur savoir-faire. Il doit pouvoir être utilisé sur un projet de progression.

Organisation du process :

DELAI

Q51- Les délais proposés à chaque ouvrier sont-ils adaptés aux capacités de chacun ?

➤ Sont en question ici les délais de réalisation des travaux qui sont fixés aux ouvriers. Ils doivent tenir compte à la fois des exigences du client, pondérés par les capacités de production de chaque ouvrier. L'ouvrier devra réaliser son travail en un temps donné qui est corrélatif à sa capacité de travail et aux exigences de la relation client.

➤ Un travail d'autonomisation peut être mené avec l'utilisateur afin qu'il apprenne lui-même à gérer le délai de production qu'il mettra en œuvre pour réaliser le travail. L'objectif poursuivi est l'implication et la responsabilisation de l'ouvrier dans sa production technique.

DISTRIBUTION DU TRAVAIL

Q52- Existe-t-il une procédure de distribution du travail dans les ateliers ?

➤ Il s'agit d'analyser les modalités de distribution du travail. Une procédure de distribution de réalisation des travaux fournis par les clients doit être élaborée dans chaque atelier. Elle est écrite dans le projet de l'atelier, et doit tenir compte des capacités et des compétences de chaque usager membre dudit atelier.

➤ Par ailleurs, tout changement de moniteur d'atelier devra être anticipé de manière à pouvoir mettre en place un transfert de compétences. Les capacités et compétences techniques de chacun de ses ouvriers sont transmises au nouveau moniteur d'atelier afin que celui-ci puisse organiser le travail en fonction des capacités de chacun.

Q53- Des fiches de production destinées à assurer le suivi des productions sont-elles mises en place ?

➤ Des fiches de production sont élaborées à chaque entrée de nouveaux produits dans l'atelier. Elles permettent de situer le client, le ou les ouvriers qui effectueront le travail, les délais à respecter, le devis proposé...

➤ Les fiches de production permettent de réaliser le suivi des commandes et la distribution du travail aux usagers en fonction de leurs capacités.

MÉTHODE DE TRAVAIL

Q54- Existe-t-il une démarche de proposition et d'adoption de méthode de travail individualisée à appliquer face à une tâche particulière ?

➤ La démarche devra être conforme au projet d'établissement dans ses recommandations relatives à l'autonomie et à la participation de l'utilisateur. Le moniteur

d'atelier doit élaborer cette démarche à la fois dans un esprit de bonne pratique professionnelle et dans une relation d'aide au travailleur handicapé.

➤ Au niveau de l'atelier, la réflexion autour de la proposition et de l'adoption de l'ensemble des méthodes de travail proposées aux ouvriers sont retranscrites dans le projet d'atelier.

CONTRÔLE

Analyse des opérations de contrôle -contrôle qualité

-contrôle de productivité

Q55- Les phases de contrôle de la production sont-elles adaptées aux process et interviennent-elles en temps utile face aux difficultés rencontrées ?

➤ Le contrôle prévu au sein du système de production professionnelle dans les ateliers doit être considéré comme une aide qu'apporte le moniteur d'atelier à l'utilisateur.

➤ L'utilisateur peut lui-même réaliser des auto-contrôles en cours de production sur des points précis et dans un cadre prévu par le moniteur d'atelier.

➤ Le système de contrôle que met en place le moniteur d'atelier prévoit, outre les auto-contrôles, des contrôles intermédiaires et en fin de production.

➤ L'ensemble de ces données est écrit dans sa généralité dans le projet de chaque atelier.

Organisation de l'atelier :

ERGONOMIE

Q56- Le poste de travail et son outillage sont-ils adaptés aux capacités propres de chaque usager ?

➤ Il s'agit de savoir si chaque atelier prévoit dans son projet d'atelier l'adaptation du poste de travail et de l'outillage de chaque usager en fonction de ses capacités et de son handicap.

➤ De plus, la réalisation d' une étude ergonomique par un professionnel qui rédigera en retour un rapport d'analyse ergonomique du poste de travail peut être envisagée.

ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Q57- Le projet d'atelier intègre-t-il la mise en conformité du poste de travail avec les règles de sécurité et d'hygiène ?

➤ La sécurisation et l'hygiène du poste de travail de chaque usager et de l'atelier en son ensemble sont pris en compte dans le projet dudit atelier.

➤ La réflexion autour de la sécurisation et de l'hygiène des postes de travail est menée conjointement avec les usagers de l'atelier.

➤ Le but premier est de permettre une réalisation optimale de la production.

AFFECTATION DES LOCAUX AUX TÂCHES À RÉALISER

Q58- Le système d'organisation de la production professionnelle offre-t-il les moyens d'une réflexion collective autour de l'affectation des locaux aux tâches à réaliser ?

➤ Il s'agit de mettre en place une réflexion collective autour de l'utilisation des locaux institutionnels.

Sont-ils correctement adaptés aux tâches à réaliser ? Est-il nécessaire de modifier l'emplacement des activités au sein de l'établissement ? Faut-il prévoir l'acquisition de nouveaux locaux ?

➤ De même, l'accessibilité de l'établissement aux transports en commun pour les usagers ou la difficulté d'accès à certains véhicules fournisseurs doivent être interrogés dans une dynamique collective.

IMPLICATION DES USAGERS DANS LA VIE ÉCONOMIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

Dans ce thème est analysé le système de stimulation offert par l'établissement à ses usagers, c'est-à-dire le niveau d'implication permettant à ceux-ci d'être acteurs, et non simples exécutants, de la production professionnelle.

Activités :

Q59- Le CAT donne-t-il accès, dans son principe de fonctionnement général, à toutes les fonctions de l'entreprise

- fabrication*
- gestion économique*
- gestion commerciale ?*

➤ Les trois fonctions principales de l'entreprise sont ici rappelées. L'évaluation de l'offre d'implication aux usagers dans la vie économique de l'établissement ne se basera que sur ces grands domaines, est laissée de côté, volontairement la gestion des ressources humaines.

On sous-entend que la fonction de fabrication est offerte à tous les usagers [voir la production sociale : la première mission d'un CAT est d'offrir à ses usagers une activité professionnelle (Circulaire 60 AS 08/12/1978)], aussi cette fonction ne sera pas traitée en tant que telle dans ce chapitre mais est sous-jacente dans l'ensemble de l'outil d'évaluation.

➤ L'idée est d'analyser si l'établissement offre les moyens à ceux qui le souhaitent de s'impliquer et de développer un certain degré d'autonomie dans ces fonctions, notamment en terme de postes proposés.

Ensuite, il s'agira de voir si l'établissement stimule (notamment en terme de possibilité de formation) et si les personnes se saisissent de ces moyens.

- Dans ce thème, à nouveau, les questionnements se déroulent selon trois niveaux :
- le niveau institutionnel: le CAT prévoit-il, au sein de son projet d'établissement, le principe d'une pluri-activité dans son offre de production professionnelle ?

- le niveau de l'atelier : chaque projet d'atelier propose-t-il des possibilités de postes pour ces fonctions de l'entreprise ?
- le niveau individuel : les usagers peuvent-ils (capacités) et sont-ils mis en situation d'accéder à ces postes (stimulation) ?

Gestion économique :

Q60- Les espaces de communication existants permettent-ils, de manière satisfaisante, la communication et l'information autour de la gestion économique des ateliers ?

➤ Il s'agit d'analyser l'existence et le fonctionnement d'espaces de communication dévolu à la mission d'information et de communication de la gestion économique des ateliers auprès des usagers.

➤ L'objectif est de permettre la participation de certains volontaires et l'information de tous.

➤ L'information et la communication dans ces espaces doivent porter, notamment, sur :

- le fonctionnement budgétaire du CAT (existence de deux budgets, composition de chacun...);
- la rentabilité des ateliers ;
- la participation des usagers à l'élaboration du budget prévisionnel (participation au travail de réflexion sur les anticipations d'achats, de recettes...)
- leur participation à la gestion du budget (participation au travail de réflexion sur la gestion, sur les solutions susceptibles d'être apportées pour résoudre le déficit / pour utiliser l'excédent...);
- l'organisation de la transmission de l'ensemble de ces informations aux nouveaux arrivants (personnels et usagers). ;
- ...

Sont-ils utilisés dans une dynamique participative ?

➤ Le devoir du CAT, selon ses valeurs et leur transcription dans le projet d'établissement, est d'offrir ces espaces. Il s'agit en suite d'analyser si les usagers s'en saisissent, s'impliquent et développent un certain degré d'autonomie dans les fonctions qui en découle.

Gestion commerciale :

Q61- Le projet d'établissement et les projets d'ateliers prévoient-ils des postes de travail permettant aux usagers qui le souhaiteraient de s'investir dans des fonctions de la gestion commerciale, dans le cadre de la vie de l'atelier ?

- Fonction importante dans la vie d'un atelier, la gestion commerciale recouvre :
 - la relation client
 - la réception de la commande,
 - l'élaboration de devis,
 - la livraison,
 - la facturation,
 - la recherche de nouveaux marchés,
 - la démarche publicitaire,
 - ...

➤ Il s'agit ici de savoir si l'établissement (attention, toujours dans une analyse à trois niveaux) offre la possibilité d'une implication des usagers dans la vie commerciale (telle que définie plus haut) de l'atelier.

➤ Le questionnement porte sur la nécessité et l'intérêt d'une telle démarche pour l'utilisateur, notamment en terme d'enrichissement professionnel et d'épanouissement personnel.

Q62- Dans le cadre d'une action de soutien de premier type, une formation à la gestion commerciale est-elle possible ?

➤ L'offre de poste de travail pour être effective, et non virtuelle, doit s'appuyer sur la possibilité pour les usagers intéressés, dans le cadre de leur projet individuel d'activité professionnelle, de suivre une formation à ces fonctions afin d'être opérationnel sur le poste de travail.

➤ Les objectifs des CAT, tels que définis réglementairement (Circulaire 60 AS 08/12/1978), offrent la possibilité de telles formations. « Pour répondre à sa vocation, un CAT doit offrir aux personnes handicapées qu'il accueille (...) des soutiens qui conditionnent immédiatement l'exercice des activités productives. » « Les soutiens du

premier type, qui rentrent sous la notion large d'activités professionnelles au côté des activités proprement productives, sont ceux qui concourent à la mise au travail et à mettre le travailleur handicapé à même d'exprimer de la manière la plus profitable pour lui, sa faculté de travailler ; formation, préparation au travail, recyclage, éducation gestuelle, encadrement technico-éducatif permanent, etc.... »

Dans le cadre d'une action de soutien de premier type, une formation à la relation clientèle est-elle possible ?

Dans le cadre d'une action de soutien de premier type, une formation marketing est-elle possible ?

➤ De la même façon, des formations à la relation clientèle et au marketing, fonctions particulières et spécifiques, doivent être questionnées.