



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'Établissement Social et Médico-  
Social Public**

Promotion : **2006 - 2007**

Date du Jury : **décembre 2007**

---

**La place de la satisfaction de l'utilisateur dans  
la démarche d'amélioration continue de la  
qualité**

**Le cas de l'IME MONTAUDRAN**

---

**Sandrine MARIETTI-ROS**

---

## Remerciements

---

*A P. FLAD,*

Pour son accueil et sa disponibilité pendant sa prise de poste,  
Pour son écoute et ses nombreux conseils méthodologiques et pratiques  
Pour le travail que l'on a fait ensemble.

*A S. NICOLAS,*

Pour sa disponibilité et ses conseils pendant l'intérim de l'IME,  
Pour ses conseils méthodologiques.

*A P. LAPRADE,*

Pour m'avoir permis d'effectuer mon stage à l'IME Montaudran,  
Pour la mission principale qu'il m'a proposée.

*A R. CASADO, L. LECONTE, P. PETEL, Chefs de service*

Pour leur disponibilité et leur soutien tout au long de mon stage  
Pour leur implication et leurs conseils précieux

*A l'ensemble des professionnels de l'IME Montaudran,*

Pour leur accueil et leur disponibilité  
Pour leur participation et leur implication dans les démarches.

*A S. DUPART, E. GUILLERME, M. LEGEAS,*

Pour leurs conseils méthodologiques

*A ma famille et mes proches,*

Pour leur soutien sans faille et leurs relectures.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Outils et méthodologie de recherche .....</b>	<b>5</b>
<b>1 La professionnalisation, un préalable à la démarche d'amélioration continue de la qualité .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Des constats d'évolution .....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Un nouveau cadre de relations entre usagers et professionnels .....	7
A) L'utilisateur, sujet de droits et citoyen .....	7
B) La contractualisation, une relation de réciprocité avec un « client particulier » .....	9
C) La voix de l'utilisateur devenue incontournable .....	11
1.1.2 Des pratiques professionnelles renouvelées .....	12
A) L'introduction de concepts nouveaux issus du monde de l'entreprise .....	12
B) Le handicap, un secteur en pleine mutation.....	13
1.2 L'évaluation, une injonction sociale et légale.....	14
1.1.1 Des rappels essentiels .....	15
A) Des origines de la qualité... ..	15
B) ...A des obligations d'ordre législatif et réglementaire.....	16
C) ...Et à l'avènement de concepts nouveaux .....	16
1.1.2 Une mise en place délicate dans un secteur complexe et paradoxal .....	19
A) Des tentatives infructueuses .....	19
B) Des professionnels réticents au sein d'un système « ouvert et complexe » .....	20
C) Des perspectives intéressantes pour les structures.....	21
<b>2 Le recueil de la satisfaction de l'utilisateur : Pourquoi ? Comment ?.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Quel recueil de la satisfaction de l'utilisateur en Institution ?.....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Un lien étroit entre qualité, satisfaction, attentes et besoins.....	23
2.1.2 Une démarche éthique contrastée .....	25
A) Dans les institutions sociales et médico-sociales en général .....	25
B) Recueillir la parole de l'utilisateur à l'IME Montaudran, une mission impossible ? .....	27
<b>2.2 La place des familles dans le partenariat éducatif .....</b>	<b>28</b>
2.2.1 D'une « mise à l'écart historique » à une « alliance éducative » .....	28
2.2.2 Une participation largement favorisée mais encore perfectible.....	30
A) L'information, un préalable à une participation effective des familles .....	30

B)	La participation des familles, un « levier du changement » .....	31
<b>2.3</b>	<b>Un nouveau mode de participation pour les familles : l'enquête .....</b>	<b>34</b>
2.3.1	Le choix d'un outil adapté : un questionnaire anonyme .....	35
A)	Un sens, des objectifs et des moyens disponibles limités .....	35
B)	La recherche d'un moyen d'investigation adapté au contexte .....	36
2.3.2	Un management résolument participatif .....	37
2.3.3	Réflexions autour de la pertinence du champ et des questions de l'enquête.....	38
<b>3</b>	<b>Des retours de l'enquête aux Plans d'Action Qualité.....</b>	<b>41</b>
<b>3.1</b>	<b>Les retours des familles : satisfaction et demandes concrètes .....</b>	<b>41</b>
3.1.1	Les chiffres clefs de l'enquête .....	41
3.1.2	De grandes tendances : une globale satisfaction et un besoin d'information .....	42
A)	Une globale satisfaction en matière d'accueil et de disponibilité .....	42
B)	Des compléments d'information considérés comme indispensables .....	42
C)	Projet individualisé : un bilan de fin d'année à prévoir ? .....	44
D)	Des prises en charge jugées adaptés par les familles .....	45
E)	Le cas des prestations logistiques .....	46
<b>3.2</b>	<b>Quelle utilisation des réponses de l'enquête auprès des familles ? .....</b>	<b>47</b>
3.2.1	L'imbrication des projets vers un objectif commun .....	47
3.2.2	Les résultats de la conjugaison des données recueillies : actions et préconisations .....	48
A)	De la détermination d'actions amélioratrices.....	48
B)	...Aux préconisations pour la pérennisation d'une posture qualité.....	50
	<b>Conclusion .....</b>	<b>55</b>
	<b>Sources et bibliographie.....</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AFNOR</b>	: Association Française de Normalisation
<b>AFAQ</b>	: Association Française pour l'Assurance Qualité
<b>AMP</b>	: Aide Médico-Psychologique
<b>ANAES</b>	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
<b>ANDESI</b>	: Association Nationale des Cadres du Social
<b>ANESM</b>	: Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux
<b>ANDEM</b>	: Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
<b>CASF</b>	: Code l'Action Sociale et des Familles
<b>CCAS</b>	: Centre Communal d'Action Sociale
<b>CNESMS</b>	: Centre National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale
<b>CSTS</b>	: Conseil Supérieur du Travail Social
<b>CVS</b>	: Conseil de la Vie Sociale
<b>DDASS</b>	: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DGAS</b>	: Direction Générale de l'Action Sociale
<b>DREES</b>	: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>EHPA</b>	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
<b>ESMS</b>	: Etablissement Social et Médico-social
<b>GOBEC</b>	: Guide des Observations et d'Evaluation des Compétences
<b>HAS</b>	: Haute Autorité de Santé, ex ANAES
<b>IME</b>	: Institut Médico-Educatif
<b>ISO</b>	: International Standards Organization
<b>MAS</b>	: Maison d'Accueil Spécialisée
<b>MDPH</b>	: Maison Départementale des Personnes Handicapées
<b>MECS</b>	: Maison d'Enfant à Caractère Social
<b>PI</b>	: Projet Individualisé
<b>UNAPEI</b>	: Union Nationale des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales

## Introduction

La loi du 2 janvier 2002<sup>1</sup>, en réaffirmant la place de l'usager au cœur de l'action sociale, le positionne en tant que client de prestations de services, individualisées et contractualisées avec l'établissement. L'action des établissements sociaux et médico-sociaux doit tenir compte des objectifs fixés au regard de la politique de l'établissement, dans le projet d'établissement, et des objectifs qui sont contractualisés avec l'usager, dans le projet individualisé, en fonction de ses besoins, ses demandes et ses attentes.

Il appartient désormais aux établissements, comme à l'ensemble des services publics français, d'adapter leur offre aux besoins et aux attentes des usagers, au nom du principe de mutabilité du service public. Il convient, pour cela, de confronter les objectifs à la réalité du service rendu par les établissements. C'est dans ce sens que la loi de 2002 oblige les établissements à mettre en place une évaluation interne des pratiques professionnelles<sup>2</sup>. Il s'agit de mesurer le niveau de qualité des prestations, des activités et du service, au regard de critères déterminés par les acteurs de l'établissement, en référence à des « recommandations de bonnes pratiques professionnelles » que l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux<sup>3</sup>, est chargée de valider. Il ne s'agit pas d'apprécier seulement les écarts par rapport à ces critères, mais la façon dont ces écarts pourront être pris en compte pour nourrir des pistes de progrès.

L'évaluation comporte deux registres, fonctionnel et opératoire. L'évaluation fonctionnelle consiste à améliorer l'organisation (les dispositifs et les ressources), tandis que le registre opératoire correspond aux effets produits par l'établissement auprès des bénéficiaires. On distingue quatre générations de l'évaluation. La première génération correspond à la notion de mesure. La deuxième est celle de l'efficacité par rapport à des objectifs. L'évaluation interne imposée par la loi coïncide avec cette génération. Les troisième et quatrième générations sont celles de la performance et de l'amélioration continue. Ces dernières introduisent les notions d'attentes et de satisfaction des clients par rapport aux objectifs professionnels.

Le recueil des attentes et du degré de satisfaction est incontournable dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des prestations. L'évaluation permet de mesurer l'écart entre la qualité voulue et la qualité réalisée : c'est une mesure de la conformité de l'établissement par rapport aux objectifs fixés, tandis que la satisfaction correspond à la mesure de l'écart entre la qualité perçue et la qualité attendue par l'usager. Il convient de bien prendre en compte ces deux univers et visions qui sont complémentaires. La recherche de la satisfaction de l'usager passe par la formulation des attentes

---

<sup>1</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'Action sociale et Médico-sociale

<sup>2</sup> Article L.312-8 du CASF

<sup>3</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-324 du 8 mars 2007 portant création de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

de celui-ci et, pour cela, un outil adapté doit être mis en place en complément du référentiel dédié à l'évaluation.

Le recueil de la satisfaction de l'utilisateur présente, toutefois, des difficultés tenant tant aux usagers qu'aux professionnels. En ce qui concerne l'utilisateur, hormis le fait que le degré de satisfaction ressenti est très subjectif et dépend des attentes et du vécu de la personne, il est admis que la parole de l'utilisateur dans le secteur social et médico-social est fragile et doit être nuancée, circonscrite et replacée dans son contexte. Par ailleurs, les professionnels sont parfois réticents à l'idée d'un recueil de la satisfaction de l'utilisateur. Des prétextes d'ordre organisationnels peuvent être destinés à cacher la crainte d'une parole considérée comme difficile à évaluer, voire dangereuse. Ceci est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit de recueillir le degré de satisfaction des familles, avec lesquelles les relations sont traditionnellement compliquées. Le problème se pose notamment lorsque l'utilisateur se trouve dans l'incapacité de communiquer et de s'exprimer du fait d'une déficience mentale lourde, associée à des troubles neuropsychiatriques.

C'est le cas des personnes accueillies par l'Institut Médico-éducatif Montaudran, au sein duquel j'ai effectué mon stage de professionnalisation. Ma mission principale fut la mise en place et le pilotage d'une évaluation interne des pratiques professionnelles, en vue d'initier une démarche d'amélioration continue de la qualité du service rendu par l'établissement. L'IME Montaudran est un établissement public non autonome, rattaché au CCAS de Toulouse, qui relève de la loi du 2 janvier 2002. L'autorité de tarification et de contrôle est assurée par la DDASS de la Haute Garonne. Le budget de l'établissement repose sur un prix de journée versé par les Caisses d'Assurance Maladie. Il accueille une population mixte, composée d'enfants et adolescents présentant des déficiences mentales moyennes, sévères ou profondes, associées à des déficiences motrices ou à des troubles graves de la personnalité, de la relation et de la communication<sup>4</sup>. Il est agréé pour recevoir soixante-cinq enfants. Les 65 places sont 25 places d'internat, 35 places de semi internat et 5 places d'internat séquentiel à disposition du semi internat. Il s'agit de la possibilité pour certains d'enfants, d'être accueillis en internat, une ou plusieurs nuits, de manière régulière, durant la semaine et/ou le week-end, sous réserve des places disponibles.

Au-delà du respect de l'obligation législative, l'évaluation interne est une opportunité pour l'établissement, en ce qu'elle permet de vérifier l'adéquation des pratiques et des compétences aux besoins des usagers, et ce, à plusieurs titres :

- les personnes accueillies ne sont pas ou peu en capacité d'exprimer leurs besoins, leurs attentes, leur satisfaction ou leur insatisfaction.
- le profil des enfants et des jeunes adultes connaît une évolution toujours en cours.
- Initialement l'IME Montaudran fut une pouponnière, puis une maison d'enfant, et, enfin un IME agréé, en 1998, pour recevoir des enfants et des adolescents âgés de 3 ans à 18 ans. En réalité, un certain nombre d'entre eux sont de jeunes majeurs âgés de 18 à 23 ans, du fait du manque de places

---

<sup>4</sup> MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 relatif aux conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés.

disponibles dans les structures du secteur adulte. De plus, le type d'accompagnement continue d'évoluer, allant de celui d'enfants majoritairement polyhandicapés, à celui de jeunes présentant de plus en plus de troubles graves de la personnalité et de la communication.

➤ la présence de certaines catégories de personnels, témoins de cette histoire institutionnelle (auxiliaires de puériculture, éducateurs de jeunes enfants, AMP) et le nombre de certains d'entre eux (un service infirmier constitué de 6 Equivalents Temps Plein d'infirmières, un médecin à plein temps) peut susciter la question de l'adéquation des compétences professionnelles et des pratiques aux besoins de la population accueillie, d'autant plus que les jeunes professionnels (éducateurs et moniteurs éducateurs) recrutés apportent une conception nouvelle du travail social auprès de cette population et des pratiques professionnelles innovantes.

➤ Le projet d'établissement date de 2001 et doit être réactualisé. La réflexion sera nourrie par les résultats de l'évaluation des pratiques professionnelles et la teneur des Plans d'Action Qualité envisagés.

➤ Suite à une donation réalisée en faveur de l'IME, un projet de construction d'un nouvel externat doit voir le jour dans les années qui viennent. Il doit être le fruit d'une réflexion sur les pratiques actuelles.

Dans ce contexte, il appartient à un directeur d'établissement d'impulser une démarche d'évaluation interne, afin que l'action conduite par la structure soit la plus pertinente et la plus adaptée possible aux besoins et aux attentes des usagers. L'évaluation constitue une aide à la décision et un outil de management. Pour J-M MIRAMON, parmi les fonctions<sup>5</sup> du Directeur qui contribuent à la construction d'un bon management, la quatrième est l'anticipation ; elle correspond à la pensée stratégique à moyen et long terme, dont l'évaluation et l'innovation sont deux des dimensions majeures. Elles ont pour but d' « élaborer une vision qui permettra à l'établissement de construire sa pérennité grâce à sa capacité d'adaptation »<sup>6</sup>.

Dès lors, la question se pose, à partir de l'exemple de l'IME Montaudran, de la place de l'utilisateur, en l'occurrence des familles, dans la prise en charge de leurs enfants, dans la vie de l'institution et, plus précisément, dans l'évaluation des pratiques professionnelles, destinée à impulser une démarche d'amélioration continue de la qualité des services et des prestations.

Ma réflexion s'est ancrée sur des hypothèses qui furent confirmées ou infirmées au fil de mes recherches. Les principales d'entre elles sont les suivantes :

- Le caractère insuffisant de l'information communiquée aux familles, en particulier en matière de droits et de devoirs des usagers (accès au dossier, Conseil de la Vie Sociale, etc.)
- Des temps de rencontre formels insuffisants au plan quantitatif (rencontre relative aux projets, rencontres annuelles avec les ateliers, les rééducateurs, la psychiatre etc.)
- L'importance de soutenir la participation des familles et de l'accentuer, au plan institutionnel comme au plan du projet individualisé ; même si elle est encouragée, elle est perfectible.

---

<sup>5</sup> Les quatre fonctions principales ou 4A sont l'Action, l'Animation, l'Administration et l'Anticipation

<sup>6</sup> MIRAMON J.M., MORDOHAY J.O., 2003, *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*, 2<sup>e</sup> édition, Paris : Dunod, p 76

- Une inscription insuffisante des usagers, et des familles, en l'occurrence dans certains grands projets institutionnels, tels que l'entrée dans la démarche d'évaluation.

Afin d'appréhender la question la place de l'utilisateur de manière complète et cohérente, il convient d'exposer, dans un premier temps, les évolutions relatives à la conception même d'utilisateur et de travail social, que certains auteurs ont pu résumer sous le terme de « professionnalisation » du secteur social et médico-social. Celle-ci conduit à un renouvellement des pratiques professionnelles et des concepts sous-jacents, et, notamment, à l'apparition de ceux de qualité, d'évaluation et de satisfaction (I).

La seconde partie portera principalement sur la notion de satisfaction, le recueil de la satisfaction de l'utilisateur, et les difficultés et limites liées à celui-ci. A cette occasion, seront développés les aspects méthodologiques de l'enquête de satisfaction que j'ai mise en place à l'IME (II).

Les retours de celle-ci, leur analyse et leur croisement avec les réponses et les débats issus de l'évaluation des professionnels seront développés dans la dernière partie ; ceux-ci permettent de nourrir des plans d'actions amélioratrices et des préconisations pour la suite du processus d'amélioration continue de la qualité (III).

## Outils et méthodologie de recherche

Les outils de recherche se déclinent en plusieurs rubriques :

### ➤ **Recherche bibliographique par thèmes**

Mes recherches bibliographiques furent effectuées par thèmes. Les principaux thèmes sont :

- L'évaluation, la qualité, la démarche qualité et la méthodologie
- La parole, la participation, la satisfaction de l'utilisateur
- Les méthodes de recueil de la parole et de la satisfaction de l'utilisateur
- L'évolution de la place et du droit des usagers
- La professionnalisation du secteur social et médico-social et les nouvelles pratiques professionnelles
- Les relations avec les familles d'enfants accueillis en institution
- Le handicap et la prise en charge d'enfants et d'adolescents présentant des déficiences mentales
- La sociologie des organisations, du changement et les outils de management

### ➤ **Lecture des documents institutionnels**, notamment :

- Les documents issus de la loi du 2 janvier 2002 :
  - Documents institutionnels : Projet d'établissement, Règlement de fonctionnement, Protocole de Lutte contre la Maltraitance, Charte des droits et libertés
  - Documents individuels relatifs aux jeunes accueillis : Projets individualisés, Contrats de séjours
    - Les Plans de Formation, Rapports d'activité, Bilans d'activité des services
    - Les tableaux de bord, Cahier des charges (restauration, transport), Compte administratif

### ➤ **Entretiens semi directifs avec prise de note, avec des professionnels**

- *Au sein de l'établissement* : la Psychologue, le Médecin Psychiatre, le Chef de service de l'externat, le Médecin, Chef de service des infirmières et des rééducateurs, une Educatrice de jeunes enfants, une Educatrice spécialisée, une Psychomotricienne, l'Orthophoniste

- *Extérieurs à l'établissement* : une Directrice d'ESMS, une directrice d'hôpital

Il s'agit d'entretiens à visée non quantitative mais qualitative, portant sur les pratiques professionnelles et leur évaluation au sens large (évaluation interne, projet individualisé, ajustement des pratiques aux besoins des jeunes, manifestations de leur satisfaction ou insatisfaction etc.) et sur le recueil de leur satisfaction

➤ **Rencontres et entretiens avec des consultants spécialisés dans l'évaluation interne des pratiques professionnelles** (ANCREAI de Midi Pyrénées, CRP CONSULTING, COMEOS COMPETENCES), en présence ou téléphonique, avec prise de note

- **Participation aux groupes « autoévaluation » et aux comités de pilotage**
  - Pendant la phase d'évaluation (4 groupes de travail thématiques)
  - Lors de la détermination et la planification des actions amélioratrices
  
- **Réunions de service, échanges informels**
  - *De manière individuelle* : avec les trois Directeurs successifs, chefs de service, psychologue, assistante sociale
  - *De manière collective*, lors des réunions de service, passages sur les groupes et les services (chefs de service, psychologue, assistante sociale, personnels éducatifs, rééducateurs, secrétaires, etc.)
  
- **Enquête de satisfaction à destination des familles**
  - Conception du questionnaire avec participation des professionnels de l'IME
  - Animation d'un groupe de travail pluridisciplinaire dédié à l'analyse des réponses
  
- **Participations diverses à la vie de l'établissement :**
  - **Instances** : Conseil de la Vie Sociale, Comité Technique d'Etablissement
  - **Réunions de synthèse** : plus d'une vingtaine concernant différents jeunes
  - **Rencontres avec les familles, relatives au projet individualisé de leur enfant**
  - **Ateliers et repas éducatif** (bricolage, éveil sensoriel)
  - **Temps festifs** : spectacle de Noël, Fête de l'Eté
  - **Visites** : une Maison d'Accueil spécialisée (ADAPEI), un centre de séjours de vacances adaptées pour enfants, adolescents et jeunes adultes handicapés
  
- **Formations**
  - Journées de formations à l'ENSP portant sur le Management de la qualité
  - Cycle de « Management/ Gestion des Ressources Humaines » (ARAFDES, Lyon)
  - Journées de formation à la « communication visualisée par l'image » (Formation interne à l'établissement)

# 1 La professionnalisation, un préalable à la démarche d'amélioration continue de la qualité

La professionnalisation du secteur social et médico-social se manifeste par des évolutions législatives et conceptuelles relatives à la notion d'usager, et par un renouveau dans les pratiques professionnelles, commun à l'ensemble des Services Publics français.

## 1.1 Des constats d'évolution

On constate des mutations dans les rapports entre usagers et professionnels, ainsi que dans les concepts qui sous-tendent le travail social et les pratiques professionnelles ; c'est ce que J.R LOUBAT qualifie de « nouvelle action solidaire<sup>7</sup> ».

### 1.1.1 Un nouveau cadre de relations entre usagers et professionnels

Cette évolution a une triple incidence sur la place de l'usager dans l'institution, dans la définition de la prestation fournie ainsi que dans la relation entre l'usager et le professionnel.

#### A) L'usager, sujet de droits et citoyen

La place des usagers accueillis en institution connaît une progression importante. Elle s'inscrit dans une lente évolution du travail social et de la représentation de celui-ci, notamment en matière d'aide aux enfants et aux jeunes en difficultés. L'histoire du statut de l'enfant en danger est marquée par de grandes périodes et, tour à tour, par des notions telles que la charité, la solidarité, l'assistance et la « professionnalisation ». A chacune de ces périodes correspondent des représentations, des pratiques et des types d'intervention différents auprès des bénéficiaires.

Petit à petit, « le bénévolat a fait place au professionnalisme ». La création d'une formation spécifique d'éducateur spécialisé en 1967, sanctionnée par la délivrance d'un diplôme d'Etat, en est l'une des manifestations. La relation d'aide qualifiée d'assistance se nomme dorénavant « Action sociale et médico-sociale ». On entre dans l'ère de la professionnalisation, et même dans la « deuxième phase historique de professionnalisation »<sup>8</sup>.

Le postulat de départ du travail social est « l'usager est au centre du travail social »<sup>9</sup>. Il implique une dynamique interactive dans laquelle la relation entre le professionnel et le bénéficiaire prend son origine dans la personne bénéficiaire. Une telle démarche engage l'usager à être coauteur et coréalisateur du processus qui vise à lui permettre d'exercer sa citoyenneté. Ce sont, pourtant, les textes

---

<sup>7</sup> LOUBAT J.R., 2007, « La relation de service au cœur de l'action sociale et médico-sociale », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2497 p39-40

<sup>8</sup> Ibid.

législatifs et réglementaires qui réaffirment la place centrale que doit occuper l'utilisateur au sein des Institutions, par le rappel d'un certain nombre de droits déjà reconnus par de nombreux textes relatifs aux Droits de l'Homme<sup>10</sup>.

La loi du 30 juin 1975<sup>11</sup> relative aux institutions sociales et médico-sociales permet le développement du secteur de l'enfance inadaptée, en élevant l'action éducative et sanitaire auprès des enfants en difficultés, au rang de priorité nationale. Elle crée notamment la CDES pour les enfants et les adolescents, dont les décisions s'imposent aux établissements<sup>12</sup>. Cette loi s'intéresse, néanmoins, davantage aux établissements qu'aux droits de leurs bénéficiaires. Elle est d'ailleurs peu prolixe à ce sujet.

En revanche, les annexes XXIV d'octobre 1989 sont davantage tournées vers les droits des usagers. Ils « effectuent un glissement vers ce qui s'apparente à une démarche qualité destinée à satisfaire l'utilisateur »<sup>13</sup>. Le projet thérapeutique et éducatif individuel, bâti par les professionnels en partenariat avec l'enfant et sa famille, est l'outil principal de cette évolution<sup>14</sup>. La priorité porte désormais davantage sur les besoins de l'enfant et de sa famille. L'objectif est d'y apporter la réponse la plus adaptée et la plus complète possible. A partir de là, s'ouvre un vaste chantier de réformes destinées à remettre l'utilisateur au centre du dispositif.

La loi du 2 janvier 2002 poursuit dans cette voie et fait évoluer le statut des bénéficiaires de la prise en charge et la place des familles. Elle donne pour la première fois une définition des finalités de l'action sociale et médico-sociale - il s'agit de promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, de prévenir les exclusions et d'en corriger les effets – et en rappelle les principes fondamentaux. Elle réaffirme les droits des usagers du secteur social et médico-social. Afin de limiter les violences et maltraitances institutionnelles,

- Elle positionne l'utilisateur au centre de l'action sociale,
- Elle lui donne la parole et la liberté de choix,
- Elle formule l'exigence d'une prise en charge individualisée, de qualité, contractualisée et respectueuse des droits,
- Elle affirme la nécessité de la participation des bénéficiaires à la mise en œuvre de leur projet,
- Elle impulse une dynamique d'innovation et de diversification de l'offre de service,
- Elle associe les usagers au fonctionnement des établissements

---

<sup>9</sup> DGAS, Conseil Supérieur du Travail Social, 2007, « l'utilisateur au centre du travail social », *Rapports du CSTS*, Ed. ENSP, p 7

<sup>10</sup> Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (26 août 1789), Convention Internationale des Droits de l'Enfant (8 décembre 1975), Déclaration des Droits des Personnes Handicapées (8 décembre 1975)

<sup>11</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 75-535 du 30 janvier 1975 relative aux Institutions Sociales et Médico-sociales

<sup>12</sup> Devenue la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées : MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2005-1589 du 19 décembre 2005 relatif à la CDAPH.

<sup>13</sup> FAUGERAS S., 2007, « *L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social* », 1<sup>o</sup> édition, Paris : Seli Arslan, p.34

<sup>14</sup> MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE et DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°89-798 du 27 octobre 1989, article 3

Elle rend, pour cela, l'élaboration et la réactualisation de certains documents, destinés à garantir le respect des droits des usagers, obligatoires : Projet d'établissement, Livret d'Accueil, Contrat de Séjour, Projet Personnalisé, Protocole de Lutte contre la Maltraitance, Règlement Intérieur, Charte des Droits et Libertés ; elle institue le Conseil de la Vie Sociale.

Cette loi entre dans un contexte plus large de Réforme de l'Etat et de l'Action publique, avec une prise en compte accrue des droits de l'Homme affirmés par divers textes. L'utilisateur est considéré non plus comme objet de la prise en charge, mais en tant que sujet de droits et citoyen<sup>15</sup>. L'évolution du statut de l'utilisateur, telle qu'analysée dans le secteur social et médico-social, concorde avec le développement d'une nouvelle conception des relations entre l'Administration et les usagers, nommés tour à tour « administrés », « usagers », « citoyens »<sup>16</sup>. La montée d'un certain individualisme et du consumérisme conduit à de nouvelles formes de lien social permettant à l'individu l'exercice d'un pouvoir sur la qualité de l'offre. La notion d'utilisateur, qui comprend celle de bénéficiaires directs et secondaires (parents ou familles) fait « référence à une position principale de consommation, mais aussi à une association possible par des mécanismes de participation à la production du service rendu »<sup>17</sup>. La contractualisation des relations entre usagers et professionnels fait partie de ces nouvelles formes de lien social et représente l'un des mécanismes de participation à disposition de l'utilisateur.

#### B) La contractualisation, une relation de réciprocité avec un « client particulier »

L'action des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux est inscrite dans un cadre moral, éthique, philosophique et culturel, du fait de la nature même du service qu'ils rendent. La question de l'utilité sociale d'un établissement renvoie à deux concepts essentiels, ceux de « mission » et de « service ». Le missionné agit par légation pour accomplir quelque chose ; une mission est confiée. Le concept de service renvoie à la réponse à des besoins et attentes, à la notion de satisfaction fournie.

L'utilisation de ces deux termes implique des relations de natures bien différentes : la mission vient d'en haut et s'inscrit dans le cadre d'une relation de devoir ; le service s'inscrit dans une relation d'échange, bien souvent contractualisée. Le concept de mission est le plus souvent utilisé dans le monde religieux, militaire et administratif, tandis que le concept de service est plus courant dans l'univers des entreprises et du commerce. Il fait une percée dans le vocabulaire professionnel du secteur.

Dans le secteur social et médico-social, la mission est une commande administrative. Elle est confiée par les autorités et balisée par des textes. Elle est une commande sociale qui correspond aux attentes présumées de la société et de l'Etat. Elle constitue un cadre pour l'action. La mission rappelle le fondement et le sens des activités d'un établissement ; elle est formalisée par l'agrément. La culture du secteur social et médico-social est plutôt fondée sur la notion d'engagement, chargée d'une

---

<sup>15</sup> DUCALET P., LAFORCADE M., 2004, *Penser la qualité dans les institutions sociales et médico-sociales*, 1<sup>o</sup> édition, Paris : Seli Arslan, p101-104

<sup>16</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec l'administration, REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<sup>17</sup> MIRAMON J.M, MORDOHAY F.O., 2003, « *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales* », Paris : Dunod, p 17

autolégitimation historique et marquée par des origines religieuses et administratives. La référence à la mission est donc traditionnellement mieux acceptée.

Un changement s'opère, toutefois, avec le passage d'une logique de « placement » de l'utilisateur, dans laquelle la capacité d'accueil de l'établissement est sollicitée avant tout, à une logique de « prestation de service » où l'on examine la capacité à répondre à une problématique, un besoin, une attente. La notion de service renvoie à une transaction entre un prestataire et un bénéficiaire. C'est le « plus » apporté à la personne accueillie, la valeur ajoutée de cette transaction, c'est-à-dire un changement effectif pouvant être évalué (état de santé, diverses compétences, promotion personnelle...)

C'est notamment en raison de l'évolution du travail social, de la réaffirmation des droits des usagers, d'une prise de conscience que l'on ne peut assurer une prestation de service auprès d'un bénéficiaire malgré lui et de l'évolution des modèles de management, que la loi du 2 janvier 2002, suivie des lois du 4 mars 2002<sup>18</sup> et du 4 février 2005, instaure des relations de réciprocité, de transaction entre prestataire et bénéficiaire. Mais il ne faut pas se tromper sur l'objectif poursuivi. Il ne s'agit pas, en cela, de soumettre les professionnels du secteur au seul bon vouloir des usagers et de leurs familles, mais d'un engagement réciproque entre le travailleur social et l'utilisateur, respectivement titulaires de droits et des obligations. JR. LOUBAT parle d'« *un face à face d'acteurs aux droits et devoirs mieux identifiés, retrouvant pleinement leurs prérogatives, leurs rôles et leurs dignités* »<sup>19</sup>. Il prend la forme d'un contrat, d'un document écrit qui fixe les modalités de l'échange, les droits et devoirs de chacune des parties; il scelle une transaction.

Pour que cette contractualisation réponde à l'objectif qui lui est assigné, la transaction doit être claire et précise et l'engagement doit être réciproque. Le bénéficiaire de la prestation ne peut plus faire l'objet d'une transaction qui s'effectuerait en dehors de lui. Les bénéficiaires directs et secondaires sont propulsés au rang d'acteurs. La négociation entre le bénéficiaire et le prestataire s'effectue autour d'une ou plusieurs intentions conjointes et débouche sur un projet, qui a pour effet de passer de l'intention conjointe à la mise en œuvre concertée. L'objectif d'un tel contrat est de définir la nature de la prise en charge et d'en garantir la qualité dans un projet personnalisé, en cohérence avec le projet d'établissement. L'instauration de ce type de relations entre professionnels, usagers et commanditaires extrait progressivement l'action sociale de son autolégitimation historique pour l'inscrire dans le droit commun des relations de service. C'est une nouvelle lecture de l'utilité sociale des établissements. L'action sociale ne repose plus seulement sur une étude des besoins réalisée par les seuls professionnels, mais intègre l'expression des attentes et demandes d'utilisateurs placés en situation de client.

---

<sup>18</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>19</sup> LOUBAT J.R., 2000, « Prestataires et bénéficiaires doivent passer un contrat ! », *Lien social*, n°527, p3

Les bénéficiaires des prestations ne sont plus des « patients », des « handicapés », des « inadaptés »... ils sont dorénavant des interlocuteurs à part entière, des clients. Selon J.R. LOUBAT<sup>20</sup>, le statut de client conféré au bénéficiaire d'actions sociales et médico-sociales le met « en position de partie contradictoire, titulaire de droits opposables et de possibilités de recours, et en position de faire jouer la concurrence ». L'usager est comparé au client du secteur marchand et concurrentiel. Mais, il convient de relativiser cette notion de client. S'il est positionné par la loi comme un client d'une prestation de service, individualisée et contractualisée, l'usager du secteur social et médico-social est tout de même un client un peu particulier qui ne peut être assimilé aux clients des entreprises. En effet, il n'a parfois rien demandé, n'est ni décideur ni solvable ou ne possède pas forcément d'alternative. Dans le secteur du handicap en particulier, les places sont chères et les listes d'attente sont souvent longues. Les familles sont donc satisfaites que leur enfant soit admis dans une institution telle qu'un IME ou autre structure équivalente. Cet état de fait nuance l'ampleur des attentes qu'elles peuvent formuler et des désaccords qu'ils sont en mesure d'exprimer.

En référence à cette notion de « client particulier », on peut citer R. BAPTISTE<sup>21</sup> qui qualifie les ESMS d'« entreprises de services en action sociale ». Il les définit comme « des entreprises qui se fixent pour objectifs des causes et des services sociaux ». Ce sont des entreprises particulières, avec un statut juridique variable, qui évoluent sur un marché concurrentiel offrant des prestations de service à but lucratif. La majorité d'entre elles est gérée par des associations ou directement par l'Etat ou les collectivités territoriales et ne dégage pas de profit distribuable à des actionnaires. Elles fonctionnent à partir de deniers publics, du fait de l'insolvabilité de leurs usagers.

Si l'évolution n'est pas propre au secteur social et médico-social, elle a des répercussions, dans la représentation que doivent avoir les professionnels des relations avec les usagers, des prestations proposées et de la prise en compte de leurs attentes.

### C) La voix de l'usager devenue incontournable

Les réponses apportées aux besoins des usagers se veulent plus précises, plus adaptées et surtout plus personnalisées ; les demandes et attentes des usagers occupent une place de plus en plus importante dans l'évaluation des besoins ainsi que dans les projets institutionnels relatifs au fonctionnement et aux pratiques professionnelles. La « relation de service »<sup>22</sup> qui unit professionnels et bénéficiaires, est souvent présentée avec ses différentes composantes, sous la forme d'un « Cycle de la qualité »<sup>23</sup>. A ce titre, il convient de distinguer :

- Le service déclaré, qui est l'offre à laquelle s'engage l'établissement prestataire,

---

<sup>20</sup> LOUBAT J.R., 2007, « La relation de service au sein de l'Action sociale et médico-sociale, *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2497 p39-40

<sup>21</sup> BAPTISTE R., 1990, « *Rénover l'action sociale par le management et le marketing* »

<sup>22</sup> LOUBAT J.R., 2007, « la relation de service au sein de l'Action sociale et médico-sociale, *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2497 p39

<sup>23</sup> AFNOR, décembre 2000, *Guide pour l'identification des exigences des clients*, Fascicule de documentation X50-179, cité dans FAUGERAS S, 2007, *L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social*, 1<sup>o</sup> édition, Paris : Seli Arslan, p.34

- Le service rendu, qui représente la prestation effective,
- Le service attendu, qui correspond à la réponse souhaitée par le bénéficiaire,
- Le service perçu, qui est la prestation telle qu'elle est perçue par les bénéficiaires

Désormais, le service déclaré doit prendre en compte, en les « objectivant », les attentes, les demandes et les souhaits de l'utilisateur, autrement dit le service attendu par celui-ci. L'établissement doit être en mesure de s'adapter à l'utilisateur, et non plus l'inverse. Cette évolution des représentations et des mentalités, induite par les textes législatifs et réglementaires, s'accompagne de pratiques professionnelles nouvelles dans le secteur, destinées à favoriser cette adaptabilité des établissements.

### 1.1.2 Des pratiques professionnelles renouvelées

Ces pratiques prennent leur source dans des concepts jusque-là peu connus dans la culture sociale et médico-sociale, y compris dans le champ du handicap.

#### A) L'introduction de concepts nouveaux issus du monde de l'entreprise

La contrepartie de la professionnalisation du secteur social et médico-social et de son intégration dans le monde ordinaire des services, est l'émergence de nouvelles représentations et l'apparition de concepts issus du secteur industriel et commercial. Elles vont de pair avec le développement d'une « véritable ingénierie professionnelle »<sup>24</sup>.

Des exigences pèsent désormais sur la prestation. La teneur de ces exigences dépend des besoins et des attentes des usagers, des contraintes posées par les tutelles (autorisation d'activité, allocation de moyens) et par les pouvoirs publics au sens large (législation et réglementation florissante). Ces exigences entraînent une nécessaire mesure de sa qualité et de la satisfaction procurée aux usagers. Comme je l'ai évoqué auparavant, il s'agit de fournir une prestation qui soit la plus adaptée possible aux besoins et aux attentes de l'utilisateur. Cette mesure permet de vérifier que les objectifs fixés, au plan institutionnel, dans le projet d'établissement, et contractualisés avec l'utilisateur, dans le projet individualisé et le contrat de séjour, sont atteints. Comme les prestataires de service traditionnels, les ESMS sont de plus en plus soumis à une exigence de résultats.

Parmi les outils managériaux mis en place, le management par le projet est entré récemment dans les pratiques du secteur, sous l'impulsion de la loi du 2 janvier 2002. Il en est de même du management par la qualité. Dans une optique de rationalisation du coût, liée aux contraintes budgétaires actuelles, la prise en compte du rapport entre la qualité et le prix est beaucoup plus prégnante ; le contrôle financier exercé sur les établissements est plus poussé. Dans le même ordre d'idées, la pluri annualité budgétaire<sup>25</sup> ainsi que des dispositifs destinés à optimiser et mutualiser les moyens, tels que

---

<sup>24</sup> LOUBAT J.R., 2007, « la relation de service au sein de l'action Sociale et médico-sociale, *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2497 p40

<sup>25</sup> DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE. Circulaire DGAS/D5B/2006/216 n°2007-111 du 18 mai 2006 relative à la pluri annualité et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et

les groupements de coopération entre ESMS sont instaurés. Malgré la diversité et les disparités existantes dans le secteur qui en font sa richesse, il y a lieu de trouver, face à la concurrence « des modalités nouvelles de coordination et de mutualisation des opérateurs et des lieux institutionnels de prise en charge<sup>26</sup> ».

C'est, en réalité, la performance des établissements qui est mesurée à partir de divers critères liés à l'adéquation de la prestation de service aux besoins des usagers (efficacité) et aux moyens alloués (efficience). L'évaluation, prévue par la loi du 2 janvier 2002, conditionne le renouvellement de l'autorisation d'activité de l'établissement qui est, désormais, d'une durée de 15 ans. Elle conditionnera aussi l'allocation des moyens nécessaires à l'établissement pour fonctionner. En somme, ce qui est recherché, c'est une plus grande lisibilité et une plus grande traçabilité d'une activité jusque là fondée sur le bénévolat et le volontarisme idéologique<sup>27</sup>. Le monde du handicap n'y fait pas exception.

#### B) Le handicap, un secteur en pleine mutation

Dans le secteur social et médico-social et, dans le domaine du handicap en particulier, la personnalisation et la contractualisation des prestations fournies avec l'utilisateur conduit à l'émergence de ce que J.R. Loubat appelle une « culture hors des murs », par opposition à la traditionnelle « culture des murs » et la logique d'établissement. Pendant des dizaines d'années, les individus furent affectés à une structure en fonction d'une sorte de « label » : « déficient intellectuel », « psychotique », « polyhandicapé » etc. L'utilisateur devait s'adapter au fonctionnement de l'établissement et s'intégrer à celui-ci. L'Institution primait sur la personne accueillie ; le collectif sur l'individuel. A ce titre, la Sociologie des Organisations montre comment toute organisation a tendance à se « chroniciser » en privilégiant d'abord sa propre reproduction.

Les évolutions actuelles, sur fond de montée d'individualisme caractéristique de nos sociétés, optent pour un recentrage sur l'utilisateur, par une diversification des structures, offrant un panel de prestations variées, et la possibilité est offerte à l'utilisateur de bénéficier de prestations, déterminées en fonction de ses besoins spécifiques, et non plus du fonctionnement institutionnel. C'est ainsi que l'accueil séquentiel s'est développé dans les établissements et connaît un grand succès auprès des familles ; c'est d'ailleurs le cas à l'IME Montaudran.

En réalité, c'est la notion même d'établissement qui est repensée. La tendance actuelle va à la valorisation des modes d'intervention et d'accompagnement ne nécessitant pas un dispositif lourd. L'évolution de la personne dans le monde ordinaire est favorisée. L'objectif est la socialisation et la promotion personnelle<sup>28</sup> de la personne accueillie. Pour cela, des réseaux et des partenariats, se

---

médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements

<sup>26</sup> MIRAMON J.M, MORDOHAY F.O., 2003, *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*, Dunod, Paris, p 11

<sup>27</sup> LOUBAT J.R., 2007, « la relation de service au sein de l'action Sociale et médico-sociale, *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2497 p40

<sup>28</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

développent dans le secteur du handicap, avec le monde extérieur, comme à l'intérieur des institutions, entre les différents services, équipes et professionnels, en vue d'un accompagnement global et pertinent de la personne bénéficiaire. L'instauration du Projet Personnalisé de Scolarisation va dans le sens cette ouverture de l'établissement vers l'extérieur<sup>29</sup>. A l'IME Montaudran, comme dans nombre d'établissements, du même type, les professionnels s'attachent à ce que la prise en charge des enfants soit conçue et réalisée de manière pluridisciplinaire, tant avec les autres établissements médico-sociaux, qu'avec le milieu qualifié d'ordinaire (écoles, centres de loisirs etc.).

Une coordination est dès lors nécessaire pour faire le lien entre les différents intervenants et les diverses prestations prévues dans le projet et en ajuster le contenu aux besoins de la personne. S'il est prévu que les Maisons Départementales des Personnes Handicapées prennent en charge une partie de cette coordination<sup>30</sup>, une coordination de proximité doit être assurée par les professionnels, au sein même des établissements. Ce n'est plus la notion d'établissement qui sert de repère à l'accompagnement des personnes accueillies, mais celle de projet et de dispositif de coordination. Au sein de l'IME Montaudran, la coordination du projet de chaque jeune accueilli est organisée ; chaque agent éducatif est coordonnateur de plusieurs projets. Le terme de « coordonnateur » fut préféré à celui de « référent » car il renvoie à cette notion de projet et non à la personne elle-même.

Les pratiques professionnelles sont en pleine mutation, questionnées et évaluées au regard de « bonnes pratiques professionnelles », dont le respect est considéré comme un gage de qualité. Elles sont destinées à guider les établissements dans une logique d'amélioration continue de la qualité de leurs prestations et de leur fonctionnement, dont la première étape est l'évaluation interne des pratiques professionnelles.

### 1.1.3 L'évaluation, une injonction sociale et légale

L'entrée du secteur dans un professionnalisme avéré se traduit par l'apparition de logiques, de concepts et de pratiques nouvelles ainsi que par la « nécessité de faire mieux avec moins »<sup>31</sup>. Les établissements sociaux et médico-sociaux doivent aussi répondre des capacités de leurs services à satisfaire les « clients ». Pour répondre à ces exigences, ils doivent se lancer dans une démarche d'évaluation interne. Quelques rappels sont nécessaires, avant d'exposer les difficultés générales liées à son entrée dans le secteur et les éléments méthodologiques « phare » qui ont guidé sa mise en place à l'IME Montaudran.

---

<sup>29</sup> MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, ET DE LA RECHERCHE.,. Circulaire n°2006-126 du 17 Août 2006 relatif à la mise en œuvre et du suivi du Projet Personnalisé de Scolarisation.

<sup>30</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2000-102 du 11 février 2005, article 64. Décret d'application n°2005-1587 du 19 décembre 2005 relatif à la Maison Départementale des Personnes Handicapées et modifiant le CASF.

<sup>31</sup> LOUBAT J.R., 2004, « L'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux, réflexion autour d'un concept vertueux », *Lien social*, n°719, p.4-12

#### 1.1.4 Des rappels essentiels

Ces rappels porteront sur les origines de la notion de qualité, sur la teneur des obligations législatives en la matière et sur les concepts nouvellement entrés dans le secteur.

##### A) Des origines de la qualité...

Comme nombre de notions nouvelles, intégrées à la culture sociale et médico-sociale, les concepts de qualité et de démarche qualité proviennent du secteur industriel et commercial. L'histoire de la qualité est marquée par des auteurs tels que W.E. DEMING, statisticien américain, à l'origine de la roue PDCA<sup>32</sup>, K. ISHIKAWA, créateur des cercles qualité et du diagramme de recherche des causes de dysfonctionnements.

En France, c'est le secteur privé concurrentiel qui commence par se doter d'un mécanisme de vérification de l'excellence de sa production, les normes ISO, attribuées par l'AFNOR. La mission dévolue aux normes ISO consiste à favoriser le développement de la normalisation des échanges entre pays. En 1990, les services sont certifiés sur la base des normes ISO 9003. Le Mouvement Français pour la Qualité est, ensuite, créé afin de promouvoir la qualité au sein des entreprises, des services publics et du grand public, en vue de constituer un lieu d'échanges et de valorisation des expériences qualité.

Dans le domaine sanitaire, l'évaluation des pratiques professionnelles est envisagée officiellement à partir de 1989, date à laquelle l'ANDEM voit le jour. Avec la loi de 1991<sup>33</sup> portant réforme hospitalière, l'évaluation de la qualité des soins est érigée en obligation pour tous les établissements de santé publics et privés. Elle suppose l'existence de référentiels nationaux de qualité, la détermination de seuils d'activité, la détermination de configurations des plateaux techniques. En 1996, le secteur sanitaire franchit une nouvelle étape vers la généralisation de la qualité dans le secteur, avec l'ordonnance Juppé du 24 avril 1996<sup>34</sup>. Elle porte sur les thèmes suivants :

- le patient et ses droits au centre du dispositif de soins
- l'engagement dans l'évaluation et l'accréditation
- la contractualisation
- l'hôpital et son environnement, la coopération entre les acteurs de santé
- l'ANDEM devient l'ANAES

Il faut attendre l'année 1997 pour qu'un « Guide du Commissariat pour la Réforme de l'Etat » soit élaboré, en vue de développer la qualité des services et d'initier des démarches qualité dans tous les services publics en réponse aux critères du service rendu à l'utilisateur. A partir de là, intervient la réforme de 1999<sup>35</sup> sur la tarification des EHPA, l'introduction du référentiel d'autoévaluation

---

<sup>32</sup> Roue PDCA : « Planifier » (P), « Développer » (D), « Evaluer » (E), « Améliorer » (A)

<sup>33</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>34</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>35</sup> Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD

« ANGELIQUE », pour le secteur des personnes âgées, la loi du 4 mars 2002<sup>36</sup>, qui procède à une revalorisation des droits des malades et au développement de la qualité du système de santé, et la loi de rénovation sociale et médico-sociale de 2002 concernant les ESMS.

B) ...A des obligations d'ordre législatif et réglementaire...

La loi du 2 janvier 2002<sup>37</sup> impose à l'ensemble des structures et services sociaux et médico-sociaux de procéder à l'évaluation de leurs pratiques professionnelles, en vue d'entrer dans le processus d'amélioration continue de la qualité de ceux-ci. Les résultats de l'évaluation interne doivent être communiqués au bout de cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation d'activité. Elle sera complétée par une évaluation externe, devant intervenir dans les sept ans suivant la délivrance de l'autorisation ou de son renouvellement. Elle sera effectuée par un organisme agréé à partir d'un cahier des charges fixé par décret<sup>38</sup>. Cette évaluation conditionne désormais le renouvellement des agréments au bout deux périodes de sept ans.

L'évaluation consiste à évaluer la qualité des activités et des prestations délivrées par les établissements sociaux et médico-sociaux au regard de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Afin d'accompagner et de promouvoir les démarches d'évaluation, un Comité National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale fut institué en 2002, remplacé récemment par une l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des ESMS<sup>39</sup>. Les missions de celle-ci portent, notamment, sur la validation et l'élaboration des procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Il lui revient également d'émettre des avis en vue de l'habilitation des organismes qui seront chargés de l'évaluation externe. Des notes d'orientation et des ouvrages méthodologiques furent diffusés par le CNESMS afin de guider les ESMS dans la mise en place de l'évaluation interne, de promouvoir la culture de l'évaluation et les concepts nouveaux qui y sont liés.

C) ...Et à l'avènement de concepts nouveaux

Une définition issue des normes ISO présente la qualité comme « l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques d'un produit, d'un système ou d'un processus à satisfaire les exigences des clients et autres parties intéressées ». La qualité s'applique à l'ensemble des biens, des produits et des services et est envisagée à partir des attentes du client. Si la tâche n'est pas aisée concernant un produit ou un service, elle l'est encore moins lorsqu'il s'agit d'une prestation de service d'une rare

---

<sup>36</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>37</sup> Article L312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles

<sup>38</sup> MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements sociaux et médico-sociaux

<sup>39</sup> MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-324 du 8 mars 2007 portant diverses dispositions relatives à l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux

complexité, telle que l'accompagnement éducatif, thérapeutique et social d'un enfant ou d'une jeune personne handicapée par exemple.

M. LAFORCADE et P. DUCALET<sup>40</sup> donnent une définition de la qualité dans les institutions sanitaires et sociales : La qualité correspond à « *l'aptitude d'une organisation (association, établissement, service) à répondre aux besoins exprimés, implicites et potentiels de l'utilisateur, de sa famille et des acteurs avec lesquels il entre en coopération en vue de maintenir ou d'améliorer sa santé (au sens bio psycho social), son autonomie et sa dignité d'être humain* ».

Le concept de qualité comporte les dimensions suivantes :

- l'*efficacité* (aptitude à atteindre les résultats attendus)
- l'*efficience* (aptitude à produire au moindre coût)
- la *sécurité*
- l'*acceptabilité* des interventions
- l'*accessibilité* des prestations au plan géographique, économique, social et culturel

Se pose la question du choix entre la qualité totale et une démarche plus modeste, qui privilégierait certains secteurs de l'Institution. Par souci d'efficacité, il est conseillé d'entrer dans la démarche qualité avec un nombre d'objectifs restreints et réalistes. La qualité recouvre la satisfaction des bénéficiaires au regard des prestations fournies, le respect de bonnes pratiques professionnelles définies par l'administration et l'application d'une stratégie d'entreprise. Le « Cycle de la qualité » relie les différentes dimensions de la notion de qualité :

- *la qualité attendue*, qui correspond aux besoins et attentes des usagers, à un certain niveau de qualité souhaitée,
- *la qualité perçue*, qui révèle la satisfaction de l'utilisateur,
- *la qualité voulue*, qui est celle que la structure prévoit pour atteindre cette satisfaction,
- *la qualité réalisée*, qui est le niveau de qualité réellement fourni par l'Institution.

Ces différentes formes de qualité constituent la qualité globale. La mesure des écarts entre la qualité voulue et la qualité réalisée fait apparaître des dysfonctionnements dont la résolution incite à la mise en place d'une démarche qualité.

Il s'agit d'une démarche stratégique, d'un « processus global permettant à un opérateur individuel ou collectif d'obtenir ou de garantir un certain niveau de qualité ». Il est préférable de choisir le terme de processus d'« amélioration continue de la qualité » plutôt que celui de « démarche qualité » car ce terme met en exergue le caractère permanent de la démarche. Il ne s'agit pas de remplir une formalité administrative, ce qui aurait pour effet de la vider de son sens. Il renvoie à une « intentionnalité pérenne présente au cœur de toutes les pratiques et situations professionnelles<sup>41</sup> ». Ce processus concerne l'ensemble des acteurs d'un établissement. Il est idéalement conduit de manière participative et pluridisciplinaire, et compte sur un engagement fort et affirmé de la part de la Direction. La qualité est

---

<sup>40</sup> DUCALET P, LAFORCADE M., 2004, *Penser la qualité dans les institutions sociales et médico-sociales*, 2<sup>e</sup> édition, Paris : Seli Arslan, p.130

une « posture<sup>42</sup> », un état d'esprit ; elle procède « d'une refondation du sens de l'activité et d'une pratique d'amélioration continue des processus en terme de cohérence et de cohésion<sup>43</sup> ».

Ses finalités sont un recentrage des efforts et des prestations sur les besoins et attentes de la personne accueillie et l'optimisation des moyens en vue d'un abaissement du coût des prestations, dans le cadre d'un meilleur rapport qualité/prix. Les ESMS, par leur action, rendent un service aux bénéficiaires, qui sont les premiers concernés par la qualité du service et ont leur mot à dire sur la qualité attendue et perçue. Mais ils remplissent aussi une mission de service public pour le compte de commanditaires publics. Ces deux approches doivent se combiner<sup>44</sup> : l'une plutôt commerciale, en direction d'un « consommateur », et l'autre plus administrative et proche d'une logique de mise en conformité avec des standards de bonnes pratiques.

Le processus d'amélioration continue de la qualité ayant pour objet de réduire les écarts entre service attendu, service déclaré et service rendu, sa mise en place nécessite un état des lieux des pratiques professionnelles. A ce titre, l'évaluation est l'une des portes d'entrée dans le processus. Elle permet de formuler un constat, qui va générer la mise en œuvre de la démarche par la détermination et la planification d'actions amélioratrices, qui seront elles-mêmes, ensuite, évaluées. Ainsi se met en mouvement ce que nombre d'auteurs appellent « le cercle vertueux de la qualité » ou Roue « PCDA ». L'évaluation est donc l'un des moyens d'atteindre la démarche qualité, par la troisième phase « Evaluer » de la Roue de DEMING. Elle consiste à porter un jugement sur une action, une prestation, un fonctionnement. Elle est une aide à la décision et se concrétise par l'élaboration de Plans d'Actions Qualité.

Cette mesure s'effectue à l'aide d'un outil, le référentiel de bonnes pratiques professionnelles. Par souci de pragmatisme, le choix de l'outil, qui découle du choix des objectifs fixés, devrait se porter sur des référentiels simples, concrets, comportant des objectifs réalisables pour l'établissement. L'évaluation connaît des stades successifs : la description, l'analyse, l'interprétation et la détermination d'actions. L'évaluation interne repose sur la constitution de groupes d'autoévaluation pluridisciplinaires et coordonnés par un comité de pilotage. Il a un rôle de pilotage de la démarche et de validation des réponses et des plans d'actions. C'est de cette manière que fut orchestrée la mise en place de l'évaluation interne à l'IME Montaudran.

L'évaluation se fonde sur une analyse des processus. La notion de processus « vise à décrire l'activité de l'établissement en terme de combinaison de mode opératoire (et non de structure) et selon une logique de finalité<sup>45</sup> ». « La qualité se bâtit sur la capacité de toute organisation de repérer quels sont les processus à forte valeur ajoutée pour l'utilisateur, à ne pas en oublier les finalités et à produire, à

---

<sup>41</sup> LOUBAT J.R., 2004, « L'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux, réflexion autour d'un concept vertueux », *Lien social*, n°719, p.4

<sup>42</sup> Terme utilisé par une Directrice d'ESMS au cours d'un entretien téléphonique sur ce thème

<sup>43</sup> DUCALET P, LAFORCADE M., 2004, *Penser la qualité dans les institutions sociales et médico-sociales*, 2<sup>e</sup> édition, Paris : Seli Arslan, p. 140

<sup>44</sup> LOUBAT J.R., 2004, « L'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux, réflexion autour d'un concept vertueux », *Lien social*, n°719, p.7

<sup>45</sup> Ibid.

partir de l'expérience et d'une lecture évènementielle, un processus de progrès continu<sup>46</sup> ». Les processus clés sont, par exemple, le processus d'accueil, le processus d'hébergement, le processus de sortie. Le choix des processus peut découler d'aspects stratégiques, d'obligations réglementaires non respectées, de l'identification de dysfonctionnements, de facteurs de risques etc.

Cette analyse des dysfonctionnements réalisée par les groupes de travail peut s'appuyer sur différentes méthodes (Arbre des causes, Diagramme de Pareto, méthode QQQQCP<sup>47</sup>). Les critères d'analyse d'un processus sont la pertinence pour l'utilisateur, l'effectivité, l'efficacité, l'efficience, la cohérence et la cohésion, la conformité et l'impact sur l'environnement.

Si J.R Loubat qualifie la qualité de « concept triomphant », « consensuel et irrésistible par nature »<sup>48</sup>, personne ne pouvant, dans l'absolu, s'opposer à la recherche de celle-ci ; la pratique même de l'évaluation est accueillie avec défiance dans le secteur social et médico-social.

### 1.1.5 Une mise en place délicate dans un secteur complexe et paradoxal

Les craintes des professionnels tiennent, en partie, de la complexité et des spécificités du secteur, revendiquées par les professionnels eux-mêmes. La mise en place de l'évaluation interne présente, pourtant, de nombreux intérêts pour les structures, à condition que leurs spécificités soient respectées et que la méthodologie utilisée soit suffisamment rigoureuse.

#### A) Des tentatives infructueuses

Si le secteur social et médico-social peut manifester certaines réticences à l'égard de l'évaluation des pratiques professionnelles issue de la loi de 2002, elle ne lui est pas étrangère. Des méthodes furent expérimentées en France dans les années 80. Une méthode de révision de la gestion publique, visant à rationaliser les choix budgétaires, conduisit à décomposer et à quantifier l'action sociale ; elle s'est révélée inadaptée. Une méthode dite PASS<sup>49</sup> consista à apprécier la qualité du service rendu aux usagers à travers l'évaluation du système de service. Il s'agit d'une méthode descriptive, découpant l'institution en 50 chapitres, et à laquelle tous les précurseurs de l'évaluation des pratiques professionnelles se seraient essayés. Le principe n'a pas pris, semble-t-il, par manque de maturité, de technicité et d'engagement. La méthode FAVARD correspond à une évaluation clinique dont l'objectif était de conduire les professionnels à produire eux-mêmes des indicateurs et des critères d'évaluation cliniques. Elle ne fut pas mieux admise dans le secteur, du fait cette fois-ci d'une trop

---

<sup>46</sup> DUCALET P, LAFORCADE M., 2004, *Penser la qualité dans les institutions sociales et médico-sociales*, 2<sup>e</sup> édition, Paris : Seli Arslan, p. 143

<sup>47</sup> Méthode « Quoi ? Qui ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? »

<sup>48</sup> LOUBAT J.R, 2006, « Evaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux », *Gestions hospitalières*, p. 207

<sup>49</sup> Méthode « PASS » : « Programme d'Analyse des Systèmes et des Services »

grande technicité. Pour autant, tous les principes de l'évaluation ne furent pas oubliés ou rejetés jusqu'à la loi de 2002<sup>50</sup> ; il convient toutefois de les adapter à la complexité du secteur et à ses spécificités.

#### B) Des professionnels réticents au sein d'un système « ouvert et complexe »

A l'occasion de mes lectures, d'entretiens et d'échanges avec divers professionnels, je pus relever des affirmations selon lesquelles les accompagnements éducatifs, formations pédagogiques et suivis thérapeutiques, qui constituent le cœur de métier des ESMS, « ne peuvent être standardisés » mais doivent, au contraire, s'adapter sans cesse à chaque situation. La peur d'« être mis dans des cases » est assez répandue parmi les professionnels de terrain. Certains d'entre eux m'ont fait part de leur inquiétude car ils avaient connu une situation similaire lorsqu'il s'est agi de mettre en place le projet individualisé, quelques années auparavant. En effet, une méthode, fondée sur le référentiel ROCS<sup>51</sup>, leur fut présentée par un intervenant extérieur en vue de l'élaboration du PI et de son évaluation. Elle s'est révélée, selon eux, inadaptée aux problématiques de l'établissement et trop systématique<sup>52</sup>. En réalité, cette grille ne semblait pas répondre aux pré requis d'un référentiel ; il s'agit notamment de l'adéquation à la population accueillie, l'adaptation à la culture institutionnelle et l'appropriation par les acteurs de l'accompagnement. Pour autant, cette méthode leur avait permis, au prix de quelques aménagements et adaptations, de créer la grille GOBEC, outil qu'ils utilisent actuellement pour l'élaboration et l'évaluation du projet individualisé.

Selon S. FAUGERAS, les processus d'accompagnement constituent des « systèmes ouverts », au sens de l'analyse systémique qui distingue les systèmes fermés, stables car isolés de leur environnement, et les systèmes ouverts, beaucoup moins stables et prévisibles. Par conséquent, il est difficile de faire des pronostics de résultat par rapport à l'action menée et de mesurer l'écart entre l'objectif initial et les résultats obtenus<sup>53</sup>. Cet auteur affirme que l'action sociale appartient au registre de la complexité selon les critères qu'en donne E. MORIN : « l'ambition de la pensée complexe est de rendre compte des articulations entre les domaines disciplinaires qui sont brisés par la pensée disjonctive » ; ce secteur professionnel serait donc « multidimensionnel » et « incertain ».

La mise en place d'un management par la qualité nécessite dès lors des adaptations fondamentales, tant le monde social et médico-social et le secteur marchand présentent des divergences importantes. Un transfert littéral des principes de la qualité serait impossible et dangereux. Il convient d'adapter les processus d'action sociale au cas par cas, en fonction du type d'établissement et des personnes accueillies. Il appartient alors au Directeur de l'établissement d'analyser les valeurs, les

---

<sup>50</sup> MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 (Annexes XXIV)

<sup>51</sup>DANANCIER J., 1999, « *Le Projet Individualisé dans l'accompagnement Educatif, Contextes, méthodes, outils* », 1<sup>o</sup> édition, Paris : Dunod, p. 79 et suivantes

<sup>52</sup> Selon eux, elle supposait de « mettre dans des cases » des éléments qui ne pouvaient l'être. Affirmations issues d'entretiens avec la Psychologue, l'Assistante sociale, l'Orthophoniste de l'IME

<sup>53</sup> FAUGERAS S., 2007, *l'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social*, 1<sup>o</sup> édition, Paris : Seli Arslan, P47

spécificités issues de la culture institutionnelle, en vue d'adapter son mode management et de fonder la légitimité d'actions ou de décisions difficiles ou « douloureuses ».

Par ailleurs, certains professionnels ont pu émettre des réticences et des doutes d'ordre pratique, liés à la charge de travail supplémentaire et aux moyens financiers qu'un tel projet implique, en parallèle de leur travail auprès des enfants, et des autres projets en cours à l'IME. La question de l'opportunité d'une telle démarche fut abordée, de même que des craintes d'ordre budgétaire, pouvant être résumés en la peur de « disposer de moins » de moyens financiers, humains, matériels, « pour faire autant ou plus ».

Il ne faut pas négliger un manque ou un refus de transparence de certains agents qui peut cacher une crainte du jugement pouvant être porté sur leurs pratiques. On qualifie généralement ce phénomène de « résistance au changement ». Pour le sociologue F. de KONINCK, l'analyse sociologique montre que « les gens ont, de fait, de bonnes raisons de ne pas vouloir changer<sup>54</sup> » (incertitudes, enjeux de pouvoir de personnes ou de groupes, intérêts divers).

Au-delà des craintes que peut inspirer l'évaluation, elle peut être une formidable opportunité pour les structures. C'est, en tous cas, ce que je me suis employée à expliquer, à diverses occasions, aux professionnels de l'IME, convaincus ou hostiles à la démarche. Il m'a paru important de prendre le temps d'informer, d'échanger, de convaincre ou de rassurer au cours de réunions ou de manière plus informelle, d'impliquer dans la démarche des personnes plutôt hostiles au départ ou au moins dubitatives. Il est bien évident que tous les professionnels ne sont pas dorénavant totalement convaincus, mais nombreux sont ceux qui ont participé au projet de manière volontaire et impliquée.

### C) Des perspectives intéressantes pour les structures

L'évaluation interne contribue à atteindre les objectifs suivants<sup>55</sup> :

- faire évoluer les pratiques, les compétences, en impliquant directement les acteurs
- produire des connaissances afin de nourrir la décision
- renouveler le dialogue entre les équipes et les professionnels par l'échange
- valoriser l'action conduite en questionnant les pratiques, en informant sur ses bénéfices pour l'usager et en capitalisant les expériences et les connaissances
- d'adapter et anticiper les besoins sociaux, contribuant à améliorer le projet
- contribuer à l'évolution du secteur par l'interpellation des décideurs.

Ces objectifs furent présentés aux professionnels de l'IME au cours des réunions de service et de la réunion institutionnelle, et par écrit, par le biais d'une revue interne dédiée à l'actualité de celle-ci, le « Bulletin de l'Evaluation ». L'objectif de cette revue est d'informer l'ensemble des professionnels de l'établissement, y compris ceux travaillant durant la nuit.

---

<sup>54</sup> DE KONINCK F., 2000, « Résister au changement : une attitude rationnelle », *Lien social*, Hors série n°28, p29

Les établissements doivent mettre au point une démarche rigoureuse et structurée, ainsi qu'une planification réaliste pour profiter des bienfaits de l'évaluation interne. L'investissement lié à une telle démarche ne doit pas être sous-estimé, tant au plan financier et matériel, qu'au plan humain. La démarche d'évaluation est avant tout une démarche projet. Les auteurs lui reconnaissent traditionnellement quatre dimensions, stratégique, structurelle, technique et culturelle, dont aucune ne doit être négligée.

En terme méthodologique, les points suivants sont capitaux :

- Seul un engagement fort et continu des responsables de projet permet d'impulser le changement ; cet engagement se fonde sur les valeurs sous-jacentes au projet.

J.F CLAUDE écrit que : « *Le management par les valeurs se dote d'un corps de valeurs explicites et légitimes, qui constituent des points de repère pour toutes les actions*<sup>56</sup> »

- La motivation des professionnels doit être soutenue et accompagnée ; « *une bonne gestion de projet est un soutien fort à la motivation des personnes impliquées*<sup>57</sup> ».

- L'information doit être pertinente, cohérente et délivrée à chaque étape clef

- La participation des agents et la pluridisciplinarité doivent être vivement encouragées.

D'ailleurs, la constitution de groupes de travail pluriprofessionnels est « *un support majeur d'un changement des mentalités*<sup>58</sup> ». L'animation des groupes est importante. A l'IME, un consultant extérieur fut missionné pour l'animation des quatre groupes de travail thématiques<sup>59</sup> ; ceci permit de dissocier les fonctions de Direction et d'Animation. Une enveloppe de 7000 euros, issue du budget relatif à la formation y fut consacrée.

- Le référentiel choisi doit être simple, concret et adapté à l'établissement. Le référentiel choisi pour l'IME<sup>60</sup> est celui qui fut réalisé par le consultant<sup>61</sup>. Trois séances par groupe de travail furent dédiées à l'adaptation de cet outil aux spécificités et problématiques de l'IME. Les autres séances furent consacrées à l'évaluation elle-même.

- Les Plans d'action doivent être planifiés au plan matériel et temporel, formalisés dans une « fiche action » et suivis des faits. Une évaluation doit y être prévue.

- Les usagers sont les bénéficiaires directs du projet ; ils doivent y être associés. Ils peuvent l'être par le biais d'un recueil de leur satisfaction, de leurs souhaits ou attentes.

---

<sup>55</sup> DGAS, CNESMS, septembre 2006, « *L'évaluation interne, Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux* », version n°1, 26p

<sup>56</sup> CLAUDE J.F, 2003, « *Le management par les valeurs* », 2° éd, Rueil-Malmaison : Liaisons, 264p

<sup>57</sup> MERLET C., mars 2007, « *Conduite d'un projet d'amélioration de la qualité* », formation ENSP

<sup>58</sup> Ibid.

<sup>59</sup> Droits des usagers ; prises en charge et projet individualisé ; gestion des fonctions logistiques ; management, gestion des Ressources Humaines et coopération

<sup>60</sup> Cf. Annexe III : Extrait du référentiel utilisé pour l'évaluation interne à l'IME Montaudran

<sup>61</sup> Cf. Annexe IV : Reproduction d'un extrait du cahier des charges relatif à l'évaluation interne

## 2 Le recueil de la satisfaction de l'utilisateur : Pourquoi ? Comment ?

Il convient, tout d'abord, de rechercher le sens d'un recueil de la satisfaction des usagers dans les institutions sociales et médico-sociales, avant de déterminer la place de celle-ci dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. J'illustrerai en présentant les aspects méthodologiques de l'enquête de satisfaction menée à l'IME.

### 2.1 Quel recueil de la satisfaction de l'utilisateur en Institution?

Il conviendra, au préalable, de définir les concepts utilisés, avant d'aborder le sens et les limites de la parole de l'utilisateur et du recueil de la satisfaction de l'utilisateur en particulier.

#### 2.1.1 Un lien étroit entre qualité, satisfaction, attentes et besoins

La satisfaction est généralement exprimée par un sentiment global, inspiré par une situation donnée. Dans le secteur sanitaire, la satisfaction est définie comme « une notion complexe, subjective et qualitative, essentiellement constituée d'éléments subjectifs et variables, laquelle doit être analysée dans le contexte des attentes des patients. La satisfaction du patient peut être considérée comme le résultat des soins et même comme un élément de l'état de santé lui-même<sup>62</sup>. »

Pour P. DUCALET et M. LAFORCADE<sup>63</sup>, la satisfaction du patient ou de l'utilisateur est influencée par plusieurs types de facteurs. Il s'agit de facteurs d'ordre subjectif, tels que l'expérience antérieure, les habitudes de vie, les valeurs de référence personnelles et la perception de la réalité. La nature et l'intensité des attentes dans une situation donnée ont également une influence sur la satisfaction : des attentes de guérison ou de sécurité, des attentes psychiques et sociales (protection, lien social, équilibre, plaisir de vivre...), des attentes matérielles de confort, de calme. Des facteurs objectifs relatifs à la réalité de la situation ont également une influence certaine sur la satisfaction (soins, prestations, accueil, information etc.) La satisfaction ou l'insatisfaction ressentie par l'utilisateur vient de sa perception de l'écart entre ses attentes et son expérience de la réalité offerte par l'établissement, dans une situation donnée et compte tenu de ses expériences antérieures et de ses habitudes de vie.

H. LECLET<sup>64</sup> développe l'idée du couple « satisfaction-confiance ». Le jugement porté par le bénéficiaire d'une prestation ou d'un produit, comporte deux dimensions : une perception de la confiance qui exprime le jugement porté sur le producteur et une perception de la satisfaction qui exprime le jugement porté sur la prestation elle-même. Ces deux perceptions sont pour lui

---

<sup>62</sup> ANDEM, septembre 1996, « La satisfaction des patients lors de leur prise en charge en établissement de santé », *Revue de Littérature Médicale*, p. 34

<sup>63</sup> P. DUCALET P. et LAFORCADE M., 2004 « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* », 2<sup>e</sup> édition, Paris : Seli Arslan, p.135

<sup>64</sup> Cité dans FAUGERAS S., 2007, *l'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social*, 1<sup>er</sup> éditions, Paris : Seli Arslan, p 109

indissociables car il n'y a pas de satisfaction sans confiance. Le client ou l'utilisateur mis en confiance est d'autant plus satisfait. La qualité perçue par l'utilisateur est fonction des attentes de la personne bénéficiaire et révéler la satisfaction de l'utilisateur est un moyen de révéler ses attentes. La mesure des écarts entre la qualité attendue et la qualité perçue correspond à l'évaluation du niveau de satisfaction de l'utilisateur.

Pour que la formule « l'utilisateur au centre du dispositif » ne demeure pas une déclaration d'intention, il convient de faire entrer l'utilisateur dans la démarche d'amélioration continue de la qualité en le plaçant au cœur du processus. Cela suppose de tenir compte de ses besoins et de ses attentes, au moins dans une certaine mesure, puisque l'on sait bien que ceux de l'utilisateur du secteur social et médico-social peuvent être contradictoires.

Quoiqu'il en soit, ils ne peuvent pas être standardisés. « *Seule la connaissance la plus fine possible du parcours de la personne et de la santé permet de définir et de hiérarchiser leurs besoins* »<sup>65</sup> Ces besoins recouvrent, avant tout, ceux qui caractérisent l'espèce humaine. Le même auteur cite, à ce propos, la pyramide d'A. MASLOW<sup>66</sup> qui représente les besoins, sous la forme d'une pyramide, des plus élémentaires aux plus élevés. La base de cette pyramide est composée des besoins les plus fondamentaux ; suivent les besoins de sécurité, les besoins d'appartenance, d'estime de soi et de réalisation. D'autres théories font apparaître les besoins et les aspirations de manière interactive et permettent d'appréhender la personne de manière transversale.

Les usagers sont véritablement au cœur du dispositif si l'ensemble de ces besoins est effectivement pris en compte dans la qualité de vie en établissement ; les usagers sont alors considérés dans la totalité de leur identité. La qualité de vie est un concept utilisé pour évaluer l'efficacité des services. Pour SCHALOCK<sup>67</sup>, ce concept reflète « *les conditions de vie souhaitées par une personne selon huit dimensions essentielles : le bien-être émotionnel, les relations interpersonnelles, le bien-être matériel, le développement personnel, le bien être physique, l'autodétermination, l'inclusion sociale et les droits* ». La qualité de vie est par nature subjective ; ses dimensions sont évaluées différemment par les personnes.

La notion de besoin ne doit pas être confondue avec celle d'attente. En effet, on considère que les besoins sont exprimés et correspondent à ce qui est nécessaire ou perçu comme tel, tandis que les attentes ou besoins implicites ne sont pas forcément exprimés car l'utilisateur s'attend à les trouver. Dans le secteur, on s'aperçoit que la demande doit être souvent décodée afin d'en percevoir la signification réelle. S. FAUGERAS cite le modèle de N. KANO qui, étant destiné au secteur marchand, doit être manié avec prudence. KANO a établi une corrélation entre des types d'attentes et des degrés de satisfaction du client. Il distingue les « attentes explicites ou proportionnelles », les « attentes obligatoires ou implicites » et les « attentes attractives ou latentes ». Pour lui, les « attentes explicites » correspondent aux besoins exprimés par le client car ils ne vont pas de soi. C'est, par exemple, le choix de la prestation. La satisfaction du client est proportionnelle à la prise en compte du choix exprimé. Les

---

<sup>65</sup> Ibid

<sup>66</sup> MASLOW A., 1972, « *Vers une psychologie de l'être* », trad° française, Paris : Fayard

<sup>67</sup> HAELEWYCK M.C, DEPRez M., 2002, la qualité de vie des personnes en situation de handicap, in *Recherche et développement qualité en action sociale*, sous la direction de J.M. DUTRENIT, Technologie de l'action sociale, p123-134

« attentes implicites » sont les prestations que le client s'attend à trouver et qu'il considère comme étant un dû ; ils correspondent aux « besoins primaires » d'A. MASLOW. Il peut s'agir des prestations éducatives et pédagogiques. La satisfaction du client s'exprime davantage sur la qualité que sur l'existence des services elle-même. Il nomme « attentes latentes », des besoins potentiels, non encore perçus par le client et donc non exprimés.

Dans le secteur social et médico-social, il s'agit de besoins détectés par les professionnels ; les usagers ne sont pas toujours en mesure de les percevoir du fait de leur handicap. A la différence du secteur marchand, ces besoins potentiels ne sont pas forcément perçus comme attractifs et peuvent aller à l'encontre d'autres attentes déjà exprimées. On peut citer, à titre d'exemple, l'éloignement d'un parent maltraitant, lorsque l'enfant se trouve dans une forte dépendance affective. Les besoins potentiels existent bien, mais leur anticipation ne va pas améliorer la satisfaction de l'utilisateur, contrairement au client du secteur marchand. La satisfaction est à prendre en compte mais à pondérer.

### **2.1.2 Une démarche éthique contrastée**

#### **A) Dans les institutions sociales et médico-sociales en général**

La *question du sens* est primordiale dans l'action, et surtout dans ce secteur. Le recueil de la satisfaction de l'utilisateur est avant tout un acte d'une portée éthique. Il a vocation à placer l'utilisateur au centre de sa prise en charge et du fonctionnement institutionnel. En cela, il s'ajuste parfaitement aux valeurs revendiquées par les professionnels du secteur : le sens et la qualité de leur travail auprès des personnes dont ils s'occupent. L'évaluation de cette satisfaction coïncide avec ce que l'on appelle communément « l'art du travail social » : prendre en compte, nuancer, objectiver et satisfaire par l'accompagnement. Or, comme l'affirme la Sociologie des Organisations, un projet ne peut pas être correctement mené sans l'implication des agents concernés, autrement dits des travailleurs sociaux. Afin de ne pas « plaquer » une recette toute faite issue du secteur marchand, les usagers ne doivent pas être considérés comme des clients ordinaires et leurs attentes ne sont pas à prendre pour argent comptant ; il faut prendre du recul par rapport à celles-ci.

L'objet d'un recueil de satisfaction est aussi de croiser le point de vue des professionnels et celui des usagers. La qualité ne peut être évaluée que par ceux qui fournissent les prestations, avec toute l'objectivité nécessaire, si le but est bien la recherche de la meilleure adéquation possible entre les prestations, les besoins et attentes des usagers, et les moyens alloués à l'établissement. Ce recueil de la satisfaction de l'utilisateur est un élément fort de la politique managériale de l'établissement.

Au-delà de l'enjeu éthique pour les ESMS, la loi incite et même oblige les professionnels et les institutions à prendre en compte la parole des usagers, jusque dans le Conseil d'Administration des structures sanitaires comme sociales et médico-sociales.

Si le recueil de la satisfaction du client est rendu obligatoire dans le secteur industriel et commercial<sup>68</sup>, il l'est aussi dans le domaine sanitaire, s'agissant des établissements privés comme publics, pour l'obtention de l'accréditation<sup>69</sup>, conformément aux recommandations de l'Haute Autorité de Santé. En ce qui concerne les établissements accueillant des personnes âgées, le référentiel « ANGELIQUE » y fait clairement référence.

Le respect des droits des usagers en institution passe par l'écoute et l'expression de ceux-ci. Les usagers sont acteurs dans la relation avec les professionnels, jusque dans la participation aux choix qui les concernent, et dans le fonctionnement de l'établissement, et ce, en fonction de leurs capacités de compréhension et d'expression. Différentes formes de participation des usagers et de recueil de leur satisfaction sont, dès lors, possibles, en fonction des institutions et du type de population accueillie (groupes d'expression, enquêtes de satisfaction etc.)

Quelque soit le procédé retenu, la satisfaction est un facteur déterminant de la qualité. La DGAS lie explicitement la satisfaction des usagers à la démarche qualité : « *Aujourd'hui cette recherche de qualité passe par un regard critique et objectif sur le fonctionnement des structures (...) La promotion des droits des usagers développe la prise en compte de leurs attentes à l'égard des établissements qui les accueillent. Leur consultation montre que leur perception diffère parfois sensiblement de l'analyse des professionnels*<sup>70</sup>. »

L'univers de l'établissement et celui des usagers obéissent à des logiques différentes. Le premier est celui de la conformité ; il possède son propre référentiel. Le second est celui de la satisfaction et il ne possède pas de référentiel objectif. Il convient de tenter de concilier au mieux les contraintes des structures avec les besoins, demandes et attentes des usagers. Dans ce cadre, l'évaluation de la satisfaction est un levier de l'amélioration continue de la qualité. Dans un rapport réalisé de manière commune par l'ANDESI et l'UNAPEI, les rédacteurs écrivent que « *le premier enjeu est donc bien l'utilisation de la participation comme levier de changement vers l'optimisation du service rendu et dans une quête de qualité*<sup>71</sup> ».

Le recueil de la parole de l'utilisateur n'est toutefois pas la panacée. Cette parole est précieuse, mais fragile et doit, à ce titre, être nuancée et replacée dans son contexte. La profession a des craintes quant aux enquêtes de satisfaction et autres formes d'expression des usagers. Il convient de prendre des précautions et de créer des méthodes de recueil et d'analyse spécifiques et adaptées ; saisir l'opinion des usagers ne peut se résumer à une technique. Dans le même ordre d'idées, des personnes dont la mission principale est l'écoute des plus fragiles, sont aussi réservées quant à la justesse des paroles qui peuvent leur être confiées.

C. BRISSET, Défenseur des enfants (jusqu'en mai 2006), affirme que : « *donner à la parole de l'enfant un poids qu'elle ne peut avoir, c'est-à-dire la transformer en expression unique de la vérité, constituerait une dérive grave [...] Les frontières entre l'imaginaire et le réel ne sont pas les mêmes pour les enfants et les*

---

<sup>68</sup> Norme ISO 9001, Version 2000

<sup>69</sup> Article L.710-1-1 du Code de la Santé Publique

<sup>70</sup> DGAS. Note n°2004/96 relative au développement des démarches qualité dans les institutions sociales et médico-sociales

<sup>71</sup> ANDESI/UNAPEI, 2005, *Participation des usagers dans les établissements et services médico-sociaux : enjeux et méthodes*, p. 9

adultes...<sup>72</sup>». Elle fait référence au récent scandale concernant de présumés actes de pédophilie. Elle incite donc à considérer la voix des enfants avec prudence, à fortiori dans des établissements d'éducation spécialisée où sont accueillis des jeunes en souffrance psychique, plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'accusation de maltraitance par les personnels éducatifs.

Les réponses apportées par les usagers, lors d'enquêtes, peuvent aussi mettre les travailleurs sociaux en difficulté, remettre en question leur savoir-faire, et engendrer une crainte d'être mis en échec, pouvant se manifester par des arguments organisationnels, de temps, de surcharge de travail, etc. En effet, si l'évaluation, réalisée par des groupes d'autoévaluation limite la crainte du jugement extérieur, cette notion est réintroduite par une enquête de satisfaction à destination des usagers. Les agents devront être suffisamment informés, au préalable, sur les tenants et les aboutissants d'un tel projet, ainsi que suffisamment impliqués dans cette démarche.

Par ailleurs, nombreuses sont les situations où le professionnel peut se trouver dans l'incapacité de recueillir les propos de l'utilisateur, du fait de déficiences mentales ou psychologiques (incompréhension, défaut d'interprétation, absence de communication verbale ou autres situations). Toutefois, il faut se méfier lorsque certains professionnels proclament que la perception d'une personne malade, démunie ou déficiente n'est pas valable et que seul compterait l'évaluation technique des professionnels ; il peut s'agir d'une stratégie inconsciente ou délibérée de privation de la parole de l'utilisateur, qui se trouve alors dans une forme de soumission au pouvoir des techniciens et des administratifs. Objecter l'incapacité de l'utilisateur est donc aussi à prendre avec prudence<sup>73</sup>.

Les principales limites que j'ai pu rencontrer au cours de mon stage tiennent à la quasi impossibilité de réaliser un recueil de la satisfaction du public accueilli à l'IME Montaudran.

#### B) Recueillir la parole de l'utilisateur à l'IME Montaudran, une mission impossible ?

L'écoute de la parole de l'utilisateur et le recueil de la satisfaction de celui-ci est une préoccupation constante des professionnels de l'IME. En tant que Directrice stagiaire, cette question fut un préalable nécessaire au lancement de l'évaluation interne. Il me parut indispensable d'encourager la participation de l'utilisateur à cet état des lieux, afin de croiser les visions des usagers et des professionnels, pour :

- une meilleure prise en compte de la personne, en tant que sujet de droits et citoyen, de ses problématiques, de ses difficultés et de ses affinités.
- une meilleure adéquation entre les besoins, les prestations et activités prévues dans le projet d'établissement et chaque projet individualisé, et les moyens existants.

Ces questionnements sont aussi à replacer dans le contexte de la réactualisation prochaine du projet d'établissement qui date de 2001 et de la construction d'un externat neuf à l'horizon 2010.

A ce stade de ma réflexion, je fus confrontée au fait que la majeure partie du public accueilli à l'IME Montaudran présente, du fait de déficiences et de pathologies lourdes, de graves difficultés de

---

<sup>72</sup> Claire BRISSET, mars 2005, Une parole fragile et indispensable, *Espace Social*, p. 11

<sup>73</sup> FAUGERAS S., 2007, *l'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social*, 1<sup>o</sup> éditions, Paris : Seli Arslan, p.127

communication, de compréhension ou d'articulation et, pour la plupart d'entre eux, une absence totale de communication verbale. Seuls quelques uns s'expriment verbalement, sans que leur parole soit totalement compréhensible ou fiable, et puisse être prise en compte telle quelle. Les professionnels sont ainsi amenés à observer, constamment et le plus finement possible, les réactions ou l'absence de réaction, les comportements, les mimiques, les regards, la gestuelle, le moment d'intervention d'éventuelles crises, et de les interpréter à la lumière de leurs connaissances théoriques, leur expérience de terrain, leur vécu concernant le jeune, afin d'en déduire leurs demandes, leurs joies, leurs plaisirs, leurs besoins, leurs peurs. Ils sont parfois eux-mêmes mis en difficulté par certains enfants qui présentent des « manifestations aiguës d'ordre comportemental »<sup>74</sup>. Il est donc difficile, même peut être impossible, dans l'état actuel des connaissances et des outils existants, de procéder à une écoute de la parole des jeunes, en vue de recueillir leur degré de satisfaction au regard des prestations et du service, même avec l'aide des professionnels éducatifs. S'il est bien connu que des arguments organisationnels peuvent être parfois avancés dans le secteur, afin d'éviter de se lancer dans une enquête de satisfaction à destination des usagers<sup>75</sup>, dans cet IME, les obstacles à la communication et au recueil de la parole des jeunes sont bien réels.

Il me parut dès lors plus judicieux et réaliste de faire participer les familles, qui sont les bénéficiaires secondaires du service rendu par l'établissement. Reste alors à déterminer la place de la satisfaction des familles dans un processus d'amélioration de la qualité, sachant que les rapports entre les familles et les travailleurs sociaux sont traditionnellement vécus comme compliqués dans le secteur social et médico-social.

## **2.2 La place des familles dans le partenariat éducatif**

Il convient de retracer l'évolution des relations entre les familles et les travailleurs sociaux, avant de procéder à un état des lieux de la participation des familles à l'IME.

### **2.2.1 D'une « mise à l'écart historique » à une « alliance éducative<sup>76</sup> »**

Dans le secteur social et médico-social, la question des relations avec les familles est une préoccupation majeure des professionnels. Elles sont fréquemment vécues comme difficiles par les professionnels et les familles, du fait d'enjeux et de logiques différents. De nombreux projets élaborés avec les usagers ont pu échouer, faute d'une inscription dans l'environnement familial de l'enfant ou de l'adolescent. La psychologie de l'enfant, des stades de son développement et de sa construction identitaire, montre combien le rôle de la famille de l'utilisateur est capital dans le registre éducatif. La famille

---

<sup>74</sup> C'est ce qui ressort des entretiens menés avec les éducatrices et la psychomotricienne de l'IME ; ceci fut conforté par ma propre observation au cours de réunions synthèse, d'ateliers et d'échanges.

<sup>75</sup> Ibid

est ainsi le premier lieu de vie de l'enfant, celui où « va se constituer le fondement de son organisation comportementale<sup>77</sup> ». Ainsi, un projet établi pour un jeune, sans le soutien et les apports de sa famille, ne peut réussir qu'à placer l'usager dans une « double contrainte », c'est-à-dire au centre d'injonctions contradictoires, issues de l'Institution d'une part, et de sa famille d'autre part. Il appartient donc aux professionnels de « dépasser les jugements de valeur, les sentiments de rivalité ou de défiance pour réfléchir aux attitudes et dispositifs les plus propices à de réels et de nécessaires relations de collaboration<sup>78</sup> ». Mais le « travail avec les familles » ne fut pas si facile à instaurer.

Différents courants idéologiques ont traversés le XX<sup>e</sup> siècle, ayant une incidence forte sur la conception du travail avec les familles. Elle s'est d'abord manifestée par une mise à l'écart de la famille, jugée tour à tour « indigne » « incapable » « pathologique » « possessive » « démissionnaire », par une séparation définitive de leurs enfants, au nom du « concept généreux de la protection de l'enfance<sup>79</sup> » et de « l'intérêt supérieur de l'enfant » et par un processus de substitution, « remplaçant » la famille par une prise en charge étatique et institutionnalisée.

On reviendra dans les années 60, sous la pression d'associations familiales et de consommateurs, à un retour de la famille, conforté par l'émergence de théories affirmant la place prépondérante de la famille restreinte dans la constitution psychologique de l'enfant. Une nouvelle coupure radicale entre la personne et son milieu familial s'opère dans les années 70, sous l'effet d'un discours anti-familial sous-tendu par l'idéologie des années soixante-dix. Dans les années 80 et 90 intervient une rupture décisive, sous l'effet d'une nouvelle approche qui considère qu'il ne peut pas y avoir d'action positive sur l'enfant ou l'adolescent en faisant fi de sa famille. Les Annexes XXIV de juillet 1989 apportent la première pierre à l'édifice en matière de partenariat éducatif avec les familles, avec son article 3 relatif à l'élaboration du « projet individuel, pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre et à son évaluation ».

Ce recentrage sur l'usager montre « combien il est crucial de passer d'une position de rivalité à une position de complémentarité. Les professionnels et les familles doivent se rappeler qu'ils poursuivent un objectif commun, la promotion de la personne<sup>80</sup> ».

Suite à cette prise de conscience, un changement s'opère dans les pratiques éducatives, consistant à associer les familles au projet personnalisé de leur enfant, à les soutenir et les conseiller, à leur fournir des informations régulières et les impliquer dans le Conseil d'établissement, ancêtre du Conseil de la Vie Sociale. La famille est désormais considérée comme système d'interaction. Sur le terrain, l'évolution sera lente avant de transformer les théories et les concepts en des actes concrets et tangibles.

---

<sup>76</sup> LOUBAT J.R., *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social, contexte, méthodes, outils*, 1997, 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p205 et suivantes

<sup>77</sup> BAUDIER A., CELESTE B. « *Le développement affectif et social du jeune enfant, faits et théories : regards actuels sur les interactions* », Paris : Nathan Université, 2002, P.94

<sup>78</sup> LOUBAT J.R., 1997, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social, contextes, méthodes, outils*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, p.205 et suivantes.

<sup>79</sup> J.R. LOUBAT, 2000, « *Prestataires et bénéficiaires doivent passer un contrat* » *Lien social*, n°527.

La loi de 2002 entérine cette situation, par la contractualisation du projet individualisé, au plan individuel, et par l'instauration du Projet d'Etablissement et du Conseil de la Vie Sociale, au plan institutionnel. Elle fournit ainsi les outils nécessaires à une participation réelle et effective des familles ; la loi du 11 février 2005<sup>81</sup> consacre le terme même de « participation » jusque dans son titre.

A l'IME Montaudran, les outils sont bel et bien mis en place et adaptés aux spécificités de l'établissement. Mais une réactualisation est nécessaire et leur utilisation peut encore être améliorée, afin de rendre la participation des familles plus palpable.

### **2.2.2 Une participation largement favorisée mais encore perfectible**

Concrètement, la participation des familles est sollicitée à deux niveaux, au plan individuel, pour la mise en place du projet individualisé, et au plan institutionnel, par leur participation à la vie de l'établissement. Un préalable est nécessaire à une participation effective : l'information et la communication.

#### **A) L'information, un préalable à une participation effective des familles**

Les informations délivrées aux familles sont de natures diverses. L'information sur le quotidien de l'enfant, son emploi du temps, ses activités au semi internat, ses nuits et ses week-ends à l'internat, est rassurante pour les parents. La majorité des jeunes ne s'exprimant pas verbalement, les parents ne peuvent pas recueillir ce type d'information auprès de leurs enfants. Un « cahier de liaison » fut donc institué à l'IME. Il a vocation à permettre aux parents d'être informés, de poser des questions ou de mentionner des remarques. Les professionnels sont tenus d'y inscrire régulièrement des informations diverses (sorties, incidents, réunions) ou remarques concernant le jeune. En effet, un IME étant dans l'obligation d'assurer le transport des enfants entre leur domicile et l'établissement, le matin et le soir, pour les jeunes externes et internes séquentiels, les familles n'ont pas toujours l'occasion de rencontrer et d'échanger avec les professionnels. Ce cahier de liaison permet de faire le lien avec les familles.

L'information autour des pathologies et leurs caractéristiques, des traitements et leurs modifications est une question sensible. Beaucoup d'enfants ont des traitements très lourds, avec des effets secondaires importants. Si la disponibilité du médecin de l'établissement n'est plus à démontrer au regard des enfants et de leurs familles, je me suis interrogée sur le caractère suffisant de l'information délivrée aux familles, relative aux traitements et à leurs effets secondaires, d'autant plus que le temps de travail du Médecin psychiatre ne lui permet pas de rencontrer l'ensemble des familles pour échanger avec elles et apporter des explications complémentaires.

Avec les récentes lois, l'information sur l'établissement d'accueil (organisation, fonctionnement, missions, locaux, etc.), sur les droits et devoirs des personnes accueillies et de leurs représentants, est

---

<sup>80</sup> LOUBAT J.R., 1997, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social, contextes, méthodes, outils* », 1<sup>o</sup> édition, Paris : Dunod, p.205 et suivantes.

<sup>81</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

capitale. Ce type d'information est délivrée aux parents à de multiples occasions : lors de l'admission par le Directeur, par les Chefs de service, par l'Assistante sociale, lors de réunions thématiques organisées par elle et à l'occasion des diverses rencontres et échanges plus informels. Cette information sur les droits est également relayée par l'existence des différents documents, issus de la loi de 2002 et ses décrets d'application : le Projet d'établissement, le Projet individualisé, la Charte des Droits et Libertés, le Protocole de Lutte contre la Maltraitance, le Livret d'accueil, le Règlement de fonctionnement, le Contrat de séjour. Toutefois, la mise à jour de certains de ces documents est nécessaire. Les parents ont aussi la possibilité de poser, à tout moment, des questions aux agents éducatifs, à l'Assistante sociale, et aux Chefs de service et sont largement encouragés à le faire.

Malgré tout, cette information ne me semble pas suffisante pour diverses raisons tenant tant aux familles elles-mêmes qu'aux faiblesses des canaux d'information institutionnels. Beaucoup d'informations sont communiquées lors de l'admission ou de rencontres et ne sont pas entièrement comprises ou mémorisées par les parents. Certaines informations peuvent donner lieu à des phénomènes de « rejet » ou de « déni » car trop difficiles à entendre et à accepter. Au plan institutionnel, une dizaine de nouvelles admissions ont eu lieu en 2006, à la suite de départs de jeunes adultes en Maison d'Accueil Spécialisée. Les sorties comme les admissions se sont réalisées rapidement.

Des réunions thématiques sont, par ailleurs, organisées deux à trois fois par an, depuis de nombreuses années, par l'Assistante sociale, sur des thèmes concernant les parents ou les familles. Ils n'ont pas toujours accès à ces informations, soit parce qu'ils n'y ont pas assisté à ce moment-là, soit parce que leur enfant n'était pas encore admis à l'IME. Ce type d'information recouvre, par exemple, tout ce qui est relatif aux droits de la personne au sein de l'institution, au projet de l'enfant et aux divers accompagnements (éducatifs, rééducatifs, médicaux et paramédicaux), au dossier de l'usager, au Conseil de la Vie Sociale, aux droits fondamentaux tels que le droit au respect de son intégrité, à la sécurité, de son intimité, etc. Il concerne également tous les droits aux prestations, l'information sur le devenir de l'enfant après l'IME, les autres structures d'accueil etc.

#### B) La participation des familles, un « levier du changement »<sup>82</sup>

La participation des familles est principalement sollicitée pour l'élaboration du projet individualisé, lors des diverses rencontres qui y sont liées, ainsi qu'à l'occasion du Conseil de la Vie Sociale et des temps festifs organisés par l'établissement.

- *S'agissant du projet individualisé*, les familles interviennent à deux niveaux de son élaboration : en amont de son élaboration et de son renouvellement et lors de sa présentation annuelle aux parents à l'occasion d'une rencontre spécifique. En amont, il est prévu que les familles soient associées à l'élaboration du Projet Individualisé par le biais d'un questionnaire, permettant de les interroger sur la connaissance qu'ils ont de leur enfant et sur leurs souhaits, demandes et attentes pour lui. Cette connaissance de l'enfant est capitale pour les professionnels ; elle permet également de « mettre le

---

<sup>82</sup> ANDESI/UNAPEI, mai 2005, *La participation des usagers dans les établissements et services médico-sociaux : enjeux et méthodes*, Montligeon, p.5

partenaire en position d'expert<sup>83</sup> », c'est-à-dire la famille ou les parents. En pratique, et du fait de la lente évolution des enfants, les familles furent seulement associées, de cette manière, pour l'élaboration du premier projet individualisé, et non pour le renouvellement de celui-ci. Les familles des derniers enfants admis ne firent, en revanche, pas associées de cette manière.

Les familles participent ensuite au projet lors de la rencontre relative à sa présentation. Elle intervient après l'élaboration du projet par les professionnels de l'établissement. Le PI est constitué à partir de :

- L'outil « GOBEC », réalisé par les professionnels de l'IME. Il comprend les thématiques suivantes : comportement général, compétences sociales, dynamique corporelle, vie quotidienne, potentialités cognitives. Elles sont agencées sous la forme d'un tableau pour constituer le support écrit du projet individualisé<sup>84</sup>.

- des observations et analyses des différents professionnels qui s'occupent de l'enfant ou du jeune, en fonction des diverses prestations fournies et des accompagnements et des thématiques,

- des échanges qui ont lieu en réunions de synthèse et de l'éclairage théorique de la Médecin psychiatre et de la Psychologue. Ces réunions sont composées de manière pluridisciplinaire et mettent en présence, le plus souvent, les Chefs de service, la Médecin psychiatre, la Psychologue, l'Assistante sociale, l'Agent coordonnateur du projet, l'Infirmière, les rééducateurs le cas échéant, un agent du semi internat et/ou de l'internat en fonction du régime d'accueil de l'enfant. C'est au sein de cette instance que sont réfléchies et validées les perspectives et objectifs, les prestations et les activités, les modifications ou ajouts de traitement, et tout ce qui fait partie de la prise en charge globale du jeune. Le travail réalisé avec l'enfant repose, avant tout, sur l'observation fine des professionnels, l'interprétation et le tâtonnement.

Les éléments validés sont retranscrits, sur le support écrit du projet, par l'agent coordonnateur. Ce document est ensuite présenté, explicité aux parents et une copie leur est remise lors de la rencontre. Ils sont encouragés à poser des questions, à formuler des remarques, des désaccords, des souhaits. J. DANANCIER définit le Projet Individualisé comme « *l'objet du travail commun de l'usager et du travailleur social construit sur le parcours de l'usager. C'est un document écrit de référence qui doit comporter une matérialité de l'observation de départ et des actions prévues dans un délai précisé* »<sup>85</sup>

Les familles sont donc bien associées au projet de leur enfant ; leur participation se manifeste par de nombreuses rencontres informelles ou sur leur demande. Elles sont, par là même, interrogées sur leur satisfaction ou insatisfaction. Toutefois, si cette participation est encouragée, il s'agit davantage d'une réunion d'information sur un projet préétabli que d'une réelle association des parents à l'élaboration de celui-ci. De plus, peut-on raisonnablement penser que des parents qui, déjà satisfaits d'avoir obtenu, pour leur enfant, une orientation en établissement spécialisé, et se retrouvant face à des

---

<sup>83</sup> LOUBAT J.R., 1997, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social, contextes, méthodes, outils* », 1<sup>o</sup> édition, Paris : Dunod, p.205 et suivantes

<sup>84</sup> Le terme consacré à l'IME Montaudran est « Projet Individualisé »

<sup>85</sup> DANANCIER J., 1999, *Le Projet Individualisé dans l'accompagnement Educatif, Contextes, méthodes, outils*, 1<sup>o</sup> édition, Paris : Dunod, p.9

professionnels de l'éducation spécialisée, soient réellement en mesure de manifester une insatisfaction ou des désaccords à l'égard des objectifs, des prestations et de l'accompagnement présentés ? Ensuite, la fréquence annuelle des rencontres est elle suffisante pour des parents ? Leur permet-elle d'avoir une continuité dans le suivi de leur enfant ?

Les résultats de l'enquête diligentée par la DREES confirment que « *les parents se sentent plus satisfaits lorsque les professionnels les impliquent, que ce soit dans le domaine médical ou social. (...) Les parents sont moins satisfaits lorsqu'ils n'ont pas de marge de manœuvre par rapport à la solution proposée pour leur enfant*<sup>86</sup> ». Cela étant, dans la mesure où ces jeunes, en fonction de leur âge et de leur pathologie, connaissent des évolutions très lentes, voire aucune évolution pour certains, il est déjà difficile pour les agents éducatifs de ne pas répéter la même chose aux familles d'une année sur l'autre, ce qui est toujours douloureux à entendre pour elles. En ce qui concerne les autres rencontres, des réunions avec les services sont organisées annuellement avec les différents services (groupes du semi internat, rééducateurs, ateliers éveil et expression), exception faite de la réunion de l'internat qui ne fut pas organisée depuis deux ans.

▪ *La participation des familles à la vie de l'établissement* est institutionnalisée par la mise en place du Conseil de la Vie Sociale, conformément aux dispositions législatives et réglementaires<sup>87</sup>. Le CVS est une instance collective de participation et d'expression de la satisfaction des usagers, par le biais de représentants. Le livret d'accueil de l'IME y fait clairement référence et le présente comme une instance au sein de laquelle l'utilisateur, par la voie de sa famille et de son représentant légal, est invité à participer aux décisions qui le concernent<sup>88</sup>. Au vu des déficiences et des troubles de la communication des jeunes de l'IME, ce sont des représentants des familles qui siègent au CVS. Le fonctionnement du CVS est régi en interne par un règlement intérieur. Son champ de compétence est relatif à l'ensemble des prestations et services de l'établissement ainsi que son fonctionnement. Il peut s'agir de l'actualité de l'établissement, des prestations hôtelières, de transport, de restauration, du Service d'Accueil Temporaire organisé durant les temps de congés etc.

En pratique, le Conseil de la Vie Sociale de l'IME Montaudran ne me semble pas remplir correctement son rôle d'instance de participation des familles. En effet, au cours du CVS auquel j'ai participé, je pus me rendre compte que les parents présents agissaient davantage en leur nom propre, pour leur situation personnelle, qu'en tant que représentants d'usagers. Ils ne semblaient pas porter de remarques ou de questions d'autres familles. Les échanges que j'eus avec les Chefs de service et autres professionnels (Assistante sociale, Psychologue) ont conforté cette impression. Malgré l'information qui fut délivrée aux familles sur cette instance et la mention existante dans le livret d'accueil

---

<sup>86</sup> DREES, 2007, L'appréciation des parents sur la prise en charge de leur enfant handicapé, *Etudes et résultats*, n°565, p.1-7

<sup>87</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au CVS et aux autres formes de participation

<sup>88</sup> L'utilisateur « peut formuler des avis et des remarques relatives aussi bien aux situations individuelles le concernant personnellement qu'au fonctionnement de l'établissement en général et aux conditions de vie collectives », citation issue du Livret d'accueil de l'IME Montaudran, p13-14

de l'établissement qui leur fut remis, l'existence, l'organisation, le fonctionnement et les attributions du CVS semblent mal connus, même inconnus par certaines familles.

Cet outil de participation des familles n'est utilisé qu' « à bas bruit », soit du fait d'un désintérêt des familles, soit du fait d'un manque d'information tenant tant à l'Institution qu'aux parents représentants (Président du CVS). Aucune réunion de préparation n'est organisée entre les familles, avant la tenue d'une séance, en vue de permettre la remontée de remarques et de questions. Les dates de tenue des séances et leur ordre du jour sont affichées dans le hall du château, mais les familles ne reçoivent pas de compte rendu de séance ; il est mis uniquement à disposition au secrétariat.

Quant aux temps festifs organisés par l'Institution, ils sont importants pour les familles qui peuvent alors échanger avec les professionnels présents. La « Fête de l'été » est principalement organisée pour elles, mais est surtout l'occasion pour les familles de passer une bonne soirée dans une ambiance détendue. Ce temps est particulièrement apprécié des familles.

Ma volonté d'introduire un outil nouveau, à ce moment précis de mon stage, afin de recueillir le degré de satisfaction des familles et de les faire participer, d'une autre manière, à la vie de l'établissement découle de différents éléments :

- De mes éléments de constat et d'analyse de terrain évoqués précédemment
- De la nécessité, à mon sens, de croiser les points de vue professionnels et des usagers, lors d'un état des lieux des pratiques professionnelles.
- D'une demande expresse de la part de parents siégeant au CVS d'y participer
- Du souhait d'innover et de contribuer à la professionnalisation des pratiques dans la mesure où elle a un intérêt et du sens pour les usagers et l'établissement lui-même.

Le recueil de la satisfaction des familles n'est pas nouveau en soi à l'IME Montaudran. Les professionnels s'attachent à prendre en compte, le plus rapidement possible, leurs remarques, leurs mécontentements ou leurs suggestions, de manière plus ou moins informelle, et au cas par cas. L'institution d'un outil de quantification de la satisfaction des familles est, en revanche, inédite.

### **2.3 Un nouveau mode de participation pour les familles : l'enquête**

Afin de ne pas « plaquer » une méthode toute faite de recueil de la satisfaction des usagers, il convient de rechercher un moyen d'investigation et une méthodologie adaptée aux spécificités et à la culture institutionnelle de l'IME Montaudran.

### 2.3.1 Le choix d'un outil adapté : un questionnaire anonyme

Le choix de l'outil et de ses caractéristiques repose sur la détermination des objectifs assignés au projet, ainsi que sur les moyens disponibles en matière de planification temporelle, et de moyens financiers et humains. Comme tout projet, une enquête de satisfaction doit faire l'objet d'une planification communiquée aux parties prenantes<sup>89</sup>.

#### A) Un sens, des objectifs et des moyens disponibles limités

Une enquête de satisfaction doit, tout d'abord, avoir un *sens*, pour les usagers, pour l'établissement et pour son auteur ; elle est guidée par une question de départ. Je fus guidée par le souci de connaître la place réservée aux familles, dans l'élaboration et le renouvellement du projet individualisé de leur enfant ainsi que dans le fonctionnement institutionnel.

S'agissant des *objectifs*, il s'agit de :

- Connaître le degré de satisfaction des familles et leur perception de la qualité
- Identifier leurs besoins, attentes et suggestions, et être en mesure de les hiérarchiser
- Reconnaître davantage les usagers comme parties prenantes dans l'institution et les impliquer dans le fonctionnement de l'institution
- Créer, maintenir ou raviver le lien avec les familles
- Répondre à une demande formulée en Conseil de la Vie Sociale
- Introduire la parole de l'utilisateur dans le processus d'amélioration continue de la qualité
- Nourrir ou conforter des perspectives d'amélioration pour l'établissement à court, moyen et long terme sous la forme de Plans d'Actions Qualité

Les *moyens disponibles* sont déterminants. Au vu du budget consacré à l'évaluation interne, afin de faire appel à un consultant extérieur<sup>90</sup>, la réalisation et le suivi de ce projet ne pouvaient s'effectuer qu'en interne. Le recueil de satisfaction des usagers nécessitant une certaine distance, et idéalement un regard neuf sur le sujet, j'étais, en tant que stagiaire, la personne la plus à même de m'occuper d'un tel projet. Même si elle n'est pas une garantie totale d'objectivité, cette distance présente l'avantage d'épurer l'enquête des préjugés d'une personne trop impliquée. De plus, le travail engendré est assez lourd et fastidieux et est intervenu à un moment de l'année où les professionnels étaient particulièrement occupés, entre l'évaluation interne, la rédaction des bilans de service, l'absence d'un des chefs de service socio-éducatifs, l'organisation du Service d'accueil temporaire pour les vacances d'été etc.

Mais ce projet n'est pas intervenu à ce moment-là par hasard. L'objectif premier était de compléter l'évaluation interne des pratiques professionnelles par l'idée que se font les familles du service rendu par l'établissement à leurs enfants, au travers du filtre de leurs attentes, de leur vécu et leurs

---

<sup>89</sup> Norme ISO 9000, version 2000, « Projet » : « processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, incluant des contraintes de délais, de coût et de ressources »

<sup>90</sup> Une enveloppe de 7000 euros, issue du budget relatif à la formation fut consacrée au consultant

représentations. A ce titre, l'élaboration du questionnaire ne put logiquement avoir lieu avant la fin des deux séances de l'évaluation réalisée par les groupes de travail. Or, celles-ci, au vu des contraintes respectives de l'institution et du consultant, furent planifiées les jeudis 26 avril et 3 mai. Les liens précis entre les thèmes et questions de l'enquête, et les critères et réponses apportées au référentiel par les groupes d'évaluation seront explicités plus loin.

Par ailleurs, ma contrainte fut la fin du mois de juin, et plus précisément la Fête de l'Eté, date à laquelle une présentation des résultats, des tendances et des actions envisagées à l'ensemble des familles de l'IME, était prévue, au cours de la réunion d'information traditionnelle du Directeur de l'Etablissement.

#### B) La recherche d'un moyen d'investigation adapté au contexte

Au préalable, la détermination du moyen d'investigation et du champ de l'enquête est primordiale. Il convient de se doter d'un dispositif adéquat pour associer les familles. Au vu du contexte, mon choix s'est porté sur un questionnaire de satisfaction anonyme, envoyé au domicile de toutes les familles (familles « originaires » et familles d'accueil, parents séparés, divorcés) ; il fut accompagné d'une notice expliquant ses objectifs et intérêts, le caractère anonyme des réponses et le délai fixé pour y répondre.

Une enquête de satisfaction doit être circonscrite dans le temps. Plus elle est ramassée sur une durée clairement délimitée et annoncée, plus elle retient l'intérêt des usagers comme celle des professionnels. Il ne s'agit pas de perturber le fonctionnement de l'établissement ou de déterminer une méthodologie qui serait irréalisable par la suite pour l'établissement. Je pris le parti d'annoncer un délai de deux semaines aux familles et aux agents.

D'autres moyens de recueil de la satisfaction existent mais ils se seraient révélés irréalisables dans le temps ou pas adaptés au contexte institutionnel. On peut citer notamment l'entretien face-à-face avec les parents d'usagers, qui est le modèle idéal de recueil de la parole de l'utilisateur dans le secteur social et médico-social du fait de la richesse des échanges et de la possibilité d'y adjoindre l'interprétation d'un langage non verbal. Mais la réalisation d'entretiens avec des usagers, sur un panel de 65 enfants, nécessite beaucoup de temps, dont je ne disposais pas, suppose de pouvoir rencontrer l'ensemble des familles qui ne sont pas forcément disponibles ou disposées à se déplacer et d'être familiarisée avec des notions spécifiques de programmation neurolinguistique ou d'écoute active, ce qui n'est pas le cas. Ensuite, la perspective d'un entretien téléphonique ou d'un questionnaire posé par téléphone fut écartée d'emblée car, à mon sens, ce mode de communication peut mettre mal à l'aise l'interlocuteur ou générer chez lui un sentiment de méfiance. Il en est de même des réunions de groupe. Si elles permettent un gain de temps significatif, les risques engendrés par cette méthode sont le leadership de certaines personnes, en fonction de leur personnalité, et la pauvreté des réponses.

En revanche, l'envoi d'un questionnaire anonyme par courrier permet de gagner un temps considérable : il ne nécessite pas de prise de rendez-vous, ni le déplacement des familles ; il évite d'être perçu comme intrusif car il n'oblige pas à y répondre ; il favorise l'honnêteté des réponses du fait de l'anonymat.

Au vu de ces éléments, le questionnaire anonyme me parut être la méthode la plus adaptée au contexte institutionnel. Restait alors à informer, impliquer et mettre en œuvre ce projet en complément de l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles. A ce titre, le management par la qualité « constitue un excellent mode de management, à la fois participatif avec les personnels et respectueux des usagers<sup>91</sup>

### **2.3.2 Un management résolument participatif**

Je fis le choix, forte des échanges intervenus au sein de l'équipe de Direction, d'informer et d'impliquer les professionnels de l'établissement à différents stades, par :

➤ *La rencontre des personnels, à l'occasion des réunions de service, afin de leur présenter le projet, le sens de celui-ci pour les usagers et l'établissement, les objectifs, le type d'implication qu'ils auraient et la méthodologie envisagée. Le but fut de connaître leur avis sur la mise en place de l'enquête et de tenter de désamorcer les craintes ou oppositions éventuelles. En pratique, la majorité des professionnels s'est montrée intéressée et partie prenante. Le contexte de l'évaluation interne est facilitant pour y adjoindre une enquête de satisfaction ; il permet de la justifier auprès d'eux comme un complément nécessaire, sans créer de méfiance supplémentaire.*

➤ *La diffusion d'un écrit complet, inséré dans l'un des « Bulletins de l'Evaluation », relayant ma présentation orale, de manière à ce que l'ensemble des agents soit informé sur les tenants, les aboutissants et la planification prévisionnelle du projet*

➤ *La communication de la première trame du questionnaire, en vue de recueillir leurs remarques et suggestions sur le fond comme sur la forme du questionnaire*

➤ *Leur rencontre, une semaine après avoir diffusé une première trame du questionnaire, afin d'échanger sur leurs propositions à l'occasion des réunions de service. Forte de leurs remarques et suggestions, l'exemplaire définitif fut élaboré, envoyé aux familles et communiqué à l'ensemble des agents de l'IME. S'agissant de la mise en place du projet, de la rédaction de la première mouture comme de celle du modèle définitif, je pus compter sur la participation active des Chefs de service socio-éducatif et médical, ainsi que sur celle de l'Assistante sociale et de la Psychologue. Je pus également compter sur la relecture et les conseils avisés du Directeur de l'établissement.*

---

<sup>91</sup> FAUGERAS S., 2007, *l'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social*, 1<sup>o</sup> édition, Paris : Seli Arslan p.93

➤ *La constitution d'un groupe de travail destiné à « dépouiller » et à analyser les retours des questionnaires.* Mon intention fut clairement annoncée, dès la diffusion de la première mouture, de constituer un groupe de travail, sur un mode volontaire et pluridisciplinaire ; cette annonce fut suivie d'une note appelant aux candidatures volontaires. En pratique, ce groupe s'est réuni trois fois au cours des trois dernières semaines de mon stage, par séances d'une heure trente. Il était composé d'un Chef de service éducatif, de l'Assistante sociale, de la Psychologue, de deux Educateurs, de deux Rééducateurs, l'un ancien et l'autre récemment recruté par l'IME (Kinésithérapeute et Orthophoniste), et de moi-même, en fonction d'Animation. La Médecin psychiatre ne put faire partie de ce groupe. Toutefois, les échanges que j'eus avec elle sur le principe, le fond, la forme, les retours de l'enquête furent d'autant plus intéressants que l'établissement au sein duquel elle exerce par ailleurs venait de mettre en place ce type d'outil, à destination des enfants, familles et des professionnels. Au-delà de la participation active des agents afin d'obtenir une plus large adhésion, l'objectif principal de ce groupe fut de :

- dégager, à partir des chiffres, de grandes tendances en terme de besoins et d'attentes, de satisfaction et d'insatisfaction, tout en nuancant ceux-ci,
- croiser des regards « expérimentés » et des regards « neufs » sur la question de la place des usagers en Institution et sur la teneur des retours de l'enquête
- échanger et réfléchir à des propositions d'amélioration.

➤ *Le dernier niveau de participation des agents fut la restitution des « résultats » de l'enquête, en terme quantitatif et qualitatif, de l'analyse et des actions amélioratrices prévues ; elle fut réalisée au cours d'une réunion institutionnelle consacrée aux résultats de l'évaluation et à la présentation des Plans d'Action Qualité, au cours du mois de juillet.*

Dans un premier temps, la réflexion proposée aux agents sur le projet fut relative au champ de l'enquête, aux questions de celle-ci et, tout particulièrement à leur pertinence et leur formulation.

### **2.3.3 Réflexions autour de la pertinence du champ et des questions de l'enquête<sup>92</sup>**

Le choix du champ de l'enquête fut guidé par le sens et les objectifs assignés à l'enquête, par les constats et les hypothèses de départ, ainsi que par les questions et réponses de l'évaluation des pratiques professionnelles. En effet, ayant assisté aux échanges des différents groupes de travail thématiques, je pris le parti de confronter le point de vue professionnel avec celui des usagers, sur les réponses aux critères, suscitant soit une cotation allant de B à D<sup>93</sup>, soit des débats, des désaccords ou des interrogations.

---

<sup>92</sup> Cf. Annexe I : Questionnaire type de l'enquête de satisfaction

<sup>93</sup> Sur une échelle de cotation allant de A à D

Par ailleurs, le choix des thèmes et des questions ou critères de l'enquête fut guidé par un souci de pertinence et de cohérence au regard des préoccupations des usagers. Toute question à visée professionnelle n'est pas bonne à poser dans une enquête de satisfaction. Même s'ils ont des répercussions indirectes sur l'utilisateur, certains sujets n'ont pas vocation à y figurer, sous peine d'alourdir l'enquête ou de passer à côté des véritables préoccupations des familles. C'est le cas du Management dans l'établissement, de la gestion des Ressources Humaines. La réflexion doit également porter sur le caractère définitif des thèmes abordés, l'objectif étant d'effectuer des mesures régulières de la satisfaction.

Les questions relatives aux prestations d'hébergement, de restauration, de transport suscitent traditionnellement des polémiques auprès des familles d'enfants accueillis en Institution. Toutefois, le recueil du niveau de leur satisfaction au regard de ces prestations était incontournable pour plusieurs raisons :

- Elles sont inévitables en IME et sont le support d'activités éducatives au quotidien,
- Le transport suscite des critiques, des craintes de la part de certaines familles
- Le prestataire des repas en morceaux fit l'objet d'un changement au 1er janvier.

L'enquête se borne à poser la question de l'information des familles sur les repas, la diffusion des menus, l'équilibre alimentaire. En effet, contrairement aux professionnels qui furent impliqués dans une enquête de satisfaction relative à la restauration<sup>94</sup>, les parents ne prennent pas de repas sur l'établissement. Il leur est donc difficile d'en juger la qualité.

En ce qui concerne l'accompagnement éducatif de manière globale, une mission interministérielle<sup>95</sup>, chargée d'étudier les contenus de formation initiale des travailleurs sociaux, demanda à un ESMS<sup>96</sup> d'organiser une enquête auprès des parents des enfants accueillis dans l'établissement. Il en ressort que les dimensions suivantes de l'accompagnement représentent l'essentiel de ce que les parents attendent d'une équipe éducative : une bonne connaissance de l'enfant et des liens de parenté, la qualité et la personnalisation de l'accueil, la clarté du système d'accueil, la convivialité dans les réunions en groupe avec l'Institution, les conditions d'écoute et d'attention, le respect de la position de parent, la discrétion et le secret, la capacité de négociation<sup>97</sup>.

Afin d'éviter que la lourdeur du questionnaire ne dissuade les familles d'y répondre, l'enquête se limite à un total de 5 pages, pour 33 questions dites fermées, articulées autour de 10 thèmes : le processus d'accueil, l'information, la participation et la communication, le droit des personnes accueillies, le projet individualisé, les prises en charge éducatives, psychologiques, rééducatives, médicales et paramédicales, la restauration, le transport et l'hébergement.

---

<sup>94</sup> Suite au changement de prestataire, je mis en place, avec la participation des Chefs de service, une action de suivi de l'évolution de la prestation, sous la forme d'une enquête de satisfaction

<sup>95</sup> En 1995

<sup>96</sup> Une MECS de la Fondation « La vie au grand air »

<sup>97</sup> DANANCIER J., 1999, *Le Projet Individualisé dans l'accompagnement Educatif, Contextes, méthodes, outils*, 1<sup>o</sup> édition, Paris : Dunod, p.58

La cotation prévue permet de répondre à chacune de ces questions par « Oui », « Non », « En partie », ou de ne pas répondre du tout (les « sans réponses »). Ces données correspondent à la partie quantitative de l'enquête. La concision et la clarté des questions furent recherchées, l'emploi des mots ne fut pas laissé au hasard.

Cet aspect quantitatif fut complété par l'introduction d'une à trois questions ouvertes par thème, permettant aux familles qui le souhaitent de développer, de proposer, de formuler des remarques, des avis et mécontentements le cas échéant. Cette alternance de questions fermées et ouvertes est une façon de combiner les deux types d'analyse, quantitative et qualitative. Selon, S. FAUGERAS, « *Grâce à l'analyse quantitative, il y a une sorte de détachement par rapport au sujet, alors que l'analyse qualitative révèle une part de leur face cachée (...) les deux présentent une richesse*<sup>98</sup> ». L'analyse qualitative permet de créer ou de maintenir le lien nécessaire avec les familles. Ce « lien social » est l'une des caractéristiques du secteur, qui le différencie du secteur marchand.

La formulation de la part introductive de la question a également son importance. Il faut, à mon sens, privilégier des formules impliquant le jugement des personnes, telles que « estimez-vous », « souhaiteriez-vous », « avez-vous ». S'agissant de la forme, l'attention s'est portée sur la clarté du document et sur la place laissée pour l'expression des familles.

La méthodologie de l'enquête de satisfaction ainsi présentée, il convient de montrer de quelle manière les retours des familles ont contribué à alimenter les perspectives dégagées par le travail d'autoévaluation des professionnels.

---

<sup>98</sup> FAUGERAS S., 2007, *L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social*, Seli Arslan, Paris, p.176

### **3 Des retours de l'enquête aux Plans d'Action Qualité**

J'exposerais, tout d'abord, les grandes tendances dégagées des réponses des familles à l'enquête, telles qu'elles furent analysées et nuancées par le groupe de travail. Il conviendra, ensuite, de présenter les actions amélioratrices que ce croisement a permis de faire émerger, ainsi que mes préconisations pour l'avenir de la démarche.

#### **3.1 Les retours des familles : satisfaction et demandes concrètes**

Avant d'en venir à l'analyse des réponses données par les familles à l'enquête, quelques données générales et chiffrées permettront de poser le cadre de son analyse.

##### **3.1.1 Les chiffres clefs de l'enquête**

Un nombre de questionnaires égal à 44 furent remplis, retournés, par voie postale ou par l'intermédiaire des professionnels des groupes d'externat ou de l'internat, ce qui est tout à fait encourageant et montre l'intérêt des familles pour l'enquête. Ce retour des questionnaires, prévu initialement pendant deux semaines, a duré durant un mois. Si le nombre de retours est largement satisfaisant, c'est grâce à l'implication des chefs de service, dans « leur rôle caractéristique d'interface<sup>99</sup> » entre les agents et la Direction, et grâce à celle des agents éducatifs qui ont procédé à une série de rappels écrits, dans le cahier de liaison de chacun des enfants, et auprès des familles amenées à se déplacer à l'IME.

La moitié des retours est anonyme, tandis que les prénoms et/ou noms de l'enfant, ou des parents concernés, figurent sur l'autre moitié des questionnaires renvoyés. Cela fut d'ailleurs l'occasion, pour certains parents, d'émettre des demandes ou des souhaits spécifiques pour leur enfant. Il en fut tenu compte même si ce n'était pas l'objet premier de cette enquête.

En terme qualitatif, les questionnaires sont majoritairement bien remplis en ce qui concerne les questions fermées. Les enquêtes qui firent l'objet de commentaires ou de suggestions sont moins fréquentes (une quinzaine environ, y compris les demandes plus individuelles) ; les difficultés ou l'aisance des familles avec la communication écrite est à prendre en considération. Les réponses apportées par les familles ont permis de mettre en évidence de grandes tendances, dont la portée fut analysée et objectivée par le groupe de travail.

---

<sup>99</sup> MIRAMON J.M., MORDOHAI F.O., 2003, *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*, Paris : Dunod, p.99

### 3.1.2 De grandes tendances<sup>100</sup> : une globale satisfaction et un besoin d'information

Les réponses des familles confirment ou infirment les hypothèses issues de mon analyse de terrain. Je détaillerai ces réponses autour de plusieurs axes correspondants aux hypothèses formulées.

#### A) Une globale satisfaction en matière d'accueil et de disponibilité

Globalement, l'accueil physique et téléphonique, ainsi que la disponibilité des professionnels semblent largement satisfaire les familles qui ont répondu à l'enquête. Cette question fait l'objet d'appréciations très positives, autant globalement (93%) que dans le détail des services et des professionnels.

Une proportion importante de « sans réponse » concerne, toutefois, les personnels éducatifs intervenants au sein des internats (27%), le personnel d'entretien et des services généraux (36%), le médecin psychiatre (50%) et la Direction (22%). Les familles ont pu aussi noter des points d'interrogation sur l'identité de ces professionnels. Mais cette tendance est à remettre dans le contexte et l'actualité de l'établissement :

➤ Les agents des services généraux n'étant pas les premiers interlocuteurs des familles, ils ne sont pas bien identifiés par elles, d'autant plus que cette équipe de professionnels a fait l'objet de nombreux remplacements pour des congés maladie et maternité au cours de l'année 2006/2007.

➤ Le médecin psychiatre a un temps d'activité limité à deux demi-journées par semaine, dont une matinée consacrée aux synthèses ; il ne lui est pas possible de rencontrer toutes les familles.

➤ Le Directeur a pris son poste au 1er janvier 2007 et l'enquête fut diffusée dans le courant du mois de mai ; il n'était donc pas encore bien identifié par les familles. Une présentation eut lieu à l'occasion de la traditionnelle Fête de l'Été de l'établissement.

➤ Parmi les enfants dont les familles ont répondu, une partie d'entre eux sont accueillis selon un régime externe ; les questions relatives à l'internat n'ont donc pas d'objet pour eux, ce qui peut justifier un nombre important de « sans réponse ».

#### B) Des compléments d'information considérés comme indispensables

Globalement, les réponses des familles montrent qu'elles ne s'estiment pas suffisamment informées. Les questions qui figurent dans l'enquête, relatives à l'information, portent sur différents aspects des droits des usagers.

▪ Concernant l'information sur les droits des personnes accueillies et celle sur les droits et obligations des parents ou familles, les réponses sur le caractère suffisant des informations délivrées sont mitigées (56%).

▪ S'agissant de l'information sur le secteur du handicap adulte, c'est-à-dire sur les orientations et les modalités d'accueil dans ces structures, les réponses vont dans le sens d'un défaut d'information : 9 familles, soit 20%, estiment être suffisamment informées sur les orientations du secteur adulte (contre 18 « non » et 10 « en partie ») ; 10 familles, soit 22%, s'estiment suffisamment informées sur les

---

<sup>100</sup> CF. Annexe II : Tableau de synthèse des données quantitatives de l'enquête de satisfaction

modalités d'accueil dans les structures pour personnes handicapées adultes (contre 19 « non » et 9 « en partie »). Ces questions font l'objet de nombreux commentaires, suggestions et propositions d'actions amélioratrices : réunions d'informations sur les structures, sur les démarches à accomplir et sur les délais d'attente, visites de structures, constitution de groupes de parole, courriers informatifs, entretiens etc. Si de telles réponses doivent alerter les professionnels et susciter la mise en place de solutions à ces demandes, il convient de les nuancer pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, les actions d'information et les démarches en la matière incombent, principalement à l'Assistante sociale et aux Chefs de service socio-éducatifs de l'établissement. L'Assistante sociale s'y emploie afin que le dossier du jeune soit prêt lors de son vingtième anniversaire et que les parents soient informés et rassurés. En effet, au vu des déficiences très lourdes de ces enfants et de ces jeunes, la très grande majorité d'entre eux a vocation à être accueillie en MAS. Ces structures accueillent des personnes ayant une déficience intellectuelle importante et une dépendance totale vis-à-vis des professionnels. Cet accueil peut se réaliser, légalement, à partir du vingtième anniversaire de la personne, mais, du fait du manque crucial de places en MAS, les listes d'attentes s'allongent et l'âge moyen des personnes qui y entrent augmente. L'orientation des jeunes accueillis à l'IME dans les structures du secteur adulte est un sujet particulièrement difficile pour les familles et la source d'une inquiétude extrême pour certaines d'entre elles. Les causes de cette appréhension sont diverses ; elles tiennent aux structures elles-mêmes, ou peuvent être plus personnelles.

Ces structures n'ont pas la mission éducative et rééducative d'une structure telle que l'IME Montaudran. Les accompagnements, ateliers et activités y sont bien moins nombreux du fait de moyens moindres, notamment en personnel. Le fonctionnement et l'organisation sont plus fondés sur une gestion collective de la population accueillie. De plus, au sein de ces structures se côtoient des personnes d'une tranches d'âges extrêmement vastes, allant des plus jeunes, qui ont une vingtaine d'années jusqu'à la fin de vie des personnes accueillies, sachant que l'espérance de vie des personnes handicapées ne cesse d'augmenter. L'accueil en externat est extrêmement rare dans ces structures, les possibilités de sorties en familles pour les week-ends ou vacances sont plus rares et le transport n'a pas vocation à être assuré par l'établissement du secteur adulte. En outre, beaucoup de familles éprouvent des difficultés à se projeter dans l'avenir. Cette question autour de l'avenir de leur enfant est douloureuse et peut engendrer des comportements paradoxaux auprès de certains parents et des attitudes proches de la fuite en avant.

- L'information concernant le dossier de l'utilisateur et sur les modalités d'accès et de consultation de celui-ci est également insuffisante pour les familles. En effet, les retours font état de 7 réponses positives (soit 15%), à la question de la connaissance des droits relatifs au dossier, contre 34 (soit 77%) qui souhaiteraient en connaître les modalités de consultation.
- Il en est de même en ce qui concerne l'information relative au Conseil de la Vie Sociale : 14 familles (soit 31%) estiment connaître l'existence et le fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (contre 19 réponses négatives et 8 réponses « en partie »); 22% affirment être informées avant et après la tenue

des séances et 20% d'entre elles estiment avoir la possibilité de faire remonter des questions et des remarques aux représentants des familles. Les réponses sont relayées par des demandes explicites des familles : elle portent sur l'existence, l'organisation et le fonctionnement du CVS, le compte rendu écrit des séances, un retour sur les parents qui les représentent et leurs coordonnées afin de pouvoir les contacter. Les réponses des familles viennent confirmer l'hypothèse selon laquelle le CVS n'assume pas correctement sa fonction d'instance de participation et d'expression de la satisfaction des parents d'usagers, du fait d'une mauvaise information le concernant.

Selon certains professionnels éducatifs du groupe de travail, la mise en place du CVS se serait « effectuée à bas bruit au sein de l'établissement », ce qui expliquerait cette méconnaissance de la part des familles ; d'autres évoquent, au contraire, le peu de succès que connaît l'Association des familles de l'IME « les Petits Géants », avant l'institution même du CVS.

- Quoiqu'il en soit, il ressort des réponses que 86% des familles expriment une satisfaction marquée à l'égard des moyens d'information, de communication et de participation à la vie de l'établissement. Des remarques très positives concernent les cahiers de liaison et les rencontres avec les professionnels. 75% estiment que leurs attentes et leurs demandes sont globalement prises en compte dans un délai raisonnable.

#### C) Projet individualisé : un bilan de fin d'année à prévoir ?

- Contrairement à mon hypothèse de départ et à la teneur des échanges auxquels j'ai pu assister en groupes de travail<sup>101</sup>, le document écrit, support du Projet Individualisé de chaque enfant et jeune, emporte la satisfaction générale des familles qui y ont répondu. 81% d'entre elles estiment que ce document est clair et qu'il leur permet de comprendre aisément la prise en charge de leur enfant. Mais, si 70% des familles estiment pouvoir aisément exprimer leur avis et leurs souhaits au cours des rencontres relatives au projet de leur enfant, les réponses sont plus contrastées au sujet de la périodicité annuelle de celle-ci.

- La périodicité annuelle de la réunion portant sur le projet paraît adaptée pour 61% des réponses (27 réponses positives contre 5 « non » et 6 « en partie »). Pourtant, plus d'une dizaine de familles suggèrent l'organisation de deux à trois rencontres par an, en vue d'effectuer un bilan de l'année, en plus de la rencontre relative à la présentation du projet. Si ce souhait, formulé par certains parents, doit être pris en compte, il convient de le replacer dans son contexte. Cette question fut l'occasion de débats intenses.

Selon certains professionnels du groupe de travail<sup>102</sup> et, notamment, pour la Psychologue de l'établissement, il n'est pas judicieux de rendre un tel bilan systématique car beaucoup de jeunes ne

---

<sup>101</sup> Groupe de travail chargé de l'autoévaluation des pratiques sur les thèmes liés au « projet individualisé » et aux « prises en charge globale et spécifiques »

<sup>102</sup> Groupe de travail chargé du dépouillement et de l'analyse des questionnaires

connaissent que peu d'évolution au bout de plusieurs années ; un tel bilan ne serait qu'un rappel douloureux pour les familles concernées. Par contre, cette suggestion peut avoir un sens pour les enfants les plus jeunes ou les adolescents qui voient leurs potentialités évoluer de manière plus rapide. La question d'une tentative de « normalisation » de l'enfant par le biais d'une rencontre trimestrielle calquée sur le mode scolaire, telle qu'elle peut être demandée par certains, fut évoquée.

Par ailleurs, au plan institutionnel, l'organisation de la rencontre annuelle relative au projet de chacun des enfants pèse déjà lourdement et prend parfois du retard dans l'année ; elle suppose de demander aux parents de se déplacer, de prendre les rendez-vous avec eux, de « détacher » de leur service les professionnels éducatifs qui sont coordonnateurs de projet. Les activités extérieures (piscine etc.) en subissent les conséquences. Ceci est d'ailleurs exprimé par deux familles dans les retours de l'enquête.

- En ce qui concerne les autres temps de rencontre afférents au projet, l'analyse quantitative montre que les parents semblent globalement satisfaits des temps de rencontre annuels avec les groupes de semi internat, les ateliers et les rééducateurs. Pourtant, il ressort de leurs commentaires et leurs remarques que la dernière rencontre avec les rééducateurs a suscité des mécontentements relatifs à l'organisation de celle-ci : « beaucoup d'attente », un « temps de rencontre insuffisant ». La réunion annuelle avec les équipes d'internat ne fut pas organisée, pour diverses raisons, depuis deux années : la majorité de familles concernées (22 familles contre 4 réponses négatives) semble souhaiter que ce type de rencontre soit remis au goût du jour.

#### D) Des prises en charge jugées adaptés par les familles

- Les chiffres montrent des familles globalement satisfaites par les prises en charge éducative, psychologique et rééducative. Elles sont 63% à estimer que les activités et prises en charge correspondent aux besoins et affinités de leur enfant et 77% à penser qu'elles contribuent à développer son potentiel et son bien être. Cette question fit l'objet de demandes personnelles et précises : orthophonie, psychomotricité, kinésithérapie, activités du type musique, poney. Les souhaits de ce type sont étudiés au cas par cas, en fonction des besoins prioritaires de l'enfant.

Si les prestations rééducatives font l'objet de telles demandes, c'est aussi parce que tous les jeunes n'en bénéficient pas forcément, soit parce qu'elles n'auraient « pas de sens pour le jeune », soit parce qu'il serait difficile de la mettre en place au plan organisationnel (manque de créneau horaire, difficulté pour les équipes de concilier les accompagnements personnalisés et collectifs)

- S'agissant des prises en charge médicales et paramédicales, si les familles en sont satisfaites à hauteur de 70%, l'information et les échanges autour de la pathologie de l'enfant et du traitement ne semblent les satisfaire qu'à hauteur respectivement de 50% et 59%. On peut noter un fort taux d'absence de réponse à ces questions (entre 22% et 29%). Il correspond, pour partie, à des enfants et des jeunes qui ne font pas l'objet d'une telle prise en charge. Mais cela ne peut pas tout expliquer puisque le taux d'absence de réponse à la question relative aux prises en charge et accompagnements proprement dits est de 20%.

On peut logiquement penser qu'il est difficile et douloureux pour des parents d'intégrer l'ensemble des informations relatives aux caractéristiques de la pathologie de leur enfant et de son traitement ; par ailleurs, les professionnels de terrain agissent par tâtonnements, notamment pour l'ajustement des traitements. Ils sont parfois eux-mêmes démunis face aux manifestations de la pathologie de certains enfants et aux actions à mettre en place. Ces tâtonnements sont incontournables pour une meilleure adaptation possible du traitement et des interventions auprès des jeunes, mais ils peuvent expliquer, en partie, que l'information ne soit pas toujours suffisante ou comprise.

#### E) Le cas des prestations logistiques

- *En matière de restauration*, les réponses indiquent que 59% familles estiment bénéficier de suffisamment d'information, contre 31% en faveur d'une information insuffisante ou partielle. Toutefois, une même proportion de familles répond ne pas souhaiter recevoir les menus correspondant à chaque semaine. Il est logique de ne compter qu'un nombre faible d'absence de réponses puisque la restauration concerne l'ensemble des enfants et des jeunes accueillis, qu'ils soient externes ou internes.

- *En ce qui concerne le transport*, et contrairement à toute attente, 65% des familles déclarent être globalement satisfaites, contre 4% insatisfaites et 9% satisfaites partiellement. Cela peut s'expliquer par le fait que les problèmes qui existent ne concernent qu'une tournée de bus, en raison notamment de jeunes dont le comportement peut être difficile durant les transports. Les réponses sont accompagnées de remarques et de commentaires concernant la sécurité des enfants, la durée des trajets de certains enfants, un nombre insuffisant de bus. Ils montrent une crainte de la part de certaines familles. En revanche, on note aussi des remarques très positives sur les transports et sur certains conducteurs de bus. Par ailleurs, si une majorité de jeunes empruntent les transports collectifs quotidiennement (externes) ou régulièrement (internes et internes séquentiels), un certain nombre de jeunes n'est pas être concerné, ce qui peut expliquer, en partie, les 20% de « sans réponse ».

- *S'agissant de l'hébergement*, l'ensemble des personnes accueillies à l'IME n'étant pas concernées par l'internat, le taux d'absence de réponses est particulièrement important (de 25% à 45%) pour les questions relatives à ce thème. La grande majorité de ce taux correspond à des familles dont les enfants ne sont pas accueillis à l'internat. En ce qui concerne les réponses restantes, les familles semblent globalement satisfaites des conditions d'hébergement (54%), en matière de confort (63%) et d'intimité (52%) ; à noter que 2 familles semblent considérer que les conditions d'hébergement ne sont pas adaptées en matière d'intimité et 4, en partie seulement, soit au total 13%.

La question relative à la personnalisation des chambres fait l'objet d'un taux d'absence de réponse maximal (45%), entraînant un taux de satisfaction de 38%, alors qu'elle est une des dimensions majeures de la satisfaction des familles, selon l'enquête de la DREES<sup>103</sup>.

---

<sup>103</sup> DREES, 2007, « L'appréciation des parents sur la prise en charge de leur enfant handicapé », *Etudes et résultats*, n°565, p1-7

Ces chiffres peuvent être analysés de la manière suivante : la personnalisation de la chambre d'internat n'est pas forcément une priorité pour les familles ; la majorité d'entre elles ne considère pas la chambre d'internat comme le lieu de vie de leur enfant, d'autant plus lorsque plusieurs jeunes occupent la même chambre au cours de la semaine (cas de l'internat séquentiel). Cette question a d'ailleurs fait l'objet de remarques en ce sens ; toutefois, certains parents ne semblaient pas avoir pris conscience de la possibilité de personnaliser la chambre de leur enfant par l'apport d'objets personnels.

- La question de la nécessité de la mise en place *d'un lieu dédié aux rencontres* en intimité entre les familles et leurs enfants est marquée par un taux d'absence de réponse important (29%) et de réponses négatives (25%). Seules 14 familles se déclarent en faveur d'un tel lieu et 7 familles déclarent qu'elles l'utiliseraient s'il était installé. En effet, parmi les enfants et les jeunes accueillis, on compte beaucoup d'externes et d'internes séquentiels qui rentrent tous les soirs ou plusieurs fois par semaines chez eux ; l'évolution des déficiences, des mentalités et l'ouverture des établissements sur l'extérieur conduit à ce que la majorité des internes rentrent en famille au moins un week-end par mois. Seuls trois jeunes ne quittent pas l'établissement et reçoivent la visite de leurs familles exclusivement au sein de l'établissement. Cela ne signifie pas qu'une réflexion ne doit pas être engagée à ce sujet, afin d'envisager une solution.
- Les axes de priorité retenus par les familles sont les transports, l'avenir des jeunes et le secteur du handicap adulte, le CVS, les prises en charge rééducatives.

Les réponses des familles à l'enquête de satisfaction sont globalement positives. Les commentaires et les suggestions qui les ont complétées sont constructifs. Toutefois, sans remettre en cause le niveau de qualité du service rendu par l'IME Montaudran, la question de la sincérité des réponses fut posée et débattue au sein du groupe de travail, du comité de pilotage, et au cours d'entretiens avec l'orthophoniste et la psychologue. Quoiqu'il en soit, les familles se sont exprimées dans cet état des lieux ; l'intérêt des retours des familles réside dans leur prise en compte et leur utilisation dans la détermination des actions.

### **3.2 Quelle utilisation des réponses de l'enquête auprès des familles ?**

Il s'agira de montrer comment les données issues de l'enquête et de l'évaluation des pratiques professionnelles ont pu être « agrégées » afin de déterminer et planifier des actions amélioratrices et d'envisager des préconisations pour l'avenir du processus.

#### **3.2.1 L'imbrication des projets vers un objectif commun**

Les réponses de l'enquête, rigoureusement dépouillées et analysées, viennent en complément des éléments issus de l'évaluation interne effectuée par les professionnels, en vue de planifier des actions amélioratrices pour l'établissement. « *Seul le croisement et la confrontation des points à améliorer*

ressentis et révélés par toutes les parties prenantes de la structure permettront de concevoir l'amélioration d'un fonctionnement institutionnel pour une qualité optimale<sup>104</sup> ».

Ce croisement des points à améliorer est réalisé à plusieurs niveaux :

- *Au stade de l'élaboration de l'enquête et du choix des questions* : j'ai souhaité utiliser l'enquête de satisfaction comme complément de l'évaluation des pratiques professionnelles, jusque dans le choix des questions posées aux familles.
- *Dans la planification des séances du groupe de travail par rapport à celles du Comité de pilotage* dédié à l'évaluation. L'ordre du jour du Comité de pilotage portait sur la détermination, la validation et la planification des Plans d'Action Qualité.

Le but fut de confirmer ou de conforter la faiblesse de certains points et de présenter des propositions issues des débats du groupe de travail, sur des questions identifiées à la fois par les professionnels et les familles, des demandes ou attentes relevées dans les réponses des familles. Le fait que quatre personnes issues du groupe de travail soient présentes aux séances du Comité de pilotage a facilité la manoeuvre.

### **3.2.2 Les résultats de la conjugaison des données recueillies : actions et préconisations**

J'évoquerai quelques unes des actions amélioratrices validées, priorisées et planifiées à court, moyen et long terme, telles qu'issues des réflexions conjuguées des groupes de travail de l'évaluation et de l'enquête auprès des familles par le Comité de pilotage. J'aborderai ensuite des préconisations relatives à l'avenir du processus d'amélioration continue de la qualité.

#### **A) De la détermination d'actions amélioratrices...**

De nombreuses propositions et actions sont validées depuis les séances du comité de pilotage. Elles concernent l'ensemble des domaines de l'évaluation interne, y compris la gestion des ressources humaines et le management. Comme je l'ai précisé plus haut, il n'est pas pertinent d'interroger les familles sur l'ensemble des thèmes et processus qui composent une Institution, au moyen d'une telle enquête. Pour cette raison, je m'en tiendrai aux actions qui sont le fruit du « croisement » des réponses des familles et des professionnels.

Toutes les actions ne pourront être suivies de faits de manière concomitante. Il convient de distinguer celles qui pourront être mises en place à court terme (quelques mois à une année), à moyen terme (dans les deux ou trois ans) et à long terme (dans les cinq ans). Les actions à court terme sont principalement les actions d'information, les opérations matérielles ainsi que certaines réorganisations. Les actes matériels, ne nécessitent pas forcément une réflexion approfondie. Il s'agit, concrètement, de l'envoi du compte rendu des séances du CVS par courrier à l'ensemble des familles ; de la mise en place d'une signalétique interne à l'établissement, par des panneaux, pour une meilleure indication des

---

<sup>104</sup> FAUGERAS S., 2007, *L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social, Paroles d'usagers et démarche qualité*, 1<sup>o</sup> édition, Paris : Seli Arslan, p.145

services, ateliers, bureaux, avec l'aide d'une personne externe à l'établissement ; de la détermination d'une procédure concernant le processus d'admission avec systématisation de la réponse écrite à chaque demande.

L'enquête vient confirmer la nécessité d'informer davantage les familles et de diversifier les canaux d'information. Cela concerne notamment le CVS, les structures du secteur du handicap adulte, le dossier de l'utilisateur et ses modalités de consultation. Les actions d'information pourront prendre la forme de réunions thématiques animées par l'Assistante sociale, de rappels d'information lors des rencontres relatives au projet, des entretiens d'admissions, de documents écrits pour les familles sur les thèmes concernés.

Toutefois, ce n'est pas si simple pour certains sujets comme le dossier de l'utilisateur, qui vont devoir faire l'objet d'une réflexion en groupe de travail, sur la composition du dossier (pièces constitutives), les modalités de classement et de conservation, de consultation par les professionnels et les familles, au regard des dispositions issues des lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2002. Il pourra s'agir, de prévoir l'élaboration d'une fiche de consultation sur place, gérée par les agents du secrétariat, portant le nom de la personne et la date à laquelle le dossier est consulté, la numérotation des pièces du dossier, un accompagnement des familles dans la démarche par l'agent coordonnateur du projet de l'enfant. Cette réflexion interne à l'établissement et les décisions qui en découlent doivent précéder l'information diffusée aux familles. Il en est de même s'agissant de la sortie définitive des jeunes vers le secteur adulte. La constitution des groupes de travail jusqu'aux prises de décisions se situent sur à court ou moyen terme.

L'enquête met l'accent sur la nécessité d'organiser des rencontres supplémentaires (rencontre annuelle avec l'internat, « bilan » de l'année passée par les jeunes) ou d'organiser différemment celles qui existent (rencontres annuelles avec les rééducateurs, horaires des rencontres). Si ces remaniements peuvent être effectués à court terme, l'organisation d'un bilan pour chaque jeune n'est pas si évidente à instaurer, tant au plan institutionnel qu'au plan humain, comme j'ai pu l'indiquer précédemment. Il entre dans une réflexion globale autour du projet individualisé.

Il incombera au groupe de travail concerné de s'interroger sur le support écrit du projet, le fond du projet et la gestion de celui-ci, « au moyen de la fonction d'expertise technique et professionnelle<sup>105</sup> » des chefs de service socio-éducatifs en la matière. En effet, si les familles semblent satisfaites, les professionnels estiment qu'il conviendrait de formuler des « objectifs et des sous objectifs plus précis et plus opérationnels<sup>106</sup> » et de « faire revivre la notion de coordonnateur du projet ». L'organisation et le nombre de synthèses par an consacrées à chaque enfant feront partie de cette réflexion.

Les objectifs du Projet Individualisé sont aussi la déclinaison de la mission et des objectifs prévus dans le projet d'établissement, adaptés et personnalisés aux besoins de chaque jeune. A ce titre, la réactualisation du projet d'établissement est prévue à l'horizon 2008. Elle est à l'origine de la décision

---

<sup>105</sup> MIRAMON J-M., 2003, *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*, 2<sup>e</sup> édition, Paris : Dunod, p.99

de lancer l'évaluation interne des services de l'IME, en plus de l'obligation législative. « *La réactualisation du projet d'établissement est l'occasion rêvée de faire le point sur la mobilisation et l'adéquation des professionnels vis-à-vis de leur fonction* »<sup>107</sup>. Il s'agit d'un travail de longue haleine qui demande l'implication de l'ensemble du personnel, et beaucoup de temps et de progressivité dans la réflexion. Il conviendra, au préalable, de définir les valeurs et principes qui sous-tendent le fonctionnement institutionnel en matière d'intimité, de dignité, de respect de la personne accueillie, de ses convictions religieuses, de sa vie affective et sexuelle etc. dans une « Charte des valeurs » ou « Charte de bientraitance ».

La mise à jour des autres documents relatifs au respect des droits des usagers et de leur participation (livret d'accueil et contrat de séjour) est également prévue à moyen terme et permettra d'apporter une amélioration à l'information des familles.

Les actions à long terme font davantage référence à des projets de grande ampleur. Le projet de construction du nouvel externat est un moteur de réflexion et de recherche de solutions d'amélioration. Un certain nombre de points à améliorer ainsi identifiés feront partie de la réflexion, qui précèdera la construction. Les réflexions sur le nouvel externat et sur la réécriture du projet d'établissement auront lieu concomitamment puisqu'elles sont très étroitement liées. Il s'agit, par exemple, des questions tenant à l'intimité de l'usager, l'accessibilité, l'accompagnement de l'enfant malade avec ou non l'institution d'une chambre destinée à l'isoler, la convivialité des salles à manger etc.

Un certain nombre d'actions amélioratrices sont ainsi priorisées et planifiées depuis leur validation en comité de pilotage, issues des grandes tendances dégagées de l'évaluation et de l'enquête de satisfaction<sup>108</sup>. Ces actions, et celles qui vont émerger des réflexions des groupes de travail, devront faire l'objet d'une formalisation par des « fiches Action », d'une mise en œuvre<sup>109</sup> et d'un suivi<sup>110</sup>, afin que la démarche d'amélioration continue puisse perdurer. Un document de synthèse des plans d'action fut élaborée et mise à disposition. L'objectif est de pérenniser la démarche dans le temps, dans le fonctionnement de l'IME, et dans les mentalités. Dans ce sens, je vais exposer quelques préconisations pour l'avenir d'une telle démarche, sans omettre l'implication de l'usager.

## B) ...Aux préconisations pour la pérennisation d'une posture qualité

### ➤ *Concernant les professionnels de l'établissement :*

Avec la planification d'actions amélioratrices, l'évaluation se termine, laissant la place à un processus plus large, une démarche d'amélioration continue de la qualité. Parmi mes préconisations pour la poursuite et la pérennisation de la démarche, la constitution d'une « cellule qualité » et la transformation du « Bulletin de l'Evaluation » en « Bulletin de la Qualité » me semblent importants.

---

<sup>106</sup> Citations issues de l'autoévaluation des pratiques effectuée par les professionnels lors des séances du groupe de travail dédiées au « projet individualisé » et aux « prises en charge globale et spécifiques »

<sup>107</sup> LOUBAT J.R., 1997, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social, contexte, méthodes et outils*, 1<sup>o</sup> édition, Paris : Dunod, p.123

<sup>108</sup> En référence à la phase « Planifier » de la Roue de DEMING dite « PCDA »

<sup>109</sup> Phase « Développer »

<sup>110</sup> Phase « Vérifier »,

L'ordre du jour de la dernière séance du comité de pilotage prévoyait l'institution d'une cellule qualité en lieu et place du Comité de pilotage de l'évaluation. En pratique, une présentation fut réalisée et un appel à volontaire fut effectué, mais la cellule n'était pas encore composée à la fin de mon stage. Les indications suivantes sont des préconisations dont je fis part aux membres du comité de pilotage lors de la dernière séance :

- La « cellule qualité » remplace le comité de pilotage. Le terme « cellule » renvoie à sa dimension qui doit être plus restreinte que celle du comité de pilotage. Celui-ci comprenait une douzaine de membres, ce qui représente une organisation trop lourde et qui perd en efficacité et en cohérence. Une composition de six à huit membres me semble être une meilleure solution. Tout en demeurant pluridisciplinaire, il me semble important que cette cellule soit composée de membres de l'ancien comité de pilotage, de membres du groupe de travail sur l'enquête de satisfaction dont j'ai assuré l'animation, ainsi que d'agents « nouveaux » c'est-à-dire qui n'aient pas encore été impliqués directement.

La fonction de cette cellule sera la mise en œuvre de la feuille de route élaborée en comité de pilotage et le suivi de l'évolution de la démarche et des Plans d'Action Qualité. L'objectif étant la pérennisation du processus d'amélioration, une telle cellule doit être permanente, ce qui ne veut pas dire pour autant que les agents en feront partie de manière indéfinie. Elle doit être un trait d'union avec l'évaluation et le fil conducteur de l'amélioration de la qualité.

Autour de cette cellule qualité, graveront des groupes de travail ou « groupes projet », correspondant aux groupes de réflexion relatifs aux thèmes et actions nécessitant du temps et de l'échange pluridisciplinaire. C'est ce travail de réflexion et la recherche de solutions et de propositions de ces groupes qui alimenteront la démarche. La cellule aura un rôle de validation des propositions issues des groupes. Un tel système nécessite qu'une personne soit nommée « porte parole » au sein de chaque groupe thématique, afin de pouvoir retracer les échanges et les propositions, les expliquer et les argumenter à la lumière des débats du groupe. Cette personne aura un statut de « personne qualifiée » dans la cellule qualité sur le thème en question.

Une fois les propositions d'actions concrètes validées, des fiches action seront élaborées, mentionnant l'action envisagée, le délai, la ou les personnes responsables, le coût prévisionnel, le délai, l'outil d'évaluation et les indicateurs. Une telle formalisation est la garantie d'un suivi effectif des plans d'action et du maintien du processus global.

- Pendant la phase d'évaluation, une revue interne, nommée « Bulletin de l'Évaluation » permet d'informer l'ensemble des agents, à chaque étape et avancée de la démarche, et de les impliquer. L'élaboration d'un tel document prend du temps et peut s'avérer lourde, mais elle est, à mon sens, nécessaire, pour une acculturation de l'institution et la pérennité de la démarche. Cette revue interne peut être parcourue par l'ensemble des agents, puisqu'elle est mise à disposition dans tous les services. Ils ont accès à l'information, y compris les agents de nuit.

- Il conviendra de renouveler l'évaluation interne, à l'aide du même référentiel, afin d'examiner l'état d'avancement des Plans d'Actions Qualité et l'évolution des points faibles identifiés lors de l'évaluation. Je préconise que cette évaluation ait lieu deux fois durant la durée de cinq ans du projet d'établissement.

La première servirait d'état des lieux et la seconde de bilan de mi parcours, en vue d'ajuster le service rendu aux besoins des usagers. Il conviendra d'y adjoindre, à chaque fois, une enquête de satisfaction à destination de l'ensemble des familles. A noter que le rapport issu de l'évaluation interne qui fut menée sera transmis à l'autorité qui délivre l'agrément (la DDASS), en vue de l'évaluation externe<sup>111</sup>.

- En complément de l'évaluation, et dans le cadre de la mise en place du Document Unique de Prévention contre les Risques Professionnels au cours de l'année 2008, pourrait être envisagée la diffusion d'un questionnaire à destination des agents, adressé de manière individuelle et anonyme (à la différence de l'autoévaluation en groupes de travail). Il porterait, notamment, sur leur vision de leurs conditions de travail et de leurs pratiques professionnelles au sein de l'IME. L'anonymat des réponses favoriserait la sincérité des réponses individuelles, sans la garantir bien évidemment. Un tel questionnaire viendrait en complément des réponses des familles. Il permettrait, en outre, de recueillir des informations et des analyses sur les conditions de travail, les ambiances, les ressentis des agents par rapport à leurs pratiques, leurs compétences, à l'usure professionnelle, le « burn out » et toutes ces problématiques incontournables à un manager d'équipe ; ce type d'information ne peut être recueilli, à mon sens qui ne peuvent, d'une autre manière. C'est ce qui peut être réalisé dans d'autres structures sociales et médico-sociales, en complément d'une évaluation de la satisfaction des usagers.

➤ *En direction des usagers :*

- S'agissant des familles, le choix fut fait d'associer les familles à l'évaluation interne de l'établissement par le biais d'un questionnaire anonyme de satisfaction, afin de ne pas compromettre la sincérité des réponses et des débats des agents ; mais il conviendrait d'intégrer directement un représentant des familles au moins, membre ou non du CVS, à la démarche, via une participation à la cellule qualité en tant que membre à part entière et permanent. Le parent participerait ainsi directement aux débats et à la validation des actions, ce qui permettrait également de faire perdurer le croisement des points de vue des professionnels et des usagers.
- De la même manière, je suis convaincue que la participation directe d'un ou plusieurs représentants des familles à la Commission de restauration aurait un grand intérêt. Cette commission met en présence des professionnels de l'IME, en fonction de leur disponibilité (les chefs de service, un ou plusieurs agents issus de l'internat et du semi internat etc.) et des professionnels de l'échelon régional de la société prestataire.

L'objectif de cette commission est de faire remonter les points d'insatisfaction, d'inadéquation avec le cahier des charges relatif et les difficultés liées à certains plats, conditionnements ou autres problèmes d'ordre technique, identifiés par les professionnels qui assurent le temps des repas. La

---

<sup>111</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

présence d'un ou de plusieurs représentants d'utilisateur permettrait d'appuyer les arguments défendus par les professionnels de l'IME « avec d'autres mots », de les confronter, mais aussi d'assurer une plus grande transparence envers les familles sur cette prestation et ses limites, qui tiennent au cahier des charges et aux contraintes du prestataire.

- Afin de renforcer l'information à destination des familles, il serait envisageable de prévoir l'élaboration d'une sorte de revue qui serait envoyée aux familles, à raison de deux à trois fois par an, du fait de la lourdeur d'un tel projet. Elle reprendrait les principaux points d'actualité de l'établissement, ainsi que certains thèmes importants relatifs aux droits et devoirs des usagers qui nécessitent d'être abordés, rappelés, ou expliqués de nouveau.

- En ce qui concerne les enfants et les jeunes accueillis, une méthode relative à la « communication par l'image » ou « communication visualisée » fit l'objet d'une formation en interne. Elle est fondée sur une base d'images standardisées. Elle peut ouvrir des perspectives, à moyen ou long terme, pour certains d'entre eux, et dans la limite de leur niveau de compréhension. En effet, certains enfants communiquent par le biais de signes et/ou de gestes. L'idée serait d'adapter une enquête de satisfaction spécialement pour ces jeunes, par le biais des images qu'ils sont en mesure de comprendre et d'utiliser. Cela suppose, au préalable :

- la mise en place généralisée de la méthode au sein de l'IME, ce qui implique un engagement fort de la Direction, une implication de l'ensemble des agents et l'octroi des moyens nécessaires à la généralisation de ces images au sein de l'établissement. En pratique, il s'agit de symboles imprimés sur des cartes en papier plastifiées ; chaque symbole correspond à un objet, une idée et la signification de chacune d'elles doit être la même dans l'établissement, afin que chaque jeune et chaque professionnel ait les mêmes codes de communication

- une réflexion éthique sur le mode de recueil de la satisfaction des jeunes accueillis et la place à donner aux réponses apportées, en terme d'objectivation

- un travail de préparation fait avec chacun des enfants en capacité de communiquer de cette manière, autour des images qu'il s'est approprié

- beaucoup de temps et de patience pour les professionnels qui s'y investiraient, avec des incidences sur le temps de travail des agents et les plannings le cas échéant.

Un tel projet serait, dans un premier temps, une expérimentation. Il s'agira, avant tout, d'estimer si elle a un sens pour les enfants et un intérêt pour l'institution. Dans le même ordre d'idée, une adaptation aux enfants des documents destinés à garantir le respect des usagers, sur le même mode, pourrait être envisagée parmi les actions à long terme.

## Conclusion

Les établissements sociaux et médico-sociaux sont tenus d'adapter leur action aux besoins, demandes et attentes des usagers, et ce particulièrement depuis la loi du 2 janvier 2002. Ils sont les bénéficiaires de prestations de service, personnalisées et contractualisées dans un contrat d'accueil et, surtout, dans un projet individualisé.

A ce titre, il appartient au Directeur de l'établissement de veiller à la meilleure adéquation possible entre le service rendu, le service attendu par les bénéficiaires et les moyens alloués à l'établissement par l'autorité de tarification, tant au plan financier qu'en terme de personnel. Pour cela, il dispose d'un outil de management et d'aide à la décision précieux, l'évaluation interne. Elle consiste précisément à « *apprécier dans quelle mesure les différentes activités mettant en jeu les moyens de l'Institution et les pratiques professionnelles, permettent d'atteindre les objectifs préalablement établis*<sup>112</sup> » dans le projet d'établissement.

Cet outil est d'autant plus profitable et efficace qu'il s'inscrit dans un processus plus large d'amélioration continue de la qualité et qu'il procède d'une démarche collective, impliquant toutes les parties prenantes de l'établissement. Il suppose :

- Un engagement fort de la Direction, marquant une volonté de s'engager à long terme et non celle de remplir une simple formalité administrative
- Une information et une communication suffisantes et pertinentes, à chaque étape, doublée d'une diversification des canaux d'information (réunions, écrits, échanges informels), permettant de limiter, voire d'enrayer les éventuelles craintes et résistances
- Un encouragement répété (par voie orale comme écrite) à la participation effective de l'ensemble des agents de l'Institution, de manière pluridisciplinaire, pour un décloisonnement des services et des pratiques professionnelles, un renouvellement du dialogue entre les professionnels et en vue d'une réflexion commune dans un seul objectif, l'usager
- La participation de l'usager, par l'expression de sa satisfaction ou de son insatisfaction, de ses besoins, souhaits et attentes, permettant un croisement de points de vue essentiel pour identifier les points faibles du service rendu et du fonctionnement de l'établissement, et construire des plans d'actions amélioratrices, dans la limite des moyens de l'établissement.

Ces grands principes méthodologiques sont ceux que appliqués, tout au long de mon stage, afin de mener à bien la mission confiée. Ne pouvant, dans l'immédiat, associer les enfants et les jeunes directement, du fait de leurs pathologies respectives et du manque d'outil de communication, les familles furent associées par l'enquête de satisfaction. Le but fut de les inciter à s'exprimer par le choix de l'anonymat et de la forme des questions.

---

<sup>112</sup> FAUGERAS S., 2007, *L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social, Paroles d'usagers et démarche qualité*, 1<sup>o</sup> édition, Paris : Seli Arslan, p 131

Si les rapports entre les professionnels et les familles sont connus pour être compliqués dans le secteur social et médico-social, les résultats et incidences de cette enquête furent très encourageants à différents points de vue :

- les familles ont répondu massivement, marquant leur intérêt
- un certain nombre de réponses furent détaillées et firent l'objet de suggestions, en fonction et dans la limite des possibilités de chacune
- elles ont contribué à éclairer ou conforter les professionnels sur certains points à améliorer et à envisager des actions concrètes pour y remédier
- même si elles le sont déjà largement, les familles se sont senties associées à la vie de l'établissement et elles ont pu identifier des points sur lesquels elles ne s'estiment pas suffisamment informées et les questions à approfondir, entraînant une poursuite ou un renouvellement du dialogue entre les familles et les professionnels
- Les familles s'estiment globalement très satisfaites du service rendu à l'IME, même si des améliorations sont proposées.

Du point de vue des professionnels, l'usager est placé au centre de la réflexion pluridisciplinaire, par l'intermédiaire des familles, conformément au postulat de départ du travail social, et leurs avis et points de vue ont pu être exprimés et pris en compte au cours de cette première phase du processus d'amélioration continue de la qualité des prestations et des services.

Quelques points de réflexion apportent un peu de nuance à cet enthousiasme. Tout d'abord, la question de la sincérité des réponses des familles dans cette enquête. Ensuite, au vu des restrictions budgétaires actuelles et des incidences de la mise en place de la pluri annualité budgétaire, les enveloppes budgétaires sont fermées et la teneur des actions amélioratrices est donc limitée ; leur mise en œuvre qui ne peut être que progressive. Enfin, si cette première étape dans le lancement du processus et dans l'acculturation des agents est franchie, l'avenir montrera si la « posture qualité » résistera au temps, au-delà de l'obligation à venir relative à l'évaluation externe des établissements.<sup>113</sup>

A ce titre, la conduite du Directeur est hautement symbolique. Il lui appartiendra d'incarner ces valeurs institutionnelles et d'impulser ce changement en profondeur. Le manager est « *d'abord quelqu'un qui instaure du dialogue et de la confrontation autour des valeurs* <sup>114</sup> ».

---

<sup>113</sup> DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE. Circulaire n°2006-53 du 10 février 2006 relative aux dates de mise en œuvre des évaluations prévues par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, précise que la durée de 15 ans débute le 4 janvier 2002 ; la loi de 2002 prévoit, dans son article 22, que l'évaluation externe doit être effectuée avant le 4 janvier 2009.

<sup>114</sup> CLAUDE J.F., 2003, *Manager par les valeurs*, 2<sup>e</sup> édition mise à jour et enrichie, Rueil-Malmaison : Liaisons, p.177

---

# Sources et bibliographie

---

## Sources législatives et réglementaires

### ➤ Lois et ordonnances:

- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, [en ligne]. Journal officiel, n° 36 du 12 février 2005, [visité le 31.04.07], disponible sur [http : // www.legifrance.gouv/Aspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0300217L](http://www.legifrance.gouv/Aspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0300217L)
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, [en ligne]. Journal officiel, n° 54 du 5 mars 2002. [visité le 18.07.07]. disponible sur <http://legifrance.gouv/Aspad/UnTexteDeJorf?numjo=MESX0100092L>
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel, n° 2 du 3 janvier 2002. [visité le 16.01.07]. disponible sur [http : // legifrance.gouv.fr/citoyen/jorf\\_nor.ow?numjo=MESX0000158L](http://legifrance.gouv.fr/citoyen/jorf_nor.ow?numjo=MESX0000158L)
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière [en ligne]. Journal officiel du 2 août 1991. [visité le 30.07.07], disponible sur [http //legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SPEBN.htm](http://legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SPEBN.htm)
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal officiel du 1<sup>er</sup> juillet 1975, [visité le 9.05.07], disponible sur [http : //legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SMEAE. Htm](http://legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SMEAE.Htm)
- PREMIER MINISTRE. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée [en ligne]. Journal officiel du 25 avril 1996. [visité le 18.05.07]. disponible sur <http://www.admi.net/JO/19960425/TASX9600.html>

➤ **Décrets :**

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux [en ligne]. Journal officiel, n°113 du 16 mai 2007 [visité le 20.06.07], disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANA0721681D>
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-324 du 8 mars 2007 portant diverses dispositions relatives à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux [en ligne]. Journal officiel, n°59 du 10 mars 2007 [visité le 2.06.07], disponible sur [www.admi.net/Jo/20070310/SANA0720727D](http://www.admi.net/Jo/20070310/SANA0720727D)
- MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, ET DE LA RECHERCHE. Décret n°2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap [en ligne]. Journal officiel, n° 304 du 31 décembre 2005, [visité le 30.06.07], disponible sur [www.admi.net.io/20051231/MENE0502666D.html](http://www.admi.net.io/20051231/MENE0502666D.html)
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2005-1589 du 19 décembre 2005 relatif à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées et modifiant le CASF, [en ligne]. Journal officiel, n°295 du 20 décembre 2005, [visité le 30.06.07], disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/Aspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANA05246117D>
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPPEES. Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au Conseil de la Vie Sociale et autres formes de participations [en ligne], Journal Officiel. n°74 du 27 mars 2004, [visité le 28 avril 07], disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/Aspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANA0323646D>
- MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, par les annexes concernant, la première, les conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés, la seconde, les conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une difficulté motrice, la troisième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés[en ligne]. Journal officiel du [visité le 30.03.07], disponible sur [http //legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SPHIR.htm](http://legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SPHIR.htm)

## ➤ Circulaires :

- MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. circulaire n°2006-126 du 17 Août 2006 relatif à la mise en œuvre et du suivi du Projet Personnalisé de Scolarisation [en ligne]. [visité le 18.05.07]. Disponible sur : [http : www.education.gouv.fr/JO/2006/32/default.htm](http://www.education.gouv.fr/JO/2006/32/default.htm)
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DGAS/D5B/2006/216 n°2007-111 du 18 mai 2006 relative à la pluri annualité et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupement d'établissements [en ligne]. [visité le 18.05.07]. [www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-06/a0060043.htm](http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-06/a0060043.htm)
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DGAS n°2006-53 du 10 février 2006 relative aux dates de mise en œuvre des évaluations prévues par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal officiel, n° du 15 avril 2006,156-157

## Ouvrages

- BERNOUX P., 1985, *Sociologie des Organisations*, 3<sup>e</sup> édition, Paris : Seuil, Paris, 380p
- CLAUDE J-F, 2003, « Manager par les valeurs pour donner envie aux collaborateurs de travailler ensemble », in CLAUDE J-F, *Manager par les valeurs*, 2<sup>e</sup>édition mise à jour et enrichie, Rueil-Malmaison : Liaisons, p 91-217
- DANANCIER J., 1999, *Le Projet Individualisé dans l'accompagnement Educatif, Contextes, méthodes, outils*, 1<sup>e</sup>édition, Paris : Dunod, 196p
- DUCALET P., LAFORCADE M., 2004, *Penser la qualité dans les institutions sociales et médico-sociales*, 2<sup>e</sup>édition revue et augmentée, Paris : Seli Arslan, 335p
- DUTRENIT J.M., 2004, *Recherche et développement qualité en action sociale*, Technologie de l'action sociale, 2<sup>e</sup>édition, Paris : L'Harmattan, 372p
- FAUGERAS S., 2007, *l'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social, paroles d'usagers et démarche qualité*, 1<sup>e</sup>édition, Paris : Seli Arslan, 271p
- LOUBAT J.R., 1997, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social, contexte, méthodes, outils*, 1<sup>e</sup> édition, Paris : Dunod, 405p
- MAGUEREZ G., 2005, *l'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux*, 1<sup>e</sup> édition, Rennes : ENSP, 119p
- MIRAMON J.M, MORDOHAY F.O., 2003, *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*, 2<sup>e</sup> édition, Paris : Dunod, 220p
- ZRIBI G et CHAPPELLIER J.L, 2005, *Penser le handicap mental*, 1<sup>e</sup>édition, Rennes : ENSP, 263

## **Rapports, Guides, Référentiels, notes**

- ANDESI/UNAPEI, mai 2005, *La participation des usagers dans les établissements et services médico-sociaux : enjeux et méthodes* [en ligne], Montligeon, 39p, disponible sur [www.unapei.org\\_vous/actualites/edocs/00/00/11/FA/document\\_actualite.md?type=text.html](http://www.unapei.org_vous/actualites/edocs/00/00/11/FA/document_actualite.md?type=text.html)
- Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, Conseil Supérieur du Travail Social, *l'usager au centre du travail social*, Rapports du CSTS, Rennes : ENSP, 2007, 165 p
- Direction Générale de l'Action Sociale. Note d'information DGAS/5B n°2004/96 du 03/03/04 *relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux* [en ligne], 30p, disponible sur [www.nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/cohesionsociale/demarche\\_qualite/qualite.pdf](http://www.nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/cohesionsociale/demarche_qualite/qualite.pdf)
- Direction Générale de l'Action Sociale, Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale, 24 janvier 2006, Note d'orientation n°2, *Procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, [en ligne], disponible sur [www.gnda.org/infos/loi020102/evaluation/note\\_dorientation2.htm](http://www.gnda.org/infos/loi020102/evaluation/note_dorientation2.htm)
- Direction Générale de l'Action Sociale, Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale, septembre 2006, *L'évaluation interne, guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, version n°1 [en ligne], 26p disponible sur [www.creaialsace.org/article.php3?id?\\_article=196](http://www.creaialsace.org/article.php3?id?_article=196)
- Direction Générale de l'Action Sociale, Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale, mars 2004, *Guide méthodologique pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, démarche qualité, évaluation interne et recours à un prestataire* [en ligne], 39p, [www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/etab\\_medicosocio/g\\_metho.pdf](http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/etab_medicosocio/g_metho.pdf)
- ANCREAI, « Le guide d'évaluation de la qualité élaboré par l'ANCREAI : PERICLES », Bulletin du CREAL de Bourgogne [en ligne], disponible sur [www.bdsp.tm.fr/FullText/Show.asp?Ref=329075](http://www.bdsp.tm.fr/FullText/Show.asp?Ref=329075)

## **Revue spécialisée et périodiques**

- BENLOULOU G, 2004 « la prise en charge des enfants psychotiques, quel rôle pour les éducateurs ? », *Lien social* [en ligne], n°720, disponible sur Internet : <http://archive.lien-social.com/dossiers>
- CASTRO M, 2007, « Un accompagnement sur mesure », *Lien social*, n°832, p 11-13

- CATHERINE J.M, « La dimension cognitive de la conduite de projet, de la logique de la prestation à la logique du service rendu à l'usager en CAT », *Les cahiers de l'Actif*, n°328/329, P47-59
- DANANCIER J, 2005 « L'évaluation interne de projet », *Les cahiers de l'Actif*, numéro double n°350/351 et 352/353, p 85-102
- DE KONINCK, 2000, « Résister au changement : une attitude rationnelle », *Lien social*, Hors série n°28, P28-36
- DREES, 2007, « L'appréciation des parents sur la prise en charge de leur enfant handicapé », *Etudes et résultats*, n°565, p1-7
- DUHAMEL C, LEOTOING M, 2007, « La loi n°2002-2, cinq ans après, préserver l'intimité des usagers », *Directions*, n°37, p.19-25
- DUMETZ M, 2003, « Représentation du soin de qualité et de l'information du patient chez les infirmières », *Gestion hospitalières*, août /septembre 2003, p527-532
- DUSSART Anne, 2005, « L'évaluation dans l'action sociale : la proposition de l'ANCREAI », *Les cahiers de l'Actif*, numéro double n°350/351 et 352/353, p 185-230
- GRAU C, 2005, « Construire son propre outil d'évaluation interne : une expérience en CAT », *Les cahiers de l'Actif*, numéro double n°350/351 et 352/353, p267-286
- GRENEL L, 2000, « A quand des normes de qualité pour le travail social et éducatif ? *lien social* [en ligne], n°530, disponible sur Internet : <http://archive.lien-social.com/dossiers>
- JOINING J.L, « Evaluer...Pourquoi?...Comment?...Avec qui ? », *Les cahiers de l'Actif*, numéro double n°350/351 et 352/353, p 85-102
- LEFEVRE P, 2005, « Promouvoir la qualité et l'évaluation dans les organisations sociales et médico-sociales, enjeux, contexte et méthodes », *Les cahiers de l'Actif*, numéro double n°350/351 et 352/353, p11- 31
- LOUBAT J.R, 2007, « La relation de service au cœur de l'action sociale et médico-sociale », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2497 p39-40
- LOUBAT J.R, 2006, « Evaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux », *Gestions hospitalières*, p207-212
- LOUBAT J.R, 2005, « Evaluer la qualité des prestations de service », *Les cahiers de l'Actif*, numéro double n°350/351 et 352/353, p 125-140
- LOUBAT J.R, 2004, « L'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux, réflexion autour d'un concept vertueux », *Lien social*, n°719, p.4-12
- LOUBAT J.R, 2000, « Prestataires et bénéficiaires doivent passer un contrat ! », *Lien social* [en ligne], n°527, p1-7, disponible sur Internet : <http://archive.lien-social.com/dossiers>
- MAXIMIN M, CANN Y, CHEMARIN I, 2007 « la psychiatrie est-elle soluble dans le médico-social », *Lien social*, n°832, p 8-10
- PASQUIER B, 2006, « le dossier de l'usager, le choix des mots », *Directions*, n°28, p.22-27
- ROUFF K, 2004, « les activités proposées aux enfants ont toutes une visée thérapeutique », *Lien social* [en ligne], n°720, disponible sur Internet : <http://archive.lien-social.com/dossiers>

- ROUX M .A, 2005, « Enjeux et freins de la démarche qualité et de l'évaluation interne dans le secteur médico-social », *Les cahiers de l'Actif*, numéro double n°350/351 et 352/353, p 33- 46
- SAVIGNAT P, 2005, « Construire, formaliser et évaluer la qualité dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux », *Les cahiers de l'Actif*, numéro double n°350/351 et 352/353, p 51-60
- SAVIGNAT P, 2005, « Evaluation dans les institutions sociales et médico-sociales : de quelques questions de méthode », *Actualités Sociales hebdomadaires*, n°2396, p37-38
- TREMINTIN J, 2004, « l'usager sait-il ce qui est bien pour lui ? *Lien social* [en ligne], n°727, disponible sur Internet : <http://archive.lien-social.com/dossiers>
- TREMINTIN J, 2001, « Peut-on évaluer le travail social ? *Lien social* [en ligne], n°595, disponible sur Internet : <http://archive.lien-social.com/dossiers>

## **Mémoires**

- GRAU Caroline, « *Construire un outil d'évaluation interne propre à un centre d'aide par le travail. L'entrée dans une démarche qualité par l'autoévaluation interne* », ENSP, 2003, 79 p
- LE PORT D, « *Une illustration de démarche qualité en foyer de l'enfance : à l'heure des interrogations qui fondent l'action. L'évaluation de la pertinence de la prise en charge au regard des besoins des usagers* », ENSP, 2004, 55p
- CHEVROLET E, « *L'évaluation interne au service de la qualité. Application de la prise en charge d'autistes en Maison d'Accueil Spécialisée* », ENSP, 2005, 93p

Disponibles sur [www.ensp.fr/modules/ressources-documentaires-34/](http://www.ensp.fr/modules/ressources-documentaires-34/)

## **Formations**

- MERLET C., *Conduite d'un projet d'amélioration continue de la qualité*, Rennes : ENSP, 134 p
- DUPART S., *Conduite d'une démarche qualité dans un établissement sanitaire, médico-social et social de petite et moyenne taille*, Rennes : ENSP, 120 p

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE 1 : Questionnaire type de l'enquête de satisfaction**

**ANNEXE 2 : Tableau de synthèse des données quantitatives**

**ANNEXE 3 : Extrait du référentiel utilisé pour l'évaluation interne  
(Droits des personnes accueillies)**

**ANNEXE 4 : Reproduction d'un extrait du cahier des charges relatif à  
la prestation de CRP Consulting (évaluation interne)**

## **ANNEXE 1 : Questionnaire type de l'enquête de satisfaction**

Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse

OUI

NON

EN  
PARTIE

### **ACCUEIL/DISPONIBILITE**

**1. Estimez-vous être satisfaits de l'accueil physique et téléphonique ...**

▪ Du secrétariat ?

▪ Des personnels éducatifs intervenant au sein des internats ?

▪ Des personnels éducatifs du semi internat et des ateliers ?

▪ Des personnels d'entretien et des services généraux ?

▪ Des infirmières ?

▪ Des rééducateurs (kinésithérapeute, psychomotriciennes, orthophoniste) ?

▪ Du médecin ?

▪ Du médecin psychiatre ?

▪ De l'assistante sociale ?

▪ De la psychologue ?

▪ Des chefs de service ?

▪ De la direction ?

**2. Leur disponibilité vous semble-t-elle adaptée à vos attentes ?**

*Avez-vous des suggestions ou des remarques à formuler ?*

Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse

OUI

NON

EN  
PARTIE

### INFORMATION

#### 3. Estimez-vous être suffisamment informés :

▪ Sur les droits de votre enfant ?

▪ Sur vos droits et obligations de parents ?

#### 4. Estimez-vous être suffisamment informés :

▪ Sur les orientations dans le secteur adulte ?

▪ Sur les modalités d'accueil dans les structures pour adultes ?

*Sinon, que proposeriez vous ?*

5. L'entrée de l'IME vous semble-t-elle suffisamment bien indiquée (portail) ?

6. Les différents services de l'établissement vous paraissent-ils :

▪ Suffisamment indiqués ?

▪ Facilement localisables (internats, différents groupes d'externat, ateliers, activités rééducatives...)?

*Avez-vous des suggestions sur ce point ?*

Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse

OUI                  NON                  EN  
PARTIE

**PARTICIPATION/COMMUNICATION**

**7. Les moyens d'information, de communication et de participation à la vie de l'établissement correspondent-ils à vos besoins et attentes (cahiers de liaison, rencontres formelles et informelles, temps festifs...)?**

**8. Estimez-vous que vos attentes et vos demandes sont globalement prises en compte dans un délai qui vous semble raisonnable ?**

*Avez-vous des propositions d'amélioration ?*

**9. Connaissez-vous l'existence et le fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale ?**

**10. Etes vous informés avant et après la tenue d'une réunion du Conseil de la Vie Sociale ?**

**11. Avez-vous la possibilité de faire remonter vos questions et remarques à vos représentants au Conseil de la Vie Sociale ?**

*Si oui, avez-vous déjà utilisé cette possibilité ?*

*Avez-vous des suggestions à formuler en matière d'information ou de participation au Conseil de la Vie Sociale ?*

Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse ?	OUI	NON	EN PARTIE
<b>DROITS DES PERSONNES ACCUEILLIES</b>			
<b>12. L'existence d'un lieu dédié aux rencontres, en intimité, entre les familles et leurs enfants vous paraît elle nécessaire ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. Utiliseriez vous un tel lieu s'il était installé ?</b> <i>Comment l'imagineriez-vous ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. Connaissez-vous vos droits en matière d'accès au dossier de votre fils (fille) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15. Souhaiteriez vous en connaître les modalités de consultation ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse ?

	OUI	NON	EN PARTIE
--	-----	-----	--------------

**PROJET PERSONNALISE**

**16. Le document écrit vous paraît-il clair ? Vous permet-il de comprendre aisément la prise en charge de votre enfant ?**

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

*Selon vous, quelles améliorations pourraient y être apportées ?*

**17. Estimez-vous que votre avis de parents et vos souhaits pour votre enfant sont suffisamment pris en compte ?**

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**18. La rencontre annuelle portant sur le projet de votre fils (fille) vous paraît-elle avoir une périodicité adaptée ?**

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**19. Ce temps de rencontre vous semble-t-il suffisant ?**

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

*Que proposeriez-vous ?*

**20. Estimez-vous pouvoir facilement exprimer votre avis et vos souhaits au cours de ces rencontres ?**

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**21. Etes-vous satisfaits des autres temps de rencontre relatifs aux activités et prises en charge de votre fils (fille) et, notamment, de :**

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ La rencontre annuelle avec les groupes de semi-internat?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ La rencontre individuelle et annuelle avec les ateliers ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ La rencontre annuelle avec les rééducateurs ?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse

	OUI	NON	EN PARTIE
--	-----	-----	--------------

**22. Souhaiteriez-vous l'organisation d'une rencontre annuelle avec les équipes d'internat ?**

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**23. Selon vous, l'institution prend-elle suffisamment en compte les problématiques familiales liées à votre enfant ?**

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

*Avez-vous des remarques à formuler ?*

Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse ?

	OUI	NON	EN PARTIE
--	-----	-----	--------------

**PRISES EN CHARGE EDUCATIVE, PSYCHOLOGIQUE ET REEDUCATIVE**

24. Estimez vous que les activités et les prises en charge correspondent aux besoins et aux affinités de votre fils (fille) ?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

25. Pensez-vous qu'elles contribuent à développer son potentiel et son bien-être ?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

*Avez-vous des remarques et suggestions à formuler ?*

Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse ?

	OUI	NON	EN PARTIE
--	-----	-----	--------------

**PRISES EN CHARGE MEDICALE ET PARAMEDICALE**

26. Estimez vous être suffisamment informés :

- Sur la pathologie de votre fils (fille)
- Sur les traitements, les objectifs recherchés et leurs effets secondaires ?

27. Les échanges autour de la pathologie et du traitement vous semblent-ils suffisants ?

28. Etes vous satisfaits de la prise en charge et de l'accompagnement médical et paramédical de votre fils (fille) au regard de sa pathologie ?

*Avez-vous des remarques et des suggestions à formuler à ce propos?*

Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse	OUI	NON	EN PARTIE
<b>RESTAURATION</b>			
<b>29. Estimez-vous bénéficier de suffisamment d'informations concernant la restauration de votre fils (fille) (plan alimentaire, recommandations nutritionnelles, régimes spécifiques...)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>30. Souhaiteriez vous recevoir les menus correspondant à chaque semaine ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Que proposeriez vous afin d'être davantage associés à la réponse apportée aux besoins nutritionnels et alimentaires de votre fils (fille) ?</i>			

Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse ?	OUI	NON	EN PARTIE
<b>TRANSPORT</b>			
<b>31. Etes-vous globalement satisfaits de la prestation de transport (domicile/IME et inversement) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Avez-vous des remarques ou des suggestions à nous soumettre ?</i>			

Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse ?

OUI

NON

EN  
PARTIE

### HEBERGEMENT

**32. Les conditions d'hébergement vous semblent elles adaptées ?**

▪ En matière de confort ?

▪ En matière d'intimité ?

▪ En terme de personnalisation des chambres (affaires personnelles,...) ?

*Avez-vous des suggestions à ce propos ?*

**33. La gestion et l'entretien du linge vous parait-elle satisfaisante ?**

**Quel axe d'amélioration de la qualité des services vous semble-t-il le plus important ?**

## ANNEXE 2 : Tableau de synthèse des données quantitatives

### Légende :

- Le signe - signifie 0 (nul)
- Les données « **en gras** » correspondent à la tendance majoritaire
- Les données « *en italique* » montrent un taux important d'absence de réponse
- Les données soulignées font référence à des tendances relevées dans la 3<sup>e</sup> partie
- **Nb** correspond au nombre de réponses sur 44 questionnaires
- % est la traduction du nombre de réponses en pourcentage

QUESTION		OUI		NON		EN PARTIE		SANS REPONSE	
N°	Thème	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
<b>ACCUEIL/DISPONIBILITE</b>									
<b>1</b>	<i>Global</i>	<b>41</b>	<b>93,18</b>	-	-	-	-	3	6,82
	<i>Secrétariat</i>	<b>43</b>	<b>97,73</b>	-	-	-	-	1	2,27
	<i>Internat</i>	<b>31</b>	<b>70,45</b>	-	-	1	2,27	12	27,27
	<i>Externat/ateliers</i>	<b>39</b>	<b>88,64</b>	-	-	1	2,27	4	9,09
	<i>Services généraux</i>	<b>28</b>	<b>63,64</b>	-	-	-	-	16	36,36
	<i>Infirmières</i>	<b>38</b>	<b>86,36</b>	-	-	-	-	6	13,64
	<i>Rééducateurs</i>	<b>34</b>	<b>77,27</b>	-	-	-	-	10	22,73
	<i>Médecin</i>	<b>42</b>	<b>95,45</b>	-	-	-	-	2	4,55
	<i>Médecin psy</i>	<b>22</b>	<b>50</b>	-	-	-	-	<b>22</b>	<b>50</b>
	<i>Assistante soc</i>	<b>40</b>	<b>90,91</b>	1	2,27	-	-	3	6,82
	<i>Psychologue</i>	<b>39</b>	<b>88,64</b>	-	-	1	2,27	4	9,09
	<i>Chefs de service</i>	<b>41</b>	<b>93,18</b>	-	-	1	2,27	2	4,55
	<i>Direction</i>	<b>32</b>	<b>72,73</b>	1	2,27	1	2,27	10	22,73
<b>2</b>	<i>Disponibilité</i>	<b>34</b>	<b>77,27</b>	2	4,55	2	4,55	6	13,64
<b>INFORMATION</b>									
<b>3</b>	<i>Droits enfants</i>	<b>25</b>	<b>56,82</b>	7	15,91	12	27,27	-	-
	<i>Droits/obligations parents</i>	<b>24</b>	<b>54,55</b>	6	13,64	13	29,55	1	2,27
<b>4</b>	<i>Orientation secteur adulte</i>	<u>9</u>	<u>20,45</u>	<b>18</b>	<b>40,91</b>	10	22,73	7	15,91
	<i>Modalités accueil</i>	<u>10</u>	<u>22,73</u>	<b>19</b>	<b>43,18</b>	9	20,45	6	13,64

QUESTION		OUI		NON		EN PARTIE		SANS REPONSE	
N°	Thème	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
5	Entrée IME	37	84,09	2	4,55	4	9,09	1	2,27
6	Indication des locaux	32	72,73	4	9,09	6	13,64	2	4,55
	Localisation	29	65,91	3	6,82	9	20,45	3	6,82
<b>PARTICIPATION/COMMUNICATION</b>									
7	Moyens existants	38	86,36	-	-	4	9,09	2	4,55
8	Réponses attendues/demandes	33	75	1	2,27	8	18,18	2	4,55
9	Existence CVS	14	31,82	19	43,18	8	18,18	3	6,82
10	Comptes rendus	10	22,73	24	54,55	3	6,82	7	15,91
11	Remontée des questions	9	20,45	20	45,45	4	9,09	11	25
<b>DROITS DES PERSONNES ACCUEILLIES</b>									
12	Lieu familles/enfants	14	31,82	11	25	6	13,64	13	29,55
13	Utilisation potentielle	7	15,91	17	38,64	5	11,36	15	34,09
14	Accès dossier	7	15,91	21	42,72	12	27,27	4	9,09
15	Modalités consultation	34	77,27	2	4,55	1	2,27	7	15,91
<b>PROJET PERSONNALISE</b>									
16	Support écrit	36	81,81	-	-	3	6,82	5	11,36
17	Prise en compte Avis/souhaits	31	70,45	-	-	11	25	2	4,55
18	Réunion annuelle	29	65,90	5	11,36	6	13,64	4	9,09
19	Temps suffisant	24	54,55	6	13,64	7	15,91	7	15,91
20	Expression avis/souhaits	38	86,36	-	-	3	6,82	3	6,82
21	Rencontre externat	29	65,90	3	6,82	3	6,82	9	20,45
	Rencontre ateliers	25	56,82	3	6,82	8	18,18	8	18,18
	Rencontre rééducateurs	28	63,64	5	11,36	6	13,64	5	11,36
22	Rencontre internat	23	52,27	4	9,09	-	-	17	38,63
23	Problématiques familiales	28	63,64	-	-	7	15,91	9	20,45

QUESTION		OUI		NON		EN PARTIE		SANS REPONSE	
N°	Thème	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
<b>PRISES EN CHARGE EDUCATIVE, PSYCHOLOGIQUE ET REEDUCATIVE</b>									
<b>24</b>	<i>Activités /besoins et affinités</i>	<b>28</b>	<b>63,64</b>	1	2,27	<u>11</u>	<u>25</u>	4	9,09
<b>25</b>	<i>Développement potentiel/bien-être</i>	<b>34</b>	<b>77,27</b>	-	-	5	11,36	5	11,36
<b>PRISES EN CHARGE MEDICALE ET PARAMEDICALE</b>									
<b>26</b>	<i>Info pathologies</i>	<b>23</b>	<b>52,27</b>	4	9,09	6	13,64	11	25
	<i>Info traitements</i>	<b>22</b>	<b>50</b>	2	4,55	7	15,91	13	29,55
<b>27</b>	<i>Echanges</i>	<b>22</b>	<b>50</b>	3	6,82	9	20,45	10	22,73
<b>28</b>	<i>Satisfaction</i>	<b>31</b>	<b>70,45</b>	-	-	4	9,09	9	20,45
<b>RESTAURATION</b>									
<b>29</b>	<i>Info suffisante</i>	<b>26</b>	<b>59,09</b>	<u>11</u>	<u>25</u>	3	6,82	4	9,09
<b>30</b>	<i>Réception des menus</i>	<b>28</b>	<b>63,64</b>	<u>12</u>	<u>27,27</u>	2	4,55	2	4,55
<b>TRANSPORT</b>									
<b>31</b>	<i>satisfaction</i>	<b>29</b>	<b>65,90</b>	2	4,55	4	9,09	9	20,45
<b>HEBERGEMENT</b>									
<b>32</b>	<i>Conditions adaptées</i>	<b>24</b>	<b>54,55</b>	-	-	5	11,36	15	34,09
	<i>Confort</i>	<b>28</b>	<b>63,64</b>	-	-	5	11,36	11	25
	<i>Intimité</i>	<b>23</b>	<b>52,27</b>	2	4,55	4	9,09	15	34,09
	<i>Personnalisation chambres</i>	<u>17</u>	<u>38,63</u>	1	2,27	6	13,64	<b>20</b>	<b>45,45</b>
<b>33</b>	<i>Gestion linge</i>	<u>18</u>	<u>40,91</u>	-	-	6	13,64	<b>20</b>	<b>45,45</b>

### **ANNEXE 3 : Extrait du référentiel utilisé pour l'évaluation interne (Droits des personnes accueillies)**

<b>N°</b>	<b>Sous thème</b>	<b>Questions</b>	<b>Indicateurs Sources d'info Preuves</b>	<b>cotation A/B/C/D/SO</b>	<b>Commentaires</b>
Q1	Politique en matière de droits et citoyenneté	L'établissement a-t-il défini sa démarche en matière de droits, de libertés et de citoyenneté de la personne accueillie dans son projet d'établissement ?			
Q2		La Charte des Droits de la personne accueillie du 8/09/2003 est-elle affichée et diffusée aux personnes accueillies ?			
Q3		L'établissement dispose-t-il d'un autre document spécifique type Charte ? Ce document est-il affiché ? Diffusé aux personnes accueillies ?			
Q4	Dispositif d'information préalable à une admission	Existe-t-il un dispositif d'information de la personne accueillie préalable à l'admission ?			
Q5		L'établissement assure-t-il au public un accueil physique et téléphonique aux heures prévues et affichées ?			
Q6		Le public est-il reçu dans un lieu d'accueil approprié et clairement signalé ?			
Q7		Une documentation générale sur l'établissement est-elle mise à la disposition du public ?			
Q8		Toute demande fait-elle l'objet d'une réponse de la personne et/ou du service compétents ?			
Q9	Dispositif d'admission	Toutes les étapes de la procédure d'admission sont-elles formalisées et mises en oeuvre ?			
Q10		Un accusé de réception du dossier est-il adressé pour chaque demande d'admission ?			
Q11		Les demandes d'admission sont-elles étudiées par une équipe pluridisciplinaire ?			

Q12		L'établissement organise-t-il un entretien personnalisé avec le demandeur et/ou sa famille ou son représentant légal ?			
Q13		Une réponse écrite à cet entretien est-elle apportée systématiquement au demandeur ?			
Q14		Existe-t-il une gestion de la liste d'attente et des modalités d'information des demandeurs ?			
Q15	Accueil de la personne à son arrivée	A son arrivée, la personne accueillie reçoit-elle :			
		le livret d'accueil (LA) ?			
		la charte de la personne accueillie (CPA) ?			
		le règlement de fonctionnement (RF) ?			
		le contrat de séjour (CS) ?			
		la composition et les règles de fonctionnement du conseil de la vie sociale (CVS) ?			
Q16		Ces documents sont-ils adaptés au profil de la personne accueillie (à son âge et/ou son handicap) ?			
Q17	Règlement de fonctionnement	Le règlement de fonctionnement a-t-il été élaboré avec l'avis du conseil de la vie sociale et du personnel et est-il régulièrement révisé ?			
Q18		Le règlement de fonctionnement a-t-il été élaboré au regard du cadre légal ?			
Q19		Est-il communiqué à chaque membre du personnel ? À toute personne intervenant dans l'établissement (praticiens libéraux, bénévoles, ...) ?			
Q20	Contrat de séjour	Un contrat de séjour est-il établi avec la participation de la personne admise (obligatoire si + de 6 ans) et de son représentant légal ?			
Q21		Son contenu répond-il aux exigences du cadre légal ?			
Q22		Est-il remis au demandeur dans les délais impartis ?			
Q23	Droits de la personne accueillie	L'intimité et la dignité de la personne accueillie sont-elles respectées durant le séjour ?			
		Sa liberté est-elle assurée ?			

Q24		Les personnes accueillies bénéficient-elles d'un espace privatif où elles peuvent conserver des objets personnels, recevoir des personnes et préserver leur intimité ?			
Q25		Une réponse adaptée à chaque situation est-elle proposée (relations familiales, contacts avec l'extérieur,...)?			
Q26		L'accès au téléphone est-il facilité pour toutes les personnes accueillies qui le souhaitent ?			
Q27		La confidentialité de toute correspondance écrite et téléphonique est-elle respectée ?			
Q28		Les modalités d'accès de la personne accueillie et/ou de son représentant légal à son dossier individuel sont-elles définies ?			
Q29		Les personnes accueillies, leur famille et/ou leur représentant légal sont-ils informés de ces modalités ?			
Q30		Les croyances religieuses de la personne accueillie sont-elles respectées ? L'organisation de l'établissement en facilite-t-elle le respect ?			
Q31		Existe t-il des dispositifs de prévention et de traitement des difficultés engendrées par la cohabitation ou le côtoiement ?			
Q32		Le personnel développe-t-il un comportement respectueux vis-à-vis de la personne accueillie ? Est-il respectueux des lieux privatifs ?			
Q33		Les réclamations et/ou plaintes des personnes accueillies, de leur famille ou représentant légal font-elles l'objet d'une attention particulière?			
Q34		L'ensemble du personnel est-il formé et informé de façon régulière sur les droits des personnes accueillies ?			
Q35		Les textes réglementaires sur ces droits sont-ils mis à la disposition du personnel?			

Q36		La personne accueillie ou son représentant légal dispose-t-elle de moyens d'expression ou de participation à la vie de l'établissement (enquêtes, commissions, ...)?			
Q37	Conseil de la Vie Sociale	L'établissement a-t-il élaboré un CVS conforme à la réglementation en vigueur ?			
Q38		Les conclusions des débats du CVS sont-elles consignées dans un cahier de délibérations ?			
Q39		Les personnes accueillies ou leur représentant légal disposent-elles d'autres moyens d'expression ou de participation à la vie de l'établissement (enquête, commissions, ...) ? Les comptes rendus sont-ils diffusés ?			
Q40	Evaluation du respect des droits de la personne accueillie	La procédure d'évaluation du respect de ces droits est-elle formalisée ?			
Q41		Les résultats de cette évaluation sont-ils communiqués périodiquement aux professionnels, aux personnes accueillies, aux représentants légaux ?			
Q42		L'établissement développe-t-il une démarche d'amélioration continue de la mise en œuvre et du suivi du respect de ces droits ?			

## **ANNEXE 4 : Reproduction d'un extrait du cahier des charges relatif à la prestation de CRP Consulting (évaluation interne)**

### **Première étape : adaptation/appropriation du référentiel**

- **Animation des 4 groupes de travail chargés d'élaborer un référentiel propre à l'établissement, décliné selon ses propres spécificités.**

**Durée totale : 3 jours**

**Coût : 3000 euros**

- **Objectif :**

- Élaborer un référentiel commun qui intègre les spécificités propres à l'établissement qui permette une auto évaluation concrète des prestations professionnelles
- Effectuer un premier état des lieux et, par la suite, réaliser l'évaluation interne règlementaire.

- **Méthodologie :**

- Définir des **objectifs et des moyens fonctionnels et opérationnels** pour réaliser un référentiel
- Recenser les éléments de base du référentiel CRP pour en **retenir les éléments utiles à l'établissement**, sur la base des thèmes retenus pour constituer les groupes de travail.
- A partir de formulations simples, adaptées et pertinentes, procéder à l'élaboration « au fil de l'eau » d'un référentiel propre à l'IME de Montaudran.

- **Public concerné**

Membres des groupes de travail constitués à cet effet

### **Deuxième étape : autoévaluation**

- **Animation des groupes thématiques chargés de réaliser l'autoévaluation (phase d'état des lieux)**

**Durée totale : 2 jours**

**Coût : 2000 euros**

- **Objectifs**

- Permettre aux membres des groupes thématiques de procéder à l'autoévaluation en répondant aux questions du référentiel
- Créer une dynamique de groupe autour de la démarche
- permettre aux acteurs d'évaluer les pratiques professionnelles pour chaque thème retenu.

- **Méthodologie**

- Appréhender la méthodologie à appliquer pour répondre aux questions telles qu'elles sont formulées sur le référentiel
- Savoir **impliquer les équipes** par des échanges pluriprofessionnels
- Restituer au comité de pilotage un document complet et exploitable en l'état**

- **Public concerné**

Membres des groupes de travail constitués à cet effet

## Troisième étape : Analyse et élaboration de Plans d'Action Qualité

- **Dépouillement, analyse et restitution des résultats de l'autoévaluation avec proposition d'un plan d'actions qualifiés issu de l'évaluation des réponses obtenues.**

**Durée totale : 2 jours**

**Coût : 2000 euros**

- **Objectifs**

A partir de l'analyse des réponses à l'autoévaluation, la traduire, à partir des écarts constatés, en plans d'action fiables et opérationnels.

- **Méthodologie**

- Sur la base des écarts constatés, proposer des **pistes d'actions correctives et des axes d'améliorations pratiques**
- Organiser les actions à conduire en **plans d'actions simples et concrets**, selon une priorité de traitement pertinente.

- **Public concerné :**

CRP pour analyse et exploitation des résultats

CRP pour préconisation de plans d'actions et restitution

## Interventions en Comité de Pilotage

- **Avant la construction du référentiel :**

- Présentation de CRP Consulting, des deux intervenants, M. X et M. Y
- Présentation des méthodes de travail, des modalités d'intervention de CRP

- **Après l'évaluation interne :**

- Restitution des « résultats » de l'autoévaluation
- Présentation d'exemples de Plans d'Action Qualité