

ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement social et
médico social**

Promotion : **2006-2007**

Date du Jury : **Décembre 2007**

**Le processus de construction du
référentiel d'évaluation interne : un
outil de management fédérateur**

**L'exemple d'un établissement médico social
pluri institutionnel : le Centre Départemental
de l'Enfance des Landes**

Laurence MIOSSEC

Remerciements

Je tiens tout d'abord et particulièrement à remercier l'équipe de direction du Centre Départemental de l'Enfance pour leur accueil, leur disponibilité et la confiance qu'ils m'ont accordée pendant ces huit mois de stage :

- **Mr Toullier** directeur du Centre pour m'avoir permis de réaliser mon stage au sein de la structure ;
- **Mr Douarin** directeur adjoint pour son précieux accompagnement tout au long de mon stage et son ouverture d'esprit ;
- **Mr Rousseaux** directeur adjoint pour m'avoir permis de participer à ses côtés à la démarche qualité et m'avoir accompagnée dans ce processus.

Je souhaite également remercier les membres des différentes instances (GPI, Comité de Pilotage) pour leur collaboration et leur implication dans le travail de construction du référentiel d'évaluation interne.

Enfin, je tiens à remercier l'ensemble des personnels et usagers du Centre départemental de l'Enfance pour l'accueil qu'ils m'ont réservé et qui ont su me faire partager leurs expériences et connaissances.

Sommaire

Introduction	1
1 Qualité et évaluation, deux concepts interdépendants	7
1.1 De la qualité à la démarche qualité : définitions et enjeux	7
1.1.1 La qualité et la démarche qualité, des concepts difficiles à définir	7
1.1.2 Les enjeux de la démarche qualité	12
1.2 L'évaluation interne, étape indispensable de la démarche qualité.....	15
1.2.1 Evaluation interne, définitions et enjeux	15
1.2.2 Les outils de l'évaluation interne : les référentiels	22
2 L'entrée du CDE dans la démarche qualité par le processus de construction du référentiel d'évaluation interne.....	29
2.1 Les préalables à la construction du référentiel d'évaluation interne	29
2.1.1 Identification des particularités du CDE	29
2.1.2 L'entrée du CDE dans le processus de construction du référentiel d'évaluation interne.....	34
2.2 La construction du référentiel d'évaluation interne au CDE des Landes.....	38
2.2.1 La méthodologie adoptée au CDE pour la construction du référentiel unique d'évaluation interne	38
2.2.2 La gestion documentaire : le secrétariat qualité, instance de centralisation des documents	41
3 Le processus de construction du référentiel d'évaluation interne, un outil de management au service du directeur pour fédérer les équipes de l'établissement	43
3.1 Les points forts en termes de management, du processus de construction du référentiel d'évaluation interne au CDE	43
3.1.1 L'émergence d'un langage commun et d'une cohésion au sein du CDE	43
3.1.2 La responsabilisation et la valorisation de l'action des professionnels par leur implication dans le processus de construction du référentiel d'évaluation interne	46

3.2 Propositions concrètes pour améliorer le processus de construction du référentiel d'évaluation interne au CDE	48
3.2.1 D'un décloisonnement interne partiel à un décloisonnement total	48
3.2.2 Créer et maintenir une motivation de l'ensemble des personnels par la qualité de la communication	50
3.2.3 Le renforcement de la place de l'utilisateur au sein du processus de construction du référentiel.	51
Conclusion	55
Bibliographie.....	57
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFNOR : Association Française de Normalisation

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANCREAI : Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence
Inadaptés

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale

ANESMS : Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico Sociale

ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la
Qualité pour les Personne accueillies des Etablissements

CAT : Centre d'Aide par le Travail

CDE : Centre Départemental de l'Enfance

CESF : Conseillère en Economie Sociale et Familiale

CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique

CNESMS : Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico Sociale

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FEGAPEI : Fédération Nationale des Associations de Parents et Amis Employeurs et
Gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales

FHF : Fédération Hospitalière de France

GPI : Groupement Pluri professionnel et Inter institutionnel

HAS : Haute Autorité en Santé

IFD : Institut Formation Développement

IME : Institut Médico Educatif

IMPro : Institut Médico professionnel

ISA : Fédération internationale des association nationales de normalisation

ISO : l'International Standardisation Organisation

Itep : Institut Thérapeutique Educatif et pédagogique

JORF : Journal Officiel de la République Française

MARTHE : Mission d'Appui de la Réforme de la Tarification d'Hébergement en
Etablissement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDCA : Plan Do Check Act

SATAS : Service d'Aide au Travail et d'Accompagnement Social

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SNAPEI : Syndicat National des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales.

TISF : Travailleuse en Insertion sociale et Familiale

UNAPEI : Union Nationale des Associations de Parents de Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis

Introduction

« *L'évaluation interne constitue un acte de gouvernance et de management* », CNESMS

« *Le but de l'évaluation n'est pas de prouver, mais d'améliorer* ». Cette citation de D. Stufflebeam¹ met en lumière dès les années 1970 la relation qui existe entre évaluation et amélioration.

L'évaluation s'inscrit dans une démarche qualité et dans un processus d'amélioration continue de la qualité. Elle permet de mesurer de façon ponctuelle le niveau d'atteinte des objectifs fixés. L'évaluation peut être de deux types : interne ou externe.

La Qualité est un concept qui a émergé au début du XX^{ième} à l'époque où l'artisanat cède la place au Taylorisme et à la fabrication industrielle. F.W Taylor² est alors préoccupé par la réduction des coûts de production et l'augmentation de la productivité. Afin de ne pas diminuer la qualité des produits, il instaure une forme poussée de division du travail ainsi que des systèmes de contrôles et de surveillance.

Puis, face au développement d'industries nouvelles, l'AFNOR³ et la Fédération internationale des associations nationales de normalisation (ISA) sont créées en 1926. La normalisation fait alors son apparition. Elle a pour objet « *de fournir des documents de référence comportant des solutions à des problèmes techniques et commerciaux concernant les produits, les biens et services, qui se posent de façon répétée dans des relations entre partenaires économiques, scientifiques, techniques et sociaux* »⁴.

C'est à partir de ces notions de « contrôle » et de « normalisation » que les travaux sur la qualité ont vu le jour.

En 1946, suite à une réunion tenue à Londres, les délégués de 25 pays décidèrent de créer une nouvelle organisation internationale de normalisation chargée de « *faciliter la*

¹ Daniel L. Stufflebeam « L'évaluation en éducation et la prise de décision », Montréal, NHP 1980

² F.W Taylor (1856-1915), ingénieur et économiste américain, créateur de l'Organisation Scientifique du Travail

³ Association Française de Normalisation. Placée sous la tutelle du ministère de l'Industrie, Elle est membre d'ISO.

⁴ Article 1^{er} du Décret 84-74 du 26 janvier 1984 relatif au statut de la normalisation

coordination et l'unification internationale des normes industrielles ». C'est alors la naissance le 23 février 1947 de l'International Standardisation Organisation (ISO).

C'est aussi à partir de cette époque et face aux effets pervers du taylorisme (les personnels d'inspection étaient plus nombreux que les ouvriers) que les industriels américains développent l'assurance qualité. Ce concept qui vise à « *la mise en œuvre d'un ensemble approprié de dispositions préétablies et systématiquement destinées à donner confiance en l'obtention régulière de la qualité requise* »⁵ apparaît en France à la fin des années 1960, alors que le pays est en pleine crise sociale et que les fondements même de la société industrielle sont remis en cause.

Le management par la qualité vient rompre avec le modèle d'assurance qualité en ce sens qu'il ne vise plus seulement la simple obligation de moyens mais participe d'une véritable gestion des objectifs.

L'évaluation de système et programme d'action a été importée des Etats-Unis au cours des années 1970, en même temps que le "Planning-Programming-Budgeting-System" (PPBS), adapté en France sous la dénomination "rationalisation des choix budgétaires" (RCB). Le décret n° 98-1048 du 18 novembre 1998, met en place l'évaluation des politiques publiques.

La notion de qualité va peu à peu se répandre dans le sanitaire, où la loi portant réforme hospitalière de 1991 crée l'ANDEM, chargée de l'évaluation médicale. Marquant la continuité, et face à l'insuffisance de l'évaluation médicale seule, les ordonnances du 24 avril 1996 créent l'ANAES et mettent en place une démarche novatrice en France : l'accréditation. Apparaît alors l'idée selon laquelle il est possible d'améliorer la qualité des soins en touchant à la seule organisation.

Dans le domaine médico social, le concept de qualité apparaît avec la décentralisation de l'action sociale⁶ qui met en évidence le peu de visibilité du travail social tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif. C'est le Décret n°89-798 du 27 octobre 1989, relatif aux établissements accueillants des enfants et adolescents handicapés, qui fait apparaître de façon implicite le concept de qualité. Il pose la nécessité d'un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique ainsi que d'une prise en charge cohérente. Pour chaque catégorie de public accueilli, des dispositions concernant l'organisation de l'établissement ou du service, le personnel, les installations et le fonctionnement de l'établissement sont prévues. L'ensemble de ces préconisations participe à une prise en charge de qualité des enfants.

⁵ définition de la norme NF X 50-100 de décembre 1979

⁶ loi n°82-213 du 2 mars 1982, loi n°83-663 du 22 juillet 1983, loi n°86-486 du 14 mars 1986

Puis, c'est dans le secteur de la gérontologie que le concept d'évaluation de la qualité est mentionné explicitement. En effet, l'arrêté du 26 avril 1999⁷ prévoit que les EHPAD signent une convention pluriannuelle avec le Président du Conseil Général et l'assurance maladie afin de « *définir les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil. Elle précise les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de son évaluation* »⁸.

Il faudra attendre la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 pour que l'obligation d'évaluation de la qualité soit étendue à l'ensemble du secteur médico social. En effet, cette loi vient placer la personne accueillie au cœur du dispositif. Afin de mieux prendre en compte ses besoins et attentes elle crée de nouveaux outils⁹ visant à assurer un fonctionnement de qualité des établissements médico sociaux. En outre, elle dispose dans son article 22 alinéa 1 que « *les établissements et services procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent (...)* »¹⁰. Cette évaluation interne est suivie, selon l'alinéa 2 de ce même article, d'une évaluation externe : « *les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur* ».

Désormais l'évaluation va et doit devenir un élément de culture commune du secteur social et médico-social.

Les établissements médico sociaux doivent avoir réalisé l'évaluation interne au plus tard pour le 4 janvier 2009¹¹. Face à cette obligation légale, en novembre 2006, le Centre Départemental de l'Enfance des Landes, situé à Mont de Marsan, est entré dans la démarche qualité par le lancement du processus de construction du référentiel d'évaluation interne. Le CDE des Landes a ouvert ses portes en 1972. Etablissement public non doté de la personnalité morale, il est rattaché au Conseil Général des Landes. Il dispose de 271 places d'accueil hors file active des CMPP, réparties sur l'ensemble des structures médico sociales qui composent ses trois pôles :

⁷ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle de l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales.

⁸ Article 5-1 alinéa 2 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales.

⁹ La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 crée sept outils qui viennent garantir le respect des droits des personnes accueillies : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits et des libertés, contrat de séjour, conseil de la vie sociale, projet d'établissement ou de service, personne qualifiée.

¹⁰ Article 22 de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale, codifié à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

¹¹ Circulaire DGAS/2006/53 du 19 février 2006

- pôle inadaptation qui comprend deux ITEP et un CMPP
- pôle handicap qui comprend un IME et d'un SATAS (CAT sans mur)
- pôle protection de l'enfance et de la famille qui comprend un foyer de l'enfance et un centre maternel

Ainsi les populations accueillies au sein du CDE sont variées : adolescentes et femmes enceintes ou avec enfant de moins de 6 ans au titre de la protection de l'enfance, enfants et adultes souffrant de déficiences intellectuelles légères, enfants et adolescents d'intelligence normale présentant des troubles de la personnalité.

Les différentes structures sont dispersées sur l'ensemble du territoire landais et communiquent peu entre elles.

Le choix de l'équipe de direction¹² de l'établissement a été de profiter de cette obligation légale d'évaluation pour rapprocher les équipes au sein d'un travail en commun afin de créer un référentiel d'évaluation interne unique pour l'ensemble des structures.

On peut alors se demander en quoi, le processus de construction d'un référentiel d'évaluation interne de la qualité peut être pour le directeur d'un établissement médico social pluri institutionnel un outil de management fédérateur ?

En effet, selon quelles modalités le directeur d'établissement va pouvoir profiter de cette obligation légale d'évaluation interne pour amener les équipes à travailler ensemble et à communiquer autour de la personne accueillie ?

L'intérêt du sujet est de voir comment le directeur d'une structure médico sociale peut se saisir d'une obligation légale pour créer un outil de management respectueux des personnes accueillies et des professionnels. En effet, l'évaluation interne va, par une réflexion partagée de tous les acteurs, être à terme source de progrès et de changement dans l'établissement. La démarche évaluative nous amène à considérer la personne accueillie comme sujet et acteur de sa prise en charge, à rendre lisibles nos pratiques et ainsi à recentrer nos actions autour de son projet.

Souhaitant lancer la démarche d'évaluation interne de la qualité des prestations et des services, le Centre Départemental de l'Enfance des Landes où j'ai fait mon stage, m'a permis d'appréhender et de réfléchir sur la place que doit occuper le Directeur dans ce processus. Il a alors fallu mettre en place une méthodologie adaptée à la particularité de l'établissement.

¹² Par équipe de direction, il faut l'ensemble des responsables qui ont un rôle d'encadrement et de décision dans la structure, c'est à dire le chef d'établissement et ses adjoints.

Après avoir dans un premier temps fait la visite des 7 structures medico sociales composant le Centre, j'ai pu avoir une vision globale de l'établissement public et des populations accueillies. Force est de constater que le Centre Départemental de l'Enfance n'existe que d'un point de vue administratif et budgétaire et non pas institutionnel. L'absence d'un projet global d'établissement renforce ce constat. Les professionnels communiquent peu entre eux d'une institution à l'autre.

Comment alors mettre en place une démarche qualité au sein de cette institution ?

De nombreuses lectures m'ont permis de bien cerner et délimiter le sujet de la qualité, ainsi que la participation à la formation des agents à la qualité.

La direction de l'établissement a fait le choix de construire un référentiel commun à toutes les structures, choix qui me semble pertinent et cohérent en terme de technique de management . En effet, cela permet aux personnes accueillies de se sentir impliquées dans la démarche et aux personnels de ré-interroger leurs pratiques, de travailler en complémentarité et de dégager des principes d'action en commun. Ce référentiel commun ne signifie pas que celui ci sera figé. Au contraire il fixera les grandes orientations, chacune des structures pourra alors le décliner en fonction de ses particularités.

J'ai pu participer à la constitution des groupes de travail chargés de construire le référentiel d'évaluation interne ainsi qu'aux réunions de travail. Ces groupes ont une composition pluri professionnelle et inter institutionnelle.

La diffusion puis le traitement de questionnaires relatifs à la démarche engagée par le Centre ont mis en lumière les évolutions des agents quand à leur perception de la démarche. En effet, les réticences du départ ont vite laissé place au travail et à la motivation.

L'analyse des concepts de la loi de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, à savoir la qualité et l'évaluation (partie 1) permet d'explicitier la méthode de travail retenue dans le lancement du processus de construction du référentiel d'évaluation interne : la participation de l'ensemble des acteurs de l'institution (Direction, agents et personnes accueillies) (partie 2). Le directeur d'établissement médico social peut alors se saisir de ce travail pour en faire un outil de management fédérateur de l'ensemble des acteurs de la structure (partie 3).

1 Qualité et évaluation, deux concepts interdépendants

Le concept de qualité, préoccupation constante de notre société actuelle, est d'abord apparu dans le secteur industriel (les biens), avant de s'étendre dans les domaines sanitaire puis médico social (les services). Difficile à définir, cette notion présente des enjeux importants au sein d'une institution, aussi bien pour la personne accueillie que pour le Directeur et les personnels (1.1).

Cependant on ne peut parler de qualité sans que celle-ci puisse faire l'objet d'une évaluation, étape essentielle de toute démarche qualité(1.2).

1.1 De la qualité à la démarche qualité : définitions et enjeux

La culture de la qualité s'est largement diffusée dans le secteur social et médico social depuis la loi 2002-2 du 2 janvier 2002. Ainsi, après avoir défini les concepts de qualité et de la démarche dans laquelle elle s'inscrit (1.1.1) il me semble utile d'étudier quels sont les enjeux d'une telle démarche (1.1.2).

1.1.1 La qualité et la démarche qualité, des concepts difficiles à définir

La qualité est un concept qui fait l'objet de nombreuses définitions variant dans l'espace et dans le temps. Ainsi, il n'existe pas une seule et unique définition de ce terme (A). Quelle que soit la définition que l'on donne à la qualité, la mise en œuvre de celle-ci nécessite l'entrée dans une démarche à long terme : la démarche qualité (B).

A) La qualité : tentative de définition

La définition de la qualité est très dépendante du contexte historique et culturel d'une société. En effet, dans la mesure où les normes et valeurs varient dans l'espace et dans le temps, il ne peut donc pas y avoir une seule et unique définition de la qualité.

Le mot « qualité » vient du latin « qualis talis », c'est à dire *tel quel*. Aristote, dans son Organon, écrit « *j'appelle qualité ce en vertu de quoi on est dit être tel* »¹³.

On peut tout d'abord rechercher une définition de ce concept dans le domaine industriel. Ainsi, la **norme ISO 8402-94** définissait la qualité comme « *l'ensemble des propriétés et*

¹³ Aristote, 1977

caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites ». Cette définition a été modifiée en 2000 avec la norme **ISO 9000-2000** : « *la qualité est l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques d'un produit, d'un système ou d'un processus à satisfaire les exigences des clients ou autres parties intéressées* ».

En matière sanitaire, l'**OMS** définit la qualité des soins comme « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurent le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction, en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

Dans le **domaine médico social**, la qualité peut être définie comme « *l'aptitude d'une organisation (association, établissement, service, dispositif etc...) à répondre aux besoins exprimés, implicites et potentiels de la personne accueillie, de sa famille et des acteurs avec lesquels elle entre en coopération, en vue de maintenir ou améliorer sa santé (au sens bio-psycho-social), son autonomie sociale et sa dignité d'être humain* »¹⁴.

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 parle de la qualité « des prestations médico sociales ». Ces dernières relèvent plus de la notion de services que de la notion de produits manufacturés. Les « services » se définissent essentiellement par opposition au terme de « biens » dans leur sens de chose matérielle. Le domaine des services se compose d'un sous-ensemble appelé « la relation de service », constitué de la santé, de l'enseignement et du social. Selon Adréas Agatlocéous¹⁵ il s'agit « *d'un acte immatériel, non stockable, comme acte visant une transformation d'état. Il se fait en faveur de quelqu'un et les effets qu'il aura sur celui-ci sont incertains. La qualité du service est toujours une qualité espérée, anticipée. La réalisation de la prestation est le résultat d'un compromis entre plusieurs visions* ».

La qualité d'un service correspond donc à l'aptitude à satisfaire les besoins de la personne accueillie en :

- répondant à un besoin réel
- étant conforme à ce qui est prévu
- étant adapté à l'usage attendu par l'utilisateur.

Il faut noter que dans les services humains, notamment dans les établissements médico sociaux, seuls 20% des actes sont du domaine du prescrit formalisable en terme de

¹⁴ Ph.Ducalet, M.Laforcade « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales » 2002

¹⁵ Adréas Agatlocéous, chargé de mission à l'Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail, Ph.Ducalet, M.Laforcade « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* » 2002

process (c'est à dire pouvant être rédigés en procédures). Le reste concerne les valeurs, principes et postures.

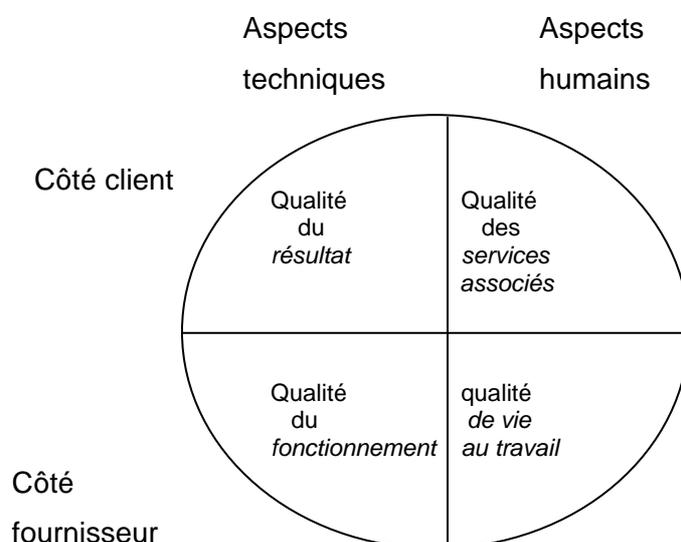
La qualité, qu'elle concerne le domaine industriel, sanitaire ou médico social, est un compromis entre¹⁶ :

- les choix stratégiques et les performances d'un établissement
- l'environnement
- la satisfaction des personnels
- les attentes des personnes accueillies
- les coûts
- les délais

Selon F.Charleux et D.Guaquère¹⁷ la qualité concerne 4 domaines :

- la qualité du résultat qui mesure la conformité des prestations aux besoins
- la qualité des services associés c'est à dire la qualité de la dimension humaine de la prestation
- la qualité du fonctionnement (locaux, procédures utilisées, équipements...)
- la qualité de vie au travail.

Ces quatre domaines peuvent être représentés dans le cercle ci-dessous :



Il faut noter que la qualité ne signifie pas « offrir le meilleur service envisageable » mais plutôt garantir une recherche de progression en fonction des ressources disponibles.

¹⁶ Les Anglo-saxons distinguent l'« output », qui est le service fourni, et l'« outcome », qui est le résultat socio-économique obtenu.

¹⁷ Charleux F., Guaquère D. Evaluation et qualité en action sociale et médico sociale : ESF Editeur, 2006.

La qualité, évoquant un état de fait (en ce sens qu'elle qualifie un produit ou un service dont on attend qu'il réponde à des critères définis), est l'aboutissement d'un processus global : la démarche qualité.

B) Le démarche qualité : définition

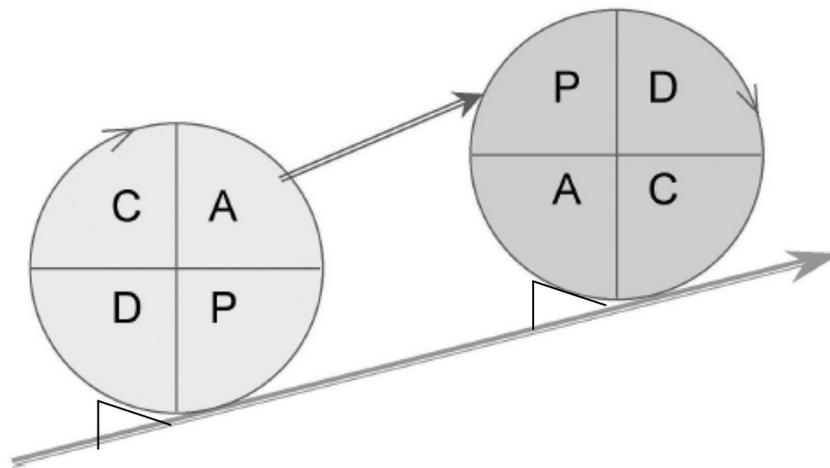
La démarche qualité est le processus global qui permet à un opérateur d'obtenir et de garantir un certain niveau de qualité. C'est « *un compromis social au sein de l'organisation et une dynamique possible pour retrouver le sens, la cohérence et la personne accueillie* »¹⁸.

Derrière la qualité se cache un des principes fondamentaux de toute démarche qualité : l'amélioration continue de la qualité des prestations délivrées. Parler d'amélioration continue témoigne d'une intentionnalité pérenne.

En effet, en 1950, lors d'une conférence au Japon, W.Edwards Deming¹⁹ démontre que la qualité d'un service ou d'un produit n'existe pas dans l'absolu, mais relève d'un processus d'amélioration continue. Cette idée est illustrée par la « roue de Deming ». En effet, l'un des principes de base de la qualité est la prévention et l'amélioration permanente. Ainsi, la qualité est un projet sans fin dont le but est de prendre en compte les dysfonctionnements le plus tôt possible. Deming dit : « *commençons par améliorer ce que nous savons faire, mais pas encore assez bien. Ensuite nous innoverons. Mais pas l'inverse* ». La « roue de Deming » permet de représenter un cycle d'actions correctives et préventives permettant d'atteindre la qualité :

¹⁸ Ph.Ducalet, M.Laforcade, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Seli Arslan 2002, p.98

¹⁹ statisticien et philosophe américain du XX ième siècle (1900-1993) qui reprend en 1922 une partie des travaux du Dr Shewhart (1899-1967). Selon ce dernier, on maîtrise la qualité par trois actions liées et qui se rebouclent : spécifier, exécuter et contrôler.



Pente représentant le progrès

Ce cycle, nommé modèle PDCA en anglais (Plan, Do, Act, Check), désigne les quatre temps du processus d'amélioration continue de la qualité :

«**Plan**» (Planifier) : il s'agit dans cette première étape de définir les objectifs à atteindre, d'inventorier les moyens nécessaires à leur réalisation, de définir leur coût et de planifier la mise en oeuvre d'actions

«**Do**» (Mettre en place) : il s'agit dans cette seconde étape de la mise en oeuvre des actions correctives,

«**Check**» (Contrôler) : cette phase consiste à vérifier de façon objective si le travail réalisé correspond aux besoins exprimés, dans les délais et les coûts précisés à la première étape

«**Act**» (Agir) : en fonction des résultats de la phase précédente il convient de prendre des mesures correctives et préventives.

La « **roue de Deming** » est un processus cyclique qui vise à améliorer la qualité tout en réduisant les besoins de correction. Cette méthode évite l'usage abusif de la qualité en terme de contrainte (effet « gendarme ») et limite les effets pervers du « rattrapage » des altérations (effet « pompier »).

La qualité et la démarche dans laquelle elle s'inscrit, maintenant définies, il semble intéressant de voir quels sont les enjeux de ce concept notamment dans le domaine médico social.

1.1.2 Les enjeux de la démarche qualité

La démarche qualité dans laquelle doivent entrer les établissements sociaux et médico sociaux depuis la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 permet de replacer la personne accueillie « au centre » des préoccupations des professionnels. Les enjeux d'une telle démarche sont essentiels pour l'ensemble des acteurs de l'institution (A), le directeur d'établissement étant le « chef d'orchestre » de la démarche qualité entreprise (B).

A) L'intérêt de la démarche qualité au sein d'un établissement médico social

Les établissements sociaux et médico sociaux doivent entrer dans une démarche qualité depuis la loi 2002-2 du 2 janvier 2002. Cette loi intervient dans un contexte où :

- la volonté de recherche de la qualité dans le secteur des prestations de service se développe ;
- les politiques publiques évoluent (efficacité des politiques) ;
- les personnes accueillies deviennent sujets de droits

La démarche d'amélioration de la qualité présente de nombreux intérêts en matière médico sociale, notamment au niveau humain et organisationnel. Elle permet notamment de donner du sens à l'action entreprise, de responsabiliser les acteurs de l'institution, d'améliorer la cohérence mais aussi de maîtriser les coûts. Selon Ph.Ducalet et M.Laforcade²⁰ la démarche nous amène à « *ré interroger les évidences* » en ce sens que « *ce qui est pris pour vérité n'est peut être que le conformisme du moment* ».

Si à court terme la démarche coûte plus qu'elle ne rapporte (aussi bien au niveau économique que symbolique), dans la mesure où elle nécessite des moyens humains, matériels et financiers, il n'en va pas de même sur le moyen et long terme. En effet, dans la durée, elle permet à l'institution d'éviter la non-qualité qui aurait des conséquences sur le payeur et la personne accueillie (situation d'incompétence de certains professionnels, inadéquation des prestations aux besoins des personnes accueillies, risques de maltraitance...). Il est souvent plus coûteux de corriger les défauts et erreurs dus à la non qualité que de mettre en place une démarche qualité (par exemple diminution des primes d'assurance).

²⁰ Ph.Ducalet, M.Laforcade, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*

Les effets d'une telle démarche sont importants non seulement pour les personnes accueillies et leur famille en tout premier lieu, mais aussi pour la structure, le directeur, les professionnels et les organismes de contrôle et de financement. Ainsi, les personnes accueillies depuis ces dernières années ont vu leurs droits s'affirmer et leur place reconnue. Elles deviennent de véritables « acteurs » au sein de l'institution. La démarche qualité va leur donner une vision plus lisible des prestations offertes par l'institution, ces dernières s'adaptant à leurs besoins. La démarche qualité affirme la volonté de reconnaître les personnes accueillies dans le respect de leur identité, de leur histoire et de leur environnement. Elle concrétise, dans l'esprit de la loi du 02 janvier 2002, l'ambition d'améliorer et valoriser les pratiques du secteur. Les professionnels vont s'interroger sur leurs pratiques. Leur action sera valorisée et légitimée à l'égard de la personne accueillie-acteur. La démarche qualité va aussi rendre plus transparente l'utilisation des financements alloués par les autorités compétentes.

La démarche qualité permet de justifier que la prise en charge de la personne accueillie est bien « conforme » aux exigences du secteur médico social (conformité aux besoins, à l'éthique, à la législation applicable dans le milieu...).

Au niveau de la structure, l'objectif d'amélioration continue implique une dynamique d'apprentissage collectif qui va mettre en évidence les "défauts qualité", mais aussi les causes des dysfonctionnements organisationnels ainsi que les savoirs faire issus des expériences professionnelles.

La démarche qualité présente de nombreux intérêts, cependant pour qu'elle puisse être pleinement efficace, le directeur doit se positionner en tant que « chef d'orchestre ».

B) La place du directeur dans la démarche qualité

Le directeur d'établissement médico social doit avant tout « manager » les personnes composant le CDE afin de les amener à délivrer des prestations de qualité.

Par management de la qualité, il faut entendre l'ensemble des activités de la fonction générale de management qui déterminent la politique qualité, les objectifs et les responsabilités, et les mettent en œuvre par des moyens tels que la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité et l'amélioration de la qualité dans le cadre du système qualité.

Préalablement à toute démarche qualité, il est indispensable pour l'établissement médico social de définir les valeurs et principes dans lesquels il se reconnaît, ainsi que de s'inscrire dans une intention éthique. Les valeurs et principes doivent valoriser la place de la personne accueillie dans son projet mais aussi s'harmoniser aux politiques sociales, nationales, régionales, départementale en respectant les principes du service public

(continuité, égalité, mutabilité, gratuité. Si le dernier principe n'a pas été retenu en tant que tel, les trois premiers, en revanche, forment la « devise » des services publics). La réflexion éthique va quant à elle permettre de s'interroger sur le « au nom de quoi. j'agis vis à vis de l'autre ».

L'engagement dans le processus de démarche qualité repose ensuite sur un engagement fort, clair, volontaire et sans ambiguïté de la direction de l'établissement. Ainsi, en définissant par écrit sa politique qualité, la direction s'implique et s'engage à l'égard de l'ensemble des acteurs et garantit que les moyens nécessaires à la démarche seront dégagés (moyens financiers, formation du personnel...). Le directeur d'établissement est alors le chef d'orchestre de la démarche qualité. Le succès de la démarche dépend de la qualité de son implication. Il doit préalablement mener une réflexion stratégique concernant la structure : sa finalité, son avenir, place de la personne accueillie (quelles sont les personnes prises en charge dans l'institution ? leurs besoins ?...)

Dans un troisième temps, le directeur doit veiller à l'implication et la participation de l'ensemble des personnels. Or, la peur de la marchandisation, de l'instrumentalisation, de la formalisation et du contrôle du travail social a fait apparaître de fortes résistances de la part des travailleurs sociaux à l'égard de la démarche qualité. La sensibilisation à l'outil démarche qualité semble être un moment incontournable pour clarifier les objectifs de la démarche et ainsi faire adhérer l'ensemble des acteurs au projet. Une totale implication de leur part permettra d'utiliser leurs expériences et aptitudes au profit de la démarche.

Dans la mesure où la démarche qualité va amener le personnel à s'interroger sur ses pratiques, la reconnaissance par le directeur du droit à l'erreur est un des principes de base. L'erreur doit être alors considérée non comme une faute mais comme une possibilité d'amélioration. La démarche qualité vient rechercher le « pourquoi » et non pas le « coupable ».

D'après la roue de Deming, la démarche qualité engendre le changement au sein de l'institution et la rupture avec les habitudes. Or les résistances au changement sont nombreuses de la part des professionnels en ce sens qu'il questionne et insécurise.

Ces résistances se manifestent par des débats sur les termes employés ou sur les représentations professionnelles. A.Ripon²¹ distingue trois types de résistances :

- celles liées aux habitudes : « *pourquoi faire autrement ?* »
- celles liées au doute, craintes de l'inconnu et de la remise en cause
- celles liées aux normes sociales : « *on ne sait pas ce que font les autres* ».

²¹ A.RIPON « Satisfaction et implication dans le travail » in Traité de psychologie du travail (C.LEVY-LEBOYER) PUF, 1987.

Ces résistances ne relèvent pas obligatoirement d'une mauvaise volonté de la part des professionnels. Le directeur se doit alors d'accompagner le changement et d'en valoriser les enjeux.

A côté des professionnels, la démarche qualité ne doit pas faire l'économie des personnes accueillies. Ces dernières doivent être pleinement impliquées afin d'éviter le glissement vers une qualité processuelle donnant priorité à l'organisation elle-même plutôt qu'à l'effet des actions à l'égard des bénéficiaires.

La qualité des prestations offertes aux personnes accueillies des établissements sociaux et médico sociaux, voulue par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, est un vaste chantier dont l'évaluation interne est le premier acte.

1.2 L'évaluation interne, étape indispensable de la démarche qualité

L'évaluation n'est pas une fin en soi. C'est l'une des étapes de la démarche qualité. Ainsi, l'amélioration de la qualité ne peut exister que si elle est soumise à une démarche d'évaluation. C'est d'ailleurs ce que représente le roue de Deming dans sa phase « check ». Par conséquent, l'évaluation interne étant une étape essentielle du processus d'amélioration continue de la qualité, il semble important de définir ce concept (1.2.1), ainsi que d'en définir les enjeux (1.2.1).

1.2.1 Evaluation interne, définitions et enjeux

Selon l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles issu de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 « *les établissements et services procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent* ». Cette évaluation, selon le Décret 2007-975²² constitue une évaluation « interne ». Elle n'est pas définie par le législateur, ce dernier la distinguant toutefois de l'évaluation « externe ». En effet, selon l'alinéa 2 de ce même article « *les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur* ». Cette évaluation externe conditionne le renouvellement ou pas de l'autorisation. Avant d'étudier les outils propres à l'évaluation interne(B), il est nécessaire de définir le concept et de mettre en évidence ses enjeux (A).

²² Décret 2007-975 du 15 mai 2007, JORF n°113 du 16 mai 2007

A) Définitions de l'évaluation interne

L'évaluation renvoie souvent à l'idée de contrôle et respect de la norme. Les professionnels du secteur médico social n'adhèrent pas spontanément à l'idée d'évaluation craignant une normalisation de l'ensemble de leurs pratiques. En effet, ces dernières étant basées sur la relation à la personne accueillie, la formalisation des pratiques figerait le contenu même du travail social. Afin de vaincre ces résistances, il est nécessaire de définir précisément ce qu'est l'évaluation interne.

Le terme d'évaluation vient du latin « ex valere » et signifie *porter un jugement sur la valeur, le prix de... (...) Fixer approximativement*²³.

Aujourd'hui, de nombreuses définitions de l'évaluation existent, démontrant la polysémie du concept. On peut par exemple citer les définitions de :

- A.P. Contandriopoulos, F. Champagne, J.L. Denis et R. Pineault²⁴ qui considèrent que : « *évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention ou n'importe laquelle de ses composantes dans le but d'aider à la prise de décision. Ce jugement peut résulter de l'application de critères et de normes (évaluation administrative) ou s'élaborer à partir d'une démarche scientifique (recherche évaluative)* ».
- Le conseil scientifique de l'évaluation des politiques publiques définit quant à lui l'évaluation comme « *un processus de connaissances au service de la décision et de l'action, qui vise à en améliorer l'efficacité, et à en clarifier les finalités* ». La recherche de l'efficacité passe par une analyse des modes d'organisation et d'utilisation des ressources tandis que la réflexion sur la finalité s'efforce de préciser tout ce qu'elles peuvent avoir de flou, d'implicite, voire de contradictoire.
- Le décret n° 98-1048 du 18 novembre 1998, relatif à l'évaluation des politiques publiques définit l'évaluation de la façon suivante: « *l'évaluation d'une politique publique a pour objet d'apprécier, dans un cadre interministériel, l'efficacité de cette politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre.* »
- Le Décret 2007-975 précise dans son article 1.1 que « *l'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse. Cette évaluation doit permettre de porter une appréciation qui l'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à*

²³ Définition du dictionnaire Le Petit Robert

²⁴ CONTANDRIOPOULOS, A-P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J-L., PINEAULT, R., "L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes", p. 17, in LEBRUN, T., SAILLY, JC, AMOURETTI, M., *L'évaluation en matière de santé : des concepts à la pratique*", CRESGE, Lille, 1991, pp. 13-32.

la décision. Elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits au regard des objectifs tels que précisés ci-après, en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique. ». L'évaluation vient « interroger la mise en oeuvre d'une action, sa pertinence, les effets prévus et imprévus, son efficience, en considération du contexte observé.»²⁵

- dans le domaine sanitaire, la HAS définit l'évaluation interne comme « *celle qui permet de recueillir de manière prospective les données quantitatives pour s'assurer de la faisabilité, de la sécurité et de la qualité des soins* »²⁶.

On retiendra la définition suivante de l'évaluation : « *c'est l'appréciation la plus objective possible des faits et leur comparaison aux attentes, au moyen d'un référentiel pré établi et partagé par les personnes évaluées. Elle peut être réalisée par les acteurs eux mêmes (évaluation interne) ou par un tiers extérieur, tels que pairs ou organismes (évaluation externe)*²⁷ ».

L'évaluation interne se distingue de la démarche qualité en ce sens qu'elle est une mesure ponctuelle du niveau d'atteinte des objectifs alors que la démarche qualité est un processus d'amélioration continue.

L'évaluation interne doit être distinguée d'autres notions telles que :

- **L'évaluation externe** qui porte sur « l'ensemble du fonctionnement de l'établissement et du service et de leurs pratiques au sens large » alors que l'évaluation interne apparaît comme une dynamique institutionnelle. Cependant les deux modes d'évaluation ont le même périmètre et sont complémentaires, l'évaluation externe renforçant et prolongeant l'évaluation interne.
- le **contrôle** qui consiste en une vérification destinée à apprécier le « bon fonctionnement » d'un système au regard de normes pré établies par l'autorité compétente. La non conformité peut entraîner une sanction, ce qui n'est pas le cas de l'évaluation. En effet, les résultats de l'évaluation ont pour seul objectif d'améliorer la qualité.
- l'**audit** est « une procédure construite et négociée visant, à un moment donné, à un examen systématique d'une situation définie et articulée à son contexte en vue de l'identifier, de la caractériser, de la vérifier et de la signifier, et

²⁵ Décret 2007-975 du 15 mai 2007 article 1.3

²⁶ Lettre d'Information de la HAS n°6, « Comment repérer et évaluer l'innovation porteuse de progrès », mars/avril 2007

d'engager l'émergence d'orientations et de scénarios ouverts ». Cinq démarches s'y rattachent alors : la conformité (prescrit-prévu / réalisé), l'efficacité (objectifs / résultats), l'efficience (ressources / résultats), la pertinence (par rapport au projet) et la cohérence (par rapport au contexte). »²⁸. L'audit se situe alors entre le contrôle (indicatif) et l'évaluation (éducatif). Il vise à faire vérifier le respect des procédures par une équipe restreinte extérieure au processus. Au contraire, l'évaluation interne permet de faire évaluer l'atteinte des objectifs par des professionnels directement concernés par le processus.

- La **certification** est définie par l'AFNOR comme « *la reconnaissance, par un organisme indépendant du fabricant ou du prestataire de service, de la conformité d'un produit, service, organisation ou personnel à des exigences fixées dans un référentiel* ». La reconnaissance de cette conformité donne lieu à l'obtention d'un « label », ce qui n'est pas le cas de l'évaluation interne, démarche autonome d'appréciation de l'activité éclairant les décisions de l'établissement.

En matière sanitaire, la certification (**ex-accréditation**) est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle assure la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et vise à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé. Cette procédure est conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé²⁹. Depuis la loi du 13 août 2004³⁰, l'ANAES a été intégrée à la HAS et on ne parle plus « d'accréditation » des établissements de santé mais de « certification » (l'accréditation est réservée aux médecins et équipes médicales).

L'évaluation de la qualité des prestations voulue par la loi du 2 janvier 2002 nous amène à distinguer plusieurs types de qualité, selon que l'on se place du côté de l'utilisateur ou du professionnel :

- la qualité attendue par le client

²⁷ Démarche qualité-évaluation interne dans un établissement ou service médico social et recours à prestataire, guide méthodologique, DGAS-mars 2004

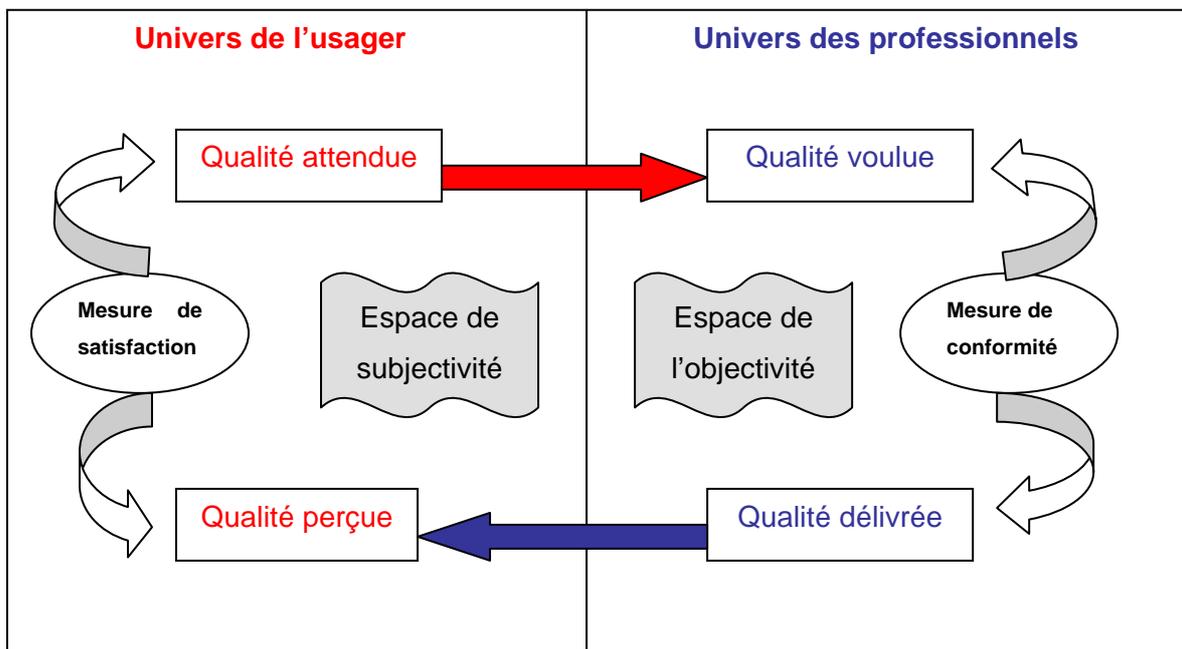
²⁸ M. Bernard "L'audit de la formation : de la conception à la pratique", *Education permanente*, n° 91, 1987

²⁹ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation -

³⁰ Loi n°2004-810 du 13 août 2004, JORF du 17 août 2004

- la qualité voulue par le prestataire (l'établissement se donne comme objectif un niveau de qualité à atteindre, en partant de la qualité attendue par le client et en tenant compte de ses contraintes),
- la qualité réalisée par le prestataire (c'est à dire le niveau de qualité effectivement apporté au client),
- la qualité perçue par le client qui correspond au ressenti subjectif, quelle que soit la qualité réalisée.

La démarche d'évaluation se résume alors de la façon suivante :



Ce schéma permet de visualiser que dans la démarche, la prise en compte des besoins des usagers permet de réduire les écarts entre la qualité voulue et celle attendue (écart de conception), la qualité perçue et celle délivrée (écart de perception) et la qualité perçue et celle attendue (écart de satisfaction).

L'écart entre la qualité délivrée et celle voulue (écart de délivrance) relève des démarches d'amélioration des processus et de résolution des problèmes.

A la différence du domaine industriel, il faut savoir limiter l'ambition de l'évaluation dans le secteur médico social. En effet, si un produit peut être standardisé, dans le secteur médico social le facteur humain correspond à une grande partie du travail. D'ailleurs, les intervenants sociaux relèvent fréquemment que l'efficacité de leur travail ne tient pas uniquement en la capacité à exécuter des gestes techniques, mais aussi, et surtout, en la capacité personnelle à construire une relation d'aide qui peut produire le changement attendu. Un éducateur spécialisé du Centre Départemental de l'Enfance des Landes

relève d'ailleurs à ce propos : « *je me demandais comment pouvait-on évaluer une relation d'aide à la personne, à sa famille ?... On travaille avec de l'humain, pas à l'usine.* ». Il faut savoir que dans le travail social, seuls 30% des actes professionnels sont prescriptibles et donc évaluables, et 70% relèvent des attitudes, du langage, de la relation à l'autre... Cependant, F.Mispelblom³¹ relève que « *l'humain se décompose et recompose en courtes phases spécialisées, à l'instar de ce que fait F.W Taylor dans l'industrie (...). Même en l'absence de standardisation mécanique c'est à dire au moyen d'installations matérielles, l'humain peut être répétitif (...) et la standardisation des comportements peut être organisée (regarder les clients dans les yeux, sourire) »* ».

Les contours de l'évaluation interne étant posés, il reste alors à en définir les enjeux.

B) Les enjeux de l'évaluation interne

La démarche d'évaluation interne est la porte d'entrée dans le processus de l'amélioration continue de la qualité et n'a réellement d'intérêt que si elle est le point de départ d'une démarche d'amélioration. En effet, une évaluation qui ne conduirait pas à la mise en place d'actions correctives et préventives serait très démotivante pour les professionnels.

L'évaluation se définit comme une dialectique entre système de valeur et pratique. Elle va alors amener l'établissement à s'interroger sur ses missions et les valeurs qu'il porte.

En effet, outre le fait qu'elle conditionne l'autorisation ou son renouvellement, l'évaluation interne constitue une formidable opportunité de travail et de réflexion autour de la question de la qualité de la prestation offerte aux personnes accueillies en fonction de leurs besoins spécifiques.

Penser « évaluation » dans les institutions et les services médico sociaux amène à définir la qualité des prestations, des besoins et des situations de vie, et à passer d'une logique de personne accueillie « objet » à une logique de personne accueillie « acteur ». La démarche permet de ré-interroger le sens de l'action, sa cohérence et mettre en place une dynamique centrée sur les besoins et attentes des personnes accueillies. La démarche se doit alors d'être :

- Une démarche participative...
- ...associant la Direction, les professionnels et les personnes accueillies...
- ...visant à établir un diagnostic pluridimensionnel...
- ...ayant pour finalité l'aide au pilotage du changement...
- ...dont l'objet est la qualité des prestations et des interventions...

³¹ F.Mispelblom « *Au-delà de la qualité, démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur* », éditions Syros 1995, p.124

- ...et dont le bénéficiaire in fine est la personne accueillie.

L'évaluation interne prévue dans l'article L. 312-8 alinéa 1 du Code de l'action sociale et des familles article est une évaluation purement qualitative : il ne s'agit pas seulement d'examiner le rendement « coût-efficacité » des activités et prestations mais d'apprécier leur pertinence, leur cohérence, leur efficacité et efficience aux vues des besoins, demandes et attentes des usagers, et des politiques publiques.

Il importe de cerner les enjeux de l'évaluation interne au niveau :

- de la conjoncture actuelle,
- de l'opportunité que représente l'évaluation pour le secteur social et médico-social,
- du contexte spécifique à chaque établissement ou service.

Au niveau conjoncturel, le décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003³² a fixé les indicateurs du tableau de bord que devait fournir chaque établissement ou service. Ces indicateurs ont pour objectif de réduire les disparités dans les dotations aux établissements et services, en les soumettant à une convergence vers une *conformité à la moyenne*. Moins déterminante, l'évaluation interne devient plus ouverte puisque des éléments quantitatifs « durs » sont recensés par les indicateurs. L'établissement peut alors aborder l'évaluation interne comme une démarche d'analyse et d'énonciation de la façon dont il met en oeuvre les moyens à sa disposition, comme un instrument dont il dispose pour améliorer la prise en charge et par une analyse des besoins du public, de la pertinence des réponses apportées et de l'adéquation correspondante des moyens.

De plus dans le cadre de la lutte contre la maltraitance, l'évaluation interne va permettre d'analyser les pratiques institutionnelles et professionnelles.

L'évaluation interne s'inscrit aussi dans l'effectivité des droits des personnes accueillies, voulue par le loi du 2 janvier 2002. Elle va leur donner, en tant que principaux bénéficiaires de la qualité, une véritable place dans la vie institutionnelle en les impliquant directement dans la démarche.

Pour le secteur médico social, cette obligation d'évaluation interne représente une véritable opportunité en ce sens qu'elle valorise le travail des professionnels. En effet, l'évaluation va rendre plus lisible et visible l'action, la communiquer en termes suffisamment clairs et précis pour être appréciée auprès des pouvoirs publics et du corps social. C'est donc une chance de faire connaître l'expérience dont disposent aujourd'hui les professionnels du secteur social et médico-social, les compétences qu'ils ont

³² article 27 du Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003

développées au contact des publics dans la définition de leurs besoins et de réponses adéquates.

Au niveau interne, l'évaluation va permettre à l'institution d'identifier les besoins du public et d'apprécier les réponses apportées, de développer un processus d'objectivation des difficultés rencontrées et des insatisfactions, de préciser les compétences dont elle dispose...

Enfin, l'action des travailleurs sociaux auprès des personnes accueillies s'exerce au travers d'une dimension relationnelle caractérisée par la continuité du vécu. L'évaluation interne va consister précisément à examiner son action à partir d'un cadre conceptuel, c'est-à-dire à en séparer les éléments constitutifs pour en identifier les caractéristiques et en isoler les effets spécifiques.

Si l'évaluation de la qualité des prestations présente de nombreux intérêts pour les établissements médico sociaux, se pose alors une question plus méthodologique : quels sont les outils qui vont pouvoir être utilisés en pratique pour procéder à cette évaluation ?

1.2.2 Les outils de l'évaluation interne : les référentiels

Le développement récent de l'évaluation a engendré la production de nombreux référentiels, définis comme « *un ensemble d'éléments formant un système de références* »³³. Les référentiels constituent la « pierre angulaire » du dispositif d'évaluation. Ils se composent d'exigences et de préconisations auxquelles les institutions vont pouvoir se référer.

Ces référentiels sont divers, ceux du domaine industriel et sanitaire (A) pouvant inspirer les référentiels médico sociaux (B). Ils présentent dans la démarche qualité des enjeux non négligeables (C).

A) Les référentiels industriels et sanitaires

a) *Dans le domaine industriel et commercial : les normes ISO*

L'organisme international de normalisation produit des normes internationales dans les domaines industriels et commerciaux appelées normes ISO. Ces normes, de par leur caractère universel, sont applicables à n'importe quel organisme.

³³ dictionnaire Larousse

Ecrites en 1987, puis révisées en 1994 et à nouveau en 2000, la famille des normes ISO 9000 correspond à un ensemble de référentiels de bonnes pratiques de management en matière de qualité, portés par l'organisme ISO.

Parmi ces normes, on trouve l'ISO 9001/2000 qui est tournée vers la satisfaction des exigences des clients et le respect des normes réglementaires. Elle remplace les normes :

- ISO 9001 : Systèmes de management de la qualité - Exigences pour la conception, le développement, la production, l'installation et le service après vente.
- ISO 9002 : Systèmes de management de la qualité - Exigences pour la production, l'installation et le soutien après vente.
- ISO 9003 : Systèmes de management de la qualité - Exigences pour les procédures de contrôle qualité (contrôle final + essais).

La norme ISO 9001/2000 repose sur 8 principes de management énoncés dans l'introduction de présentation des normes ISO: l'écoute client, leadership (la Direction fixe des objectifs réalistes et met en place les moyens nécessaires pour les atteindre), l'implication du personnel, l'approche processus, le management par approche système (c'est à dire que l'on regarde l'organisation comme un ensemble de processus corrélés entre eux), l'amélioration continue, l'approche factuelle pour la prise de décision, la relation avec les fournisseurs.

Les organismes fournissant un service ou un produit répondant aux normes ISO définies dans un référentiel, obtiennent du tiers certificateur une certification. Il faut noter que ce référentiel n'est pas imposé par la législation : c'est une démarche volontaire de l'entreprise (ou demandée par ses clients) pour faire reconnaître par un organisme certificateur, la conformité de ses méthodes de travail à un référentiel ISO.

b) Dans le domaine sanitaire : l'accréditation

L'accréditation, démarche obligatoire pour tous les établissements du secteur sanitaire³⁴, est supervisée par la HAS qui définit cette démarche comme « *une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques* ».

Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé ». Depuis la loi du 13 août 2004 le terme d'accréditation a été remplacé par celui de certification : « *afin d'assurer l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification* »³⁵.

Elle consiste en une auto-évaluation suivie d'une visite réalisée par des professionnels de santé extérieurs à l'établissement et intègre un dispositif de suivi qui vise à engager les professionnels de l'établissement dans une démarche qualité durable.

Les référentiels de certification sanitaire reposent en partie sur les mêmes principes que ceux de la norme ISO 9001/2000 : place centrale du patient, amélioration de la sécurité des soins, amélioration continue de la qualité, implication du personnel, démarche continue, obligation d'objectivité, évaluation et amélioration continue de la méthode de certification.

En février 1999, l'ANAES³⁶ (aujourd'hui intégrée à la HAS) a publié un « Manuel d'accréditation » pour aider les établissements de santé à mettre en oeuvre leur démarche de certification (ex-accréditation). Elle y énonce que la procédure d'accréditation doit être réalisée à partir de référentiels permettant de s'assurer que les établissements sanitaires prennent en compte les recommandations de bonne pratique clinique. Ces référentiels se structurent autour de trois axes :

- le patient et sa prise en charge (droit et information du patient, dossier du patient, organisation de sa prise en charge)
- management et gestion au service du patient (management de l'établissement et des secteurs d'activité, gestion des ressources humaines, gestion des fonctions logistiques et du système d'information)
- qualité et prévention (gestion de la qualité et prévention des risques, vigilance sanitaire et sécurité transfusionnelle, surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux).

Une seconde version de ce manuel, renforçant le lien entre accréditation et évaluation des pratiques cliniques et professionnelles, est parue en 2004. Une seconde version simplifiée (le nombre de critères et de références est allégé) de ce manuel Version 2, a été publiée en 2007 : « Le manuel de certification V2007 ».

³⁴ l'accréditation de établissements de santé est obligatoire depuis les ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation.

³⁵ Article 36 alinéa 4 de la loi du 13 août 2004.

³⁶ <http://www.has-sante.fr>

Dans le domaine médico social, la démarche qualité et l'obligation d'évaluation interne sont apparues plus tard que dans les domaines industriel et sanitaire. Différents référentiels ont été créés.

B) Les référentiels médico sociaux

a) *Le référentiel des EHPAD³⁷ : l'outil ANGELIQUE³⁸*

Dans le cadre de la convention tripartite, l'arrêté du 26 avril 1999³⁹ impose aux EHPAD de formaliser une démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité⁴⁰. La Mission MARTHE⁴¹ définit l'évaluation interne comme une « *démarche interne participative, temps essentiel de l'amélioration continue de la qualité* ». Composée de représentants des services de l'État, des Conseils Généraux, de l'Assurance maladie, de responsables et professionnels d'établissements tant du secteur public que privé, et de l'École Nationale de la Santé Publique, elle réalise un guide d'accompagnement reposant sur un référentiel d'évaluation interne : le référentiel ANGELIQUE. A travers un cahier des charges et des grilles de recueil d'information constituant un référentiel pré établi d'évaluation interne, il s'agit de mettre en place une démarche interne d'amélioration continue de la qualité.

L'outil se compose de quatre parties :

- attentes et satisfaction des résidents et familles,
- réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins,
- l'établissement et son environnement,
- démarche qualité (méthodes d'évaluation, formation du personnel, système documentaire, dispositif d'information).

L'outil ANGELIQUE présente le mérite d'énoncer, en termes opérationnels, les différents aspects et processus constitutifs de la qualité en établissement. En revanche, il présente le travers de l'objectivation de la qualité par le recours quasi exclusif de la mise en procédures.

³⁷ Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes

³⁸ Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Personne accueillies des Etablissements

³⁹ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle de l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales.

⁴⁰ Article 5-1 alinéa 2 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales.

Conçu conjointement avec les professionnels du secteur, cet outil sera au moment de sa sortie « *le premier et seul référentiel existant dans le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux, qui soit complet, testé et validé sur le terrain et globalement consensuel* »⁴². Cependant, il n'est pas entièrement transposable aux établissements sociaux et médico-sociaux.

b) *Les autres référentiels d'évaluation interne des établissements sociaux et médico-sociaux*

Il n'y a pas dans le secteur social et médico-social un référentiel unique d'évaluation interne, à l'image de ce qui se fait dans le champ sanitaire ou dans celui des personnes âgées, mais une pluralité de référentiels. En effet la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 n'impose pas aux établissements l'utilisation d'un modèle de référentiel mais précise simplement qu'ils « *procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées (...) par le Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-Sociale (CNESMS)*⁴³ ». Le CNESMS, placé auprès de la Direction générale de l'action sociale, a été institué par le décret n°2003-1134 du 26 novembre 2003⁴⁴. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007⁴⁵ va lui substituer l'Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-sociale (ANESMS)⁴⁶. Ce Groupement d'Intérêt Public est composé de représentants de l'État (Direction Générale de l'Action Sociale, Inspection Générale des Affaires Sociales, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la direction de la protection judiciaire de la jeunesse, la direction des populations et des migrations et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.), de représentants de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des organismes gérant des établissements

⁴¹ Mission d'Appui de la Réforme de la Tarification d'Hébergement en Établissement

⁴² J.F. BAUDURET, M. JAEGER, *ibid.*, p.156.

⁴³ La note d'orientation n° 2 du 24 janvier 2006 du Conseil National de l'Évaluation sociale et médico-sociale, précise que les bonnes pratiques professionnelles se composent de procédures, références et recommandations.

⁴⁴ décret n°2003-1134 du 26 novembre 2003 relatif au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale mentionné à l'article, Journal Officiel de la République française du 29 novembre 2003.

⁴⁵ Article 85 de la loi 2006-1640 du 21 décembre 2006 financement de la Sécurité Sociale pour 2007, Journal Officiel de la République Française n°296 du 22 décembre 2006 (codifié à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles).

⁴⁶ Le 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 et services sociaux et médico-sociaux

sociaux et médico-sociaux (FHF, fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale, le syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées, l'union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis...).

L'ANESMS aura pour principale mission de développer une culture de la bientraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ainsi, elle va orienter prioritairement son action en faveur des personnes accueillies. Pour cela, l'agence validera, actualisera ou, le cas échéant, élaborera des références, des procédures et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Elle en assurera la valorisation et la diffusion afin de promouvoir toute action d'amélioration de la qualité des prestations délivrées. Ces documents seront une base sur laquelle les établissements et services s'appuieront en vue de leur évaluation interne⁴⁷.

Les établissements sociaux et médico sociaux ont alors le choix soit de construire leur propre référentiel d'évaluation interne, soit de recourir à des référentiels déjà existants. Parmi ces référentiels, on trouve notamment ceux de :

- **L'ANCREAI**⁴⁸ qui a élaboré un « guide pour des interventions de qualité », support méthodologique à un processus d'évaluation pensé au bénéfice de la personne accueillie afin de mettre en place des interventions de qualité. Ce guide générique intègre les pratiques professionnelles correspondant aux missions de l'établissement qui est évalué (à la différence de l'outil ANGELIQUE qui est un référentiel normatif).

C'est un guide pluridimensionnel dont la primauté va à la technique du service rendu. La méthodologie proposée par l'ANCREAI cherche à relier l'évaluation à la dynamique du quotidien et à la placer sous le contrôle des acteurs de terrain chargés de l'améliorer en permanence ;

- **Le FEGAPEI**⁴⁹ (ex-**SNAPEI**⁵⁰) qui a créé le référentiel de bonnes pratiques qualiSNAP. Ce dernier s'articule autour de 6 modules : accueil et information, analyse d'une demande d'entrée, admission dans l'entité, élaboration du projet individualisé, mise en oeuvre du projet individualisé, mesure et amélioration continue de la qualité de la prestation. Afin de permettre aux institutions de se situer par rapport à ces références, qualiSNAP est complété par le questionnaire d'auto diagnostic qualiPROGRESS composé de 425

et modifiant le code de l'action sociale et des familles, Journal Officiel de la République Française n°59 du 10 mars 2007.

⁴⁷ <http://www.anesm.sante.gouv.fr>

⁴⁸ Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptés.

⁴⁹ Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales depuis l'assemblée générale extraordinaire du 30 juin 2005

⁵⁰ Syndicat National des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales.

questions et qui permet d'évaluer le niveau de qualité de la structure concernée. Ces deux outils sont indissociables l'un de l'autre ;

- **L'UNAPEI**⁵¹ qui complète le MAP⁵² (outil d'évaluation du besoin d'accompagnement des personnes handicapées) par le PROMAP. Cet outil d'auto-évaluation de l'adéquation entre les besoins de la personne accueillie et les solutions organisationnelles qui y répondent, est composé de deux questionnaires : l'un pour les personnes accueillies et l'autre pour les professionnels.

C) Les enjeux du référentiel d'évaluation interne

La construction du référentiel d'évaluation interne suppose une clarification préalable des objectifs de l'évaluation ainsi que des objets à évaluer.

Au-delà d'un simple recueil de données, le référentiel est porteur de nombreuses autres fonctions :

- il indique les orientations à moyen et long terme de l'établissement ;
- il fixe des buts, des objectifs ;
- il indique les modèles de références théoriques ;
- il est un support de communication.

Cependant, aussi importante qu'elle soit, la construction du référentiel ne constitue qu'une étape de la démarche d'évaluation et pour cette raison, elle ne doit pas consommer plus de temps que nécessaire.

Elle se situe en aval de la réflexion et de la clarification du projet même de l'évaluation et en amont des actions d'amélioration pour maîtriser la qualité. Il faut alors :

- limiter l'étendue du référentiel aux domaines à forts enjeux ou sur lesquels des progrès significatifs peuvent être obtenus ;
- se concentrer sur des objectifs d'amélioration véritablement poursuivis et pour lesquels il existe une véritable volonté de changement ;
- employer dans le référentiel des termes compréhensibles par tous pour éviter les erreurs d'interprétation.

Dans le cadre de l'obligation d'évaluation interne de la qualité de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, le Centre Départemental de l'Enfance des Landes, vient d'entrer dans le processus de construction de son propre référentiel d'évaluation interne.

⁵¹ Union Nationale des Associations de Parents de Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis

⁵² Modèle d'Accompagnement Personnalisé

2 L'entrée du CDE dans la démarche qualité par le processus de construction du référentiel d'évaluation interne.

Le processus de construction du référentiel d'évaluation interne va engager l'établissement dans une démarche à long terme. C'est pourquoi, avant de lancer la construction du référentiel d'évaluation interne au Centre départemental de l'Enfance des Landes (2.2), il est essentiel de respecter une étape préalable d'identification des particularités et éventuelles contraintes de l'établissement (2.1).

2.1 Les préalables à la construction du référentiel d'évaluation interne

La construction du référentiel d'évaluation interne s'inscrit dans un processus qui implique qu'avant toute construction de l'outil, l'établissement au sein duquel la démarche est engagée soit identifié et défini (2.1.1). Après cette première étape, le processus exige que la direction s'engage clairement et sensibilise son personnel à la démarche afin qu'il puisse s'approprier pleinement l'outil d'évaluation (2.1.2).

2.1.1 Identification des particularités du CDE

Afin que le référentiel d'évaluation interne soit construit de façon cohérente au CDE, il faut dans un premier temps définir l'organisation et les populations accueillies au sein de l'établissement (A), puis dans un second temps identifier ce que l'on peut de prime abord considérer comme des contraintes dans le processus de construction (B).

- A) Présentation du Centre Départemental de l'Enfance des Landes : un établissement pluri institutionnel

Le Centre Départemental de l'Enfance des Landes a ouvert ses portes en 1972. Non doté de la personnalité morale, il est rattaché au Conseil Général des Landes et fonctionne dans le cadre de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002. L'équipe de direction se compose de trois directeurs : un directeur chef d'établissement et deux directeurs adjoints.

L'établissement se compose de plusieurs structures médico sociales, chacune ayant des missions différentes et accueillant des populations avec des problématiques variées.

Ainsi, le CDE se structure autour de 7 institutions et services regroupés au sein de 3 pôles. Il y a un directeur en référence de chacun des pôles :

Le pôle handicap composé de :

-un **Service d'Aide au Travail et d'Accompagnement Social (SATAS)**. Il est composé d'un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) sans mur ni production propre qui fonctionne avec un réseau de patrons d'accueil ainsi qu'un Service d'Accompagnement dans la Vie Sociale (SAVS). Leur mission est définie par l'article 39 de la loi 2005-102 du 11 février 2005 « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » :

« Les établissements et services d'aide par le travail accueillent des personnes handicapées dont la commission prévue à l'article L. 146-9 a constaté que les capacités de travail ne leur permettent, momentanément ou durablement, à temps plein ou à temps partiel, ni de travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée ou pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile, ni d'exercer une activité professionnelle indépendante. Ils leur offrent des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif, en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social. »⁵³

- un **Institut Médico Educatif (IME)** accueillant des enfants et adolescents qui présentent une déficience intellectuelle légère ou moyenne. Ses missions sont définies par les Annexes XXIV du Décret 89-798 du 27 octobre 1989 :

« la prise en charge tend à favoriser l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, l'autonomie maximale quotidienne sociale et professionnelle.

Elle tend à assurer l'intégration dans les différents domaines de la vie, la formation générale professionnelle ».

En plus de l'accompagnement thérapeutique et éducatif, l'IME propose un accompagnement pré-professionnel aux jeunes de 14 ans et plus au sein de 4 ateliers : boulangerie/pâtisserie, cuisine, bois/peinture, jardinage/maçonnerie.

⁵³ Article 39 de la loi 2005-102 du 11 février 2005 « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » codifié à l'article L. 344-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Le pôle inadaptation composé de :

- Deux **Instituts Thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques** (ITEP) qui accueillent selon le Décret du 11 janvier 2005⁵⁴ :

« Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accueillent les enfants et adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages »

- un **Centre Médico Psycho Pédagogique** (CMPP) fonctionnant dans le cadre des Annexes XXXII⁵⁵ qui définissent notamment leurs missions :

« Les CMPP pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuro-psychiques ou à des troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapique ou psychopédagogique sous autorité médicale. Le diagnostic et le traitement sont effectués en consultations ambulatoires sans hospitalisation du malade (...) Ils ont pour but de réadapter l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire ou professionnel et social. »

Le pôle protection de l'enfance et de la famille composé de :

- **le foyer de l'enfance** qui selon l'article L 221-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles est chargé de « l'accueil et de l'hébergement des enfants confiés au service de l'Aide Sociale à l'Enfance ». Ce lieu d'accueil d'urgence pour les enfants et adolescents en difficulté ou en danger, a pour mission d'accueil, l'observation et l'orientation du jeune.

- **le Centre maternel** dont les missions sont définies par l'article art. L222-5 du Code de l'Action Sociale et des familles : il accueille « les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique ».

Seuls l'IME et le foyer de l'enfance se trouvent sur un même site, les autres structures étant réparties sur l'ensemble du territoire des Landes.

⁵⁴ Décret 2005-11 du 6 janvier 2005 portant sur les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

⁵⁵ les Annexes XXXII ajoutées par le Décret n°63-146 du 18 février 1963 au Décret n°56-284 du 9 mars 1956, portant sur les conditions techniques des Centres Médico-Psychopédagogiques de cure ambulatoire

Malgré la pluralité d'établissements, l'équipe de Direction du CDE a fait le choix de construire un référentiel d'évaluation interne unique commun à toutes les structures.

En effet, cela va permettre de construire un outil adapté à sa situation et à ses spécificités (la diversité des structures et des problématiques des personnes accueillies.)

La démarche qualité se heurte à des contraintes culturelles (chaque structure à développé au fil des années sa propre culture), conceptuelles (chaque établissement étant unique, cela pose la question de la définition d'un référentiel unique), humaines (l'adhésion de chacun des personnels est essentielle et demande un investissement et une remise en question de chaque acteur) et matérielles qu'il faut prendre en compte avant d'entrer dans la démarche, leur méconnaissance étant à coup sur une cause d'échec.

B) Les contraintes à priori du CDE.

La première contrainte qui peut être à priori identifiée est celle de la variété des institutions composant le CDE. En effet, comment construire un référentiel commun à l'ensemble des structures alors que les populations accueillies et les prestations offertes sont différentes les unes des autres ?

De plus, chaque structure a sa culture, ses traditions, ses valeurs, son identité...Les professionnels, la plupart du temps ne se connaissent pas d'une structure à l'autre ou communiquent très peu entre eux. Cette situation s'explique en partie par l'éclatement des structures sur l'ensemble du territoire landais. En effet, étant sur des sites différents, les personnels ne se croisent quasiment jamais. Ainsi, le CDE n'existe que d'un point de vue administratif et financier. Ce constat est confirmé par la difficulté des personnels à répondre à la question de la définition du CDE. Une CESF⁵⁶ écrit « *j'ai honte de l'avouer, mais pendant longtemps le CDE s'est limité pour moi à l'IME, l'IMPro, le SATAS et le foyer de l'enfance. (...) On vit en vase clos et n'appartiennent à une structure que ceux que l'on côtoie régulièrement* ». L'observation des groupes de travail montre que les agents ne se connaissent pas et ignorent les rôles respectifs des uns et des autres. Il va alors falloir tenir compte dans la démarche, de l'identité culturelle spécifique de chacune des structures composant le CDE avant de lancer tout projet.

Les personnels sont aussi réticents quant à l'entrée dans une démarche d'évaluation interne car elle renvoie à la confrontation à un référentiel. Cela suppose un fort développement de l'écrit, ce qui semble difficile dans un secteur dominé par la culture de

⁵⁶ Conseillère en économie sociale et familiale

l'oral et où la référence au contrôle suscite des réserves : « *les gens ont peur du regard. Ils ont toujours l'impression d'être jugés parce qu'on les évalue* » relève un agent du CDE.

D'autres difficultés sont soulevées par les professionnels de l'institution, telles que :

- le manque de temps. En effet, la réalisation d'un référentiel d'évaluation interne comprend des temps de réunions, des synthèses des groupes de travail et du comité de pilotage, mais aussi le temps de travail des personnels de l'ensemble de l'établissement : « *le temps que nous allons passer à la construction du référentiel le sera au détriment des personnes accueillies, et après on nous parle de qualité (...)* »
- le manque de moyens
- des malentendus sur les termes évaluation, contrôle, qualité...
- la crainte d'entrer dans une uniformisation des pratiques ou dans un système marchand.

Une autre contrainte, qui reflète le fait que le CDE n'existe que d'un point de vue administratif et financier et non pas comme une entité à part entière, est celle de l'absence de projet global d'établissement. En effet, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 dans son article 12⁵⁷ dispose que « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en oeuvre d'une autre forme de participation* ». Ainsi, le projet d'établissement vient énoncer la mission, les valeurs, les moyens mis en oeuvre pour les atteindre et aujourd'hui la politique qualité de l'établissement.

L' évaluation interne doit être centrée sur le projet d'établissement et sa mise en oeuvre : l'évaluation interne doit porter principalement sur le projet d'établissement ainsi que sur le repérage et l'analyse des écarts avec les pratiques.

Or, on ne trouve pas au CDE un seul et unique projet d'établissement mais chaque structure a élaboré son projet de service. Comment alors élaborer un référentiel unique ? Comment l'élaboration d'un référentiel unique modifie l'angle de conception du projet global ?

⁵⁷ Art. L. 311-8. du Code de l'Action Sociale et des Familles

2.1.2 L'entrée du CDE dans le processus de construction du référentiel d'évaluation interne

Afin que les personnels puissent se sentir concernés par la démarche qualité et s'approprient le référentiel d'évaluation interne qu'ils vont construire, la direction de l'établissement doit s'engager sur le long terme à soutenir et mettre en œuvre tous les moyens nécessaires à la démarche qualité (A). Mais cet engagement n'est pas suffisant et le processus de construction du référentiel ne peut aboutir efficacement que si les professionnels sont sensibilisés et formés à la démarche et à ses enjeux (B).

A) L'engagement de la direction

La direction est le vecteur premier de la qualité. Son engagement clair auprès des usagers et des personnels à initier, développer et mettre en œuvre au sein de l'établissement une démarche qualité est une étape préalable essentielle au succès de la démarche. Au CDE cet engagement s'est traduit notamment par une formation du directeur qualité à la démarche qualité puis une visite de ce dernier et moi-même dans chaque structure afin de rencontrer l'ensemble de professionnels, leur expliquer les choix faits et répondre aux nombreuses interrogations.

En effet, dans le cadre d'une démarche participative, afin de motiver et de favoriser l'implication des équipes dans la démarche, l'équipe de direction, par son engagement, garantit que les moyens nécessaires seront dégagés (choix budgétaires, négociations avec les autorités de tarification, dégagement de temps de travail...).

De plus, l'évaluation ne pouvant porter sur l'ensemble des aspects de la structure, la direction doit définir les périmètres de l'évaluation et ainsi faire des choix stratégiques et politiques afin de fixer les priorités.

Lors de mon arrivée au sein du CDE en tant que directrice stagiaire, il m'a été confiée la mission de participer avec le directeur en charge de la qualité, à la conduite du processus de construction du référentiel d'évaluation interne.

Les grands axes de la politique à mener ont alors été définis.

Ainsi, il a été décidé :

- que l'un des trois directeurs du CDE serait en charge de la démarche qualité. Cela a facilité le repérage des acteurs. Ce directeur qualité (Mr Rousseaux) a alors organisé la démarche, à savoir : sensibilisation et formation des professionnels, réunions de travail, construction du référentiel d'évaluation interne, mise en place de l'évaluation interne et rédaction du rapport...Il

s'engage au nom de l'équipe de direction à soutenir le travail auprès des équipes.

- l'équipe de direction a ensuite pris la décision de recourir à un tiers extérieur afin de l'aider dans sa démarche. Ce choix me semble être le plus judicieux dans la mesure où il permet de ne pas faire de l'évaluation interne une évaluation d'auto-satisfaction ou une simple auto-critique. Ainsi, le recours à un intervenant extérieur va permettre de questionner et de prendre du recul par rapport aux pratiques, susciter l'argumentaire et objectiver la démarche. Le CDE a fait le choix de recourir à un organisme de formation/conseil⁵⁸, et notamment aux compétences de Mr.Ph.Ducalet, qui, au-delà de sa connaissance du secteur social et médico social, est reconnu pour ses qualifications en matière de qualité. Véritable « personne ressource », il sera chargé d'offrir des services de plusieurs natures tout au long de la démarche (apports méthodologiques, formation des personnels...). Ainsi, un savoir-faire et un regard extérieur peuvent apporter tout au long de la démarche une grande valeur ajoutée au travail réalisé. Cependant pour que ce recours soit pleinement efficace il a été nécessaire que préalablement les contours de son intervention soient définis (champ et modalités d'intervention), et qu'une véritable collaboration se mette en place entre le prestataire et le directeur qualité (rencontres et échanges réguliers).
- un calendrier décomposant le projet en étapes et les planifiant est élaboré avec l'aide du prestataire extérieur⁵⁹. Ce dernier doit selon moi impérativement être respecté aussi bien par l'établissement que par le prestataire extérieur. En effet, afin que la rigueur et l'assiduité puissent être les maîtres mots de la démarche, chacun doit respecter ses engagements.

Après avoir décidé d'entrer dans la démarche qualité et de construire son propre référentiel d'évaluation interne en s'appuyant sur l'aide d'un conseil extérieur, l'équipe de direction a décidé que la démarche pour être pleinement efficace devait reposer sur la participation de tous les acteurs : direction, professionnels, personnes accueillies. En effet, la réussite de la démarche qualité passe par l'adhésion de l'ensemble des acteurs aux enjeux de la qualité. Ainsi, en construisant leur propre outil d'évaluation interne, les professionnels du CDE vont pouvoir pleinement se l'approprier.

⁵⁸ Organisme IFD

⁵⁹ Voir annexe III

B) La sensibilisation et la formation des personnels du CDE à la démarche qualité

Afin de faire adhérer l'ensemble des acteurs de l'institution à la démarche entreprise, l'équipe de Direction a décidé de mettre en place une politique de communication visant à sensibiliser et à former les différents acteurs à la démarche qualité et à ses enjeux. Il ne s'agit pas ici de constituer, dans chaque établissement ou service, un corps « d'experts en évaluation » mais au contraire de construire une culture commune, un langage stabilisé, des repères sémantiques.

Afin que les professionnels puissent s'approprier le référentiel d'évaluation interne propre au CDE et la démarche qualité, il est indispensable qu'ils soient associés à son élaboration. On parle alors d'un management participatif, défini par J-L.Deshaies⁶⁰ comme « *développant les savoirs-faire et les savoirs-être de tous les acteurs institutionnels, directement concernés par l'amélioration de leurs produits, en l'occurrence pour le secteur médico-social, des prestations de service devant découler des missions qui lui sont confiées* ».

Une première réunion de présentation de la démarche et de son organisation s'est adressée aux 8 cadres socio-éducatifs et aux 2 directeurs pédagogiques. Dans le même temps une note d'information a été envoyée à l'ensemble du personnel pour l'informer de la démarche qui s'engageait.

Dans un second temps, une demie journée de sensibilisation des professionnels a été organisée par le directeur qualité et le prestataire extérieur. Lors de cette journée la plupart des personnels se sont rencontrés pour la première fois. Un livret de présentation de la démarche leur a été remis individuellement. Il contient la présentation de la démarche, un descriptif de l'organisme de conseil extérieur (IFD), un calendrier détaillé⁶¹ ainsi que des fiches techniques sur les instances de la démarche. Cette étape constitue un important préalable à la mise en place du processus. En effet, chacun a au départ ses positions sur le sujet : il y a ceux qui sont « pour » et ceux qui sont « contre » la démarche qualité. Cette demie journée de formation va être l'occasion pour la direction de rappeler les motifs de son engagement et les objectifs poursuivis. Elle a également pour objet de rassurer les personnels en leur présentant le déroulement de la démarche et les résultats attendus.

Les représentants locaux des organismes extérieurs (DDASS, Conseil Général) ont pu affirmer leur soutien au cours d'un discours introductif. J'ai ensuite pu présenter de façon détaillée, dans un discours clair et compréhensible de tous, l'organisation de la démarche

⁶⁰ J-L.DESHAIES « *Mettre en oeuvre les projets* », l'Harmattan, avril 2000, p.53

⁶¹ voir annexe III

(calendrier, instances de la démarche, les étapes de construction du référentiel...) ainsi que les choix faits, notamment celui de construire un référentiel commun à l'ensemble des structures du CDE. Cette réunion a été l'occasion de faire intervenir un philosophe, Eric Fiat, sur la place de l'éthique dans la qualité, ainsi que Ph.Ducalet sur le thème de la recherche de sens et de cohérence en matière d'évaluation et de qualité. Le respect des règles légales, éthiques et morales est une condition préalable à l'adhésion du personnel dans la démarche. L'intervention du philosophe confirmera la place centrale de l'éthique dans la démarche qualité.

Une troisième phase est ensuite lancée : celle de la formation des personnels. En effet, dans la mesure où la construction du référentiel, puis la démarche qualité vont mobiliser l'ensemble des professionnels de la structure, il est nécessaire que tous soient sensibilisés afin qu'une lecture commune de la démarche puisse être dégagée.

Ainsi, la formation est assurée par l'IFD en petits groupes d'une trentaine de personnes et repose sur les deux thèmes suivants :

- *la place de la personne accueillie et ses droits dans l'institution* : il s'agit ici de faire un rappel sur les droits fondamentaux de la personne accueillie en tant que citoyen à part entière (droit au respect de la vie privée, droit à l'intimité, droit à la dignité...) ainsi que sur les droits spécifiques qui lui sont reconnus par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 (droit à l'information, droit à l'accès à tout document le concernant, droit au libre choix...). Les outils de la loi 2002-2 garantissant ces droits sont explicités (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, conseil de la vie sociale...).
- *Les enjeux, le sens et les méthodes d'évaluation interne et d'amélioration continue* : cette journée permet de rappeler le cadre réglementaire, de définir les notions de qualité, contrôle, références, critères, évaluation...ainsi que de présenter les enjeux de l'évaluation interne. La méthode de travail participative pour la construction du référentiel est définie : son organisation, ses instances, le calendrier...

Cette étape de sensibilisation et de formation des personnels est une étape essentielle dans le lancement de la démarche dans le sens où elle permet à chacun de se sentir impliqué et de comprendre les enjeux qui entourent la démarche qualité. Ainsi, une TISF⁶² résumera ces journées en disant : « *elles m'ont permis de mesurer l'intérêt de la démarche en dehors de son caractère rendu obligatoire par la loi du 2 janvier 2002. Je me sens désormais plus convaincue que jamais de sa nécessité* ».

⁶² Travailleuse en insertion sociale et familiale

L'entrée dans la démarche qualité est effective dès lors que la Direction s'est engagée et que les personnels sont sensibilisés à la démarche.

2.2 La construction du référentiel d'évaluation interne au CDE des Landes

La construction du référentiel d'évaluation interne doit reposer sur une méthodologie définie à l'avance par le directeur (2.2.1). Cette construction donnant lieu à de nombreuses productions écrites, un système de gestion documentaire a du être créé (2.2.2).

2.2.1 La méthodologie adoptée au CDE pour la construction du référentiel unique d'évaluation interne

Il s'agit de l'étape la plus longue et la plus difficile de la démarche en ce sens qu'elle demande beaucoup de temps et d'investissement. Un cadre du CDE définira cette phase de construction comme « *un des actes les plus visibles et les plus symboliques de la démarche qui ne doit en aucun cas être bâclé* ». Il a alors fallu créer des instances chargées de la construction du référentiel (A) et définir une méthode de travail (B).

A) Les instances de construction du référentiel d'évaluation interne

La construction du référentiel repose sur 3 instances :

- **le GPI**⁶³, groupe de 15 personnes, qui dans le processus de construction du référentiel, est chargé d'accompagner la réflexion. Il assure la conception et la réalisation du référentiel d'évaluation interne et définit les thèmes à travailler. Ainsi, il a été décidé que le référentiel porterait sur les thèmes suivants :

- la personne accueillie : l'accueil et l'admission ; la sortie ; la personnalisation de l'accompagnement ; droit, information et expression de la personne accueillie ; le dossier de la personne accueillie ; la bientraitance...

⁶³ Groupe Pluriprofessionnel Interinstitutionnel

- l'établissement : le projet d'établissement, la gestion des ressources humaines, la fonction logistique, le partenariat, la sécurité...

Le GPI est composé de « correspondants » porteurs de leur métier et de leur institution. Ils ne sont ni délégués, ni porte parole de l'institution dans laquelle ils travaillent. Ils animent et coordonnent les **groupes de travail** qui se réunissent au sein de chacune des structures entre deux réunions du GPI. Un des correspondants définit sa fonction comme « *messenger et animateur* », un autre comme « *un passeur, d'une part en informant les personnels de la structure à laquelle j'appartiens de l'avancement des travaux et d'autre part en apportant au GPI le point de vue de l'équipe* »

- **le Comité de pilotage**, groupe de 10 personnes, est l'instance de vérification et de vigilance. En effet, cette instance bienveillante soutient, oriente et interpelle le GPI dans son travail tout en respectant les valeurs du CDE (valeurs du service public, prééminence du facteur humain sur des facteurs plus matériels, importance des notions d'intégration et de citoyenneté...)

- **l'équipe de direction** qui est l'instance de validation du référentiel d'évaluation interne.

La constitution des instances s'est faite sur la base de la pluridisciplinarité afin que l'action de chacun puisse être valorisée. Cela permet de confronter les idées et points de vue. L'intérêt de ce choix au CDE est double. En effet, les instances sont constituées de façon pluridisciplinaire (de façon à ce que tous les acteurs puissent être représentés : personnes accueillies, les différentes professions à savoir les personnels d'entretien, éducateurs, veilles de nuit, agents administratifs..., la direction) mais aussi inter institutionnelle. Or le CDE accueille des publics variés avec des problématiques allant de la protection de l'enfance au handicap en passant par l'inadaptation. Les conceptions sont alors très différentes, les débats ne pouvant qu'en ressortir enrichis.

La constitution des deux instances a reposé sur la base du volontariat. Cependant, afin que le travail soit pleinement efficace, l'équipe de Direction a préalablement repéré les forces actives de l'établissement afin de solliciter leur participation. En effet, ces personnes, souvent leaders dans l'établissement, sont intéressées et motivées par l'évolution qualitative de la structure et sont de véritables personnes ressources. Ainsi, un éducateur membre du GPI relèvera « *je ne souhaitais pas qu'il soit dit que la démarche qualité était encore un gros pataquès pondu d'en haut, complètement irréaliste (...). J'ai alors préféré être membre du GPI et essayer de faire avancer la situation plutôt que de subir une certaine vision des choses qui ne correspondrait pas vraiment à celle que l'on a sur le terrain* ».

Cette rencontre des métiers et des catégories est donc un moyen permettant à chacun de s'exprimer et de se sentir considéré, mais également comme un moyen d'enrichir la

réflexion. Les contradictions et la confrontation des avis sont indispensables à la créativité du groupe.

B) L'organisation du travail de construction du référentiel d'évaluation interne

Le référentiel qualité apparaît à l'interface des relations entre les différentes parties prenantes comme *une forme de contractualisation* d'un dénominateur commun entre les personnes accueillies, l'établissement, les professionnels, la direction.

Il se décline en

– **thèmes** (domaine d'application)

1. Références (attentes, pré-requis permettant de satisfaire la délivrance d'une prestation de qualité)

1.1. Critères (moyens et éléments permettant de satisfaire la référence)

1.1.1 Indicateurs (données objectives décrivant une situation)

Le référentiel se présente sous forme de fiches organisées en tableau, chaque fiche traitant d'un thème et faisant apparaître les références et critères⁶⁴.

Le travail s'organise dans un cadre convivial, en réunions régulières d'une journée par mois pour le GPI et d'une demie journée tous les 5 mois pour le Comité de Pilotage. Entre deux séances de GPI, les équipes de chaque structure se réunissent, le correspondant leur fait remonter le travail réalisé et note leurs remarques.

Lors de chaque réunion du GPI, un dossier est remis à chacun des correspondants, comprenant les dernières réformes et une recherche documentaire sur un thème d'actualité (la maltraitance, le dossier de la personne accueillie, le secret professionnel...). Le groupe se divise ensuite en deux sous-groupes afin de travailler sur un thème, Ph.Ducalet en animant un et moi le second. Une fois les thèmes définis pour chaque groupe, chaque sous-groupe le décline en références et critères puis soumet son travail à l'autre sous-groupe qui peut apporter des corrections.

La démarche de construction demande non seulement du temps mais également la présence des correspondants lors des réunions. Il appartient à l'équipe de direction de définir les conditions permettant aux équipes de s'organiser afin de permettre aux membres des groupes d'être présents au maximum au moment des réunions. Afin de favoriser la participation et limiter les freins de cette étape, les temps de réunion sont organisés sur le temps de travail. Toute la difficulté réside alors dans la ré-organisation des équipes de chaque structure au moment des réunions du GPI ou du Comité de Pilotage : « *sur le plan purement matériel, c'est lourd à organiser* ».

⁶⁴ Voir annexe V

De plus, les équipes de chaque structure devant se réunir entre chaque réunion du GPI afin de suivre et apporter des corrections au travail réalisé par le GPI, des temps de travail doivent être dégagés et des moyens de diffusion de l'information mis en place. Ainsi, la plupart du temps, c'est lors des réunions hebdomadaires que les équipes consacrent un temps à la démarche qualité. Des panneaux d'affichage spécifiques à la démarche qualité ont été installés dans toutes les structures.

La construction de l'outil amène chacun à prendre du recul et à s'interroger sur sa pratique. Cette idée se retrouve dans les paroles notamment d'une CESF « *la démarche qualité est pour moi l'occasion de me questionner sur mon travail, de remettre en cause mes pratiques vis à vis de mes collègues et des jeunes que je rencontre. C'est nécessaire pour ne pas tomber dans une certaine routine après 20 ans d'institution* ».

A l'heure actuelle cet outil est encore en cours de construction⁶⁵. A terme il devra être soumis dans sa globalité au Comité de pilotage qui vérifiera s'il correspond bien aux valeurs et principes du CDE ainsi qu'aux textes législatifs et réglementaires en vigueur. L'équipe de direction le validera en dernier ressort.

Face à la production importante de documents, le CDE a mis en place un secrétariat qualité, chargé de répertorier l'ensemble des travaux et de créer un système de gestion documentaire.

2.2.2 La gestion documentaire : le secrétariat qualité, instance de centralisation des documents

La construction du référentiel entraîne la production de nombreux documents. Il convient alors de les organiser, les classer, les répertorier et les archiver afin qu'il y ait une certaine « traçabilité » du travail réalisé. Cela est une condition indispensable au bon déroulement de la démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité. L'absence de procédure formalisée ou l'inexistence de trace est inconcevable dans cette perspective. Ainsi, afin de mettre en place une gestion documentaire de qualité, le CDE a créé un secrétariat qualité, chargé de mettre en place un outil de classement et de recherche des documents performants. On y trouve l'ensemble des projets de service de chaque structure, livrets d'accueil, règlements de fonctionnement et les textes législatifs et réglementaires de référence, mais aussi les travaux réalisés par les instances de la démarche.

⁶⁵ Voir annexe VI

Les documents sont classés par date et en fonction de leur nature : textes législatifs et réglementaires, outils de la loi du 2 janvier 2002, comptes rendus des réunions, référentiel, documentation diverse sur des thèmes d'actualité. Ce secrétariat est ouvert en permanence et tous les personnels peuvent y accéder librement.

Chaque correspondant (du GPI et du Comité de Pilotage) s'est vu remettre lors de la première réunion, par le secrétariat qualité, un classeur à l'intérieur duquel on trouve : la liste des membres des deux instances, le livret de présentation de la démarche qualité, le calendrier, les documents des journées de formation, le guide du CNESMS, les comptes rendus de chaque réunion, des documents divers tels que les textes de lois ou des informations sur des thèmes d'actualité.

A l'issue de chaque réunion, la secrétaire en charge de la qualité rédige un compte rendu faisant le bilan du travail réalisé au cours de la séance ainsi que du travail que doivent accomplir les équipes de chaque structure pour la prochaine réunion. Ce document est envoyé par e-mail à chacun des correspondant du GPI ainsi que du Comité de Pilotage dans des délais très brefs. Ce compte rendu permet de diffuser une lecture commune du travail réalisé par le GPI.

Afin que cette gestion documentaire soit un outil de qualité, il est nécessaire qu'elle se limite aux seuls documents utiles. En effet, l'abondance de documentation peut se révéler néfaste à la démarche.

La construction du référentiel unique d'évaluation interne a été source de changement au CDE, du fait notamment qu'il est construit par des instances pluri disciplinaires et inter institutionnelles, ce qui n'avait jamais eu lieu auparavant. Comment alors le directeur peut se saisir de cet outil pour en faire un outil de management fédérateur de l'ensemble des professionne

3 Le processus de construction du référentiel d'évaluation interne, un outil de management au service du directeur pour fédérer les équipes de l'établissement

Le processus de construction du référentiel d'évaluation interne s'inscrit dans une dynamique de changement, en ce sens qu'il rassemble tous les professionnels autour de la personne accueillie. Le directeur doit selon moi utiliser ce processus comme outil de management lui permettant d'impliquer, responsabiliser, et valoriser le travail des professionnels. A terme ce nouvel outil de management va lui permettre de structurer et piloter des actions aboutissant à des changements institutionnels.

Si ce premier processus de construction du référentiel d'évaluation interne permet de fédérer les professionnels autour de la personne accueillie (3.1), il reste cependant perfectible pour les années à venir (3.2).

3.1 Les points forts en termes de management, du processus de construction du référentiel d'évaluation interne au CDE

Cette première étape de la démarche qualité, qui se concrétise par le processus de construction d'un référentiel unique d'évaluation interne, fédère les professionnels en faisant émerger un langage pouvant être utilisé indistinctement par chacune des structures (3.1.1). Ce mode de management participatif est aussi un moyen pour le directeur d'amener les équipes à se connaître et à se reconnaître (3.1.2).

3.1.1 L'émergence d'un langage commun et d'une cohésion au sein du CDE

N'ayant pas de projet global d'établissement au sein du CDE, la construction du référentiel ne pouvait se fonder sur les principes et valeurs définis dans celui-ci. Le processus de construction du référentiel est alors à mon sens une véritable opportunité pour le directeur en termes de management en ce sens qu'il va dans un premier temps faire travailler les personnels de l'établissement sur les principes et valeurs communs qui fondent leur action. La construction du référentiel vient rassembler les professionnels autour de l'usager.

De plus, en faisant le choix d'une démarche participative associant les professionnels à la construction de l'outil d'évaluation interne, la direction donne à la démarche une dimension authentique, clé du succès de la démarche qualité. Le processus de construction du référentiel d'évaluation interne va permettre aux professionnels de

s'approprier un langage commun, élément fédérateur des acteurs d'une institution en ce sens qu'il va créer une nouvelle entité professionnelle et valoriser les pratiques. En effet, ce processus s'appuie sur la notion d'organisation en tant que construit social, au sein de laquelle les règles ne sont pas seulement dictées et exprimées par le directeur mais aussi par l'ensemble des acteurs institutionnels. L'évaluation interne « *crée de la conscience du travail et du lien social* »⁶⁶. Le processus, reposant sur l'exercice d'un pouvoir réel par les participants facilite son déroulement et a une fonction d'intégration car elle développe les relations entre les acteurs. Il s'agit en fait de créer un langage commun facilitant la compréhension des valeurs respectives et l'instauration d'un dialogue. Selon une TISF membre du GPI « *la diversité des structures composant le CDE constitue un véritable enrichissement dans la construction d'un référentiel unique car elle permet de mettre en commun nos spécificités, nos modes de fonctionnement, nos pratiques professionnelles (...). Il est rassurant de constater que ces différences ne sont pas un handicap à l'élaboration d'un référentiel commun, bien au contraire, car les valeurs qui nous unissent sont communes à tous* ».

Les mots et termes employés n'ont pas le même sens d'une institution à l'autre. Dans la construction du référentiel d'évaluation interne, il est nécessaire de trouver des références communes à l'ensemble des structures, chacune les déclinant par la suite en fonction de ses particularités. Par la construction de références communes, il s'agit de faire émerger une langue commune à l'ensemble des acteurs mais aussi de dégager des valeurs et principes communs à l'ensemble des institutions composant le CDE. Par sa nature participative, le processus crée un cadre de réflexion et d'échanges où chacun peut s'impliquer et s'exprimer en toute liberté. Le Centre départemental de l'enfance se caractérise notamment par la diversité des structures qui le composent. La construction d'un référentiel unique va permettre de dégager des thèmes et références communes sur lesquels la qualité doit porter. De plus, afin de construire un outil efficace et d'harmoniser le travail, les personnels ont dû s'accorder sur un langage commun. Ainsi, par exemple, les débats ont porté dans un premier temps sur la définition de la qualité au CDE⁶⁷. Cette étape a été l'occasion de construire une définition du CDE partagée par l'ensemble des acteurs ainsi que des termes tels que « la personne accueillie, prise en charge, intégration ».

En décidant de laisser les professionnels construire leur propre outil d'évaluation, le processus étant facilité par un encadrement adapté et reconnu par la hiérarchie, l'équipe de direction laisse la place aux échanges et à la contradiction. Les membres du GPI doivent confronter leurs points de vue afin de dégager des principes communs

⁶⁶ S.Trosa, Conseil Scientifique de l'Evaluation, Dossier, Paris, 1990

⁶⁷ Voir annexe V

déclinables dans chacune des structures et à l'ensemble des professionnels. C'est la divergence des avis et les contradictions qui permettent à un groupe d'être créatif. Ainsi, par exemple l'accueil d'un enfant par un éducateur est tout aussi important que l'accueil de ce même enfant par la cuisinière, la lingère, ou la technicienne de surface. De même l'accueil au sein d'un IME est tout aussi important qu'un accueil au sein d'un ITEP ou d'un foyer de l'enfance. Cette réflexion commune va créer une synergie positive d'évolution entre l'ensemble des structures sur la base d'un enrichissement mutuel. En effet, si les objectifs sont similaires en matière d'accompagnement des personnes accueillies dans chacune des structures, les méthodes sont différentes. La rencontre des différents points de vue va être source de richesse. Les propos d'un éducateur membre du GPI illustrent très bien cette idée « *le fait de réfléchir à plusieurs voix nous a amené à entrevoir ce que faisaient les autres, et de faire le parallèle avec ce que nous faisons. Je pense que l'on a tous intérêt à ne pas rester repliés sur nous-même mais à travailler ensemble et à regarder ce qui se fait ailleurs, c'est toujours beaucoup plus enrichissant et ça permet d'évoluer* ». De même, un personnel des services généraux note l'intérêt d'un référentiel unique : « *la mise en place de la démarche qualité oblige les différentes structures à travailler ensemble, à se connaître et à échanger sur leurs pratiques professionnelles. (...) On ne pourra certainement pas obtenir des établissements identiques du fait de leurs diversités mais une dynamique commune va naître* ». Ainsi, manager la qualité, correspond selon Ph.Ducalet et M.Laforcade à « *promouvoir une culture partagée de la qualité* »⁶⁸.

Cependant il est utile pour le directeur de rappeler à chaque moment du processus que « partager, n'est pas devenir même ». Ainsi, si le référentiel sera bien le même pour l'ensemble des structures du CDE, ces dernières pourront conserver leurs particularités en les faisant apparaître dans les indicateurs de chaque thème.

Le processus de construction du référentiel d'évaluation interne par les professionnels est un outil de management fédérateur en ce sens qu'il renforce la cohésion d'équipe ainsi que le sentiment d'appartenance de chacune des structures au groupe « CDE ». En effet, en construisant des points de convergence et des valeurs communes, la cohésion et la coopération entre les acteurs s'en trouvent renforcées.

⁶⁸ Ph.Ducalet, M.Laforcade « Penser la qualité dans les institutions sanitaires, sociales et médico sociales », Seli Arslan 2002, p. 224

3.1.2 La responsabilisation et la valorisation de l'action des professionnels par leur implication dans le processus de construction du référentiel d'évaluation interne

Le processus de construction du référentiel d'évaluation interne est à mon avis un outil de management dont doit se saisir le directeur d'établissement afin de valoriser les ressources humaines et l'action des professionnels. Les outils d'évaluation n'ont de valeur à mon sens que si les équipes participent à leur élaboration. En effet, présentes quotidiennement sur le terrain, elles peuvent témoigner de leur action auprès des personnes accueillies. Le directeur a tout intérêt à prendre appui sur ces personnes afin de construire un outil proche de la réalité quotidienne. La valorisation de leur travail ne peut qu'être un outil de management positif en ce sens qu'il reconnaît l'ensemble des professionnels comme des éléments indispensables de l'institution. Les travaux de Elton Mayo⁶⁹ démontrent que l'efficacité des professionnels augmente dès que l'on s'intéresse à eux. Il appartient alors au directeur d'établissement de montrer au personnel qu'il est utile et qu'il joue un rôle non négligeable au sein de l'institution. Le processus de construction du référentiel d'évaluation interne va créer un espace d'échanges où chacun, en tant que détenteur d'une part de connaissance (et de fait d'une part de qualité), va pouvoir s'exprimer. Les acteurs se retrouvent ainsi dans une dynamique participative novatrice, puisqu'ils prennent part aux décisions de par la construction du référentiel. En permettant l'expression de la pluralité et la confrontation des points de vue et des discours, cette démarche éclaire les différents acteurs sur l'organisation de l'établissement dans lequel ils travaillent, les pratiques...

En les impliquant dans la construction du référentiel, le directeur accorde aux équipes toute sa confiance. Sans l'implication des personnels dans le processus, ce dernier se résumerait à la stricte application des textes législatifs et réglementaires en vigueur, ce qui aurait un effet dévastateur sur le fonctionnement de l'établissement et les prestations délivrées aux personnes accueillies. Selon Ph.Ducalet et M.Laforcade « *la compétence des professionnels est une ressource rare, un capital à développer et à valoriser au même titre que les investissements patrimoniaux et mobiliers. Si les murs d'un établissement de soins ou d'une maison de retraite venaient à s'écrouler, il serait toujours possible en peu de temps de construire un abri de campagne et de poursuivre la mission de l'établissement, mais s'il advenait que tous les professionnels manquent, la situation*

⁶⁹ Ph.Ducalet, M.Laforcade « Penser la qualité dans les institutions sanitaires, sociales et médico sociales », Seli Arslan 2002, p. 191

serait autrement plus difficile à traiter... »⁷⁰. La valorisation des spécificités et du savoir faire de chaque professionnel est pour l'établissement une ressource fondamentale, porteuse de connaissances et de compétences collectives. Elle permet au travers des confrontations et observations des pratiques de nourrir le référentiel et de concourir à l'amélioration de la qualité.

Le processus de construction vient aussi responsabiliser les différents acteurs : les personnes accueillies qui doivent pouvoir comprendre ce qui est fait pour et avec elles mais aussi les professionnels. Le processus de construction du référentiel d'évaluation interne permet aux professionnels de passer d'une logique « d'exécution » à une logique « d'engagement » en ce sens que la bonne marche de l'établissement ne provient pas uniquement d'une application sans faille par les acteurs des règles fixées par la direction, mais bien d'une prise d'initiatives de leur part restant canalisée dans des politiques et dans des règles. Ainsi, les personnels décident, s'engagent et mobilisent leurs idées pour contribuer à une réflexion générale au sein de l'établissement. Le dialogue favorisant le décloisonnement et l'appropriation du dispositif engendre une responsabilisation des personnels quel que soit leur niveau dans la hiérarchie.

Au CDE cette responsabilisation s'est traduite par l'inscription spontanée et volontaire des 2/3 des professionnels aux journées de formation sur la démarche qualité mais aussi par leur participation active et régulière à la construction du référentiel. La qualité de cet outil d'évaluation interne dépendra de leur degré d'implication dans sa construction.

Il faut noter que lorsque l'on donne la parole aux acteurs, ils ont envie de s'exprimer. Leurs remarques sont pertinentes, et permettent de construire le référentiel. En même temps, cette participation a un rôle pédagogique en ce sens qu'elle va permettre à toutes les catégories de personnel d'être écoutées et de participer aux décisions. Cette démarche permet à chacun de s'exprimer avec ses mots.

De même, ce management participatif est un moyen pour le directeur de valoriser et responsabiliser les équipes sur le travail qu'elles effectuent. En effet, la construction du référentiel va être l'occasion pour les professionnels, selon Ph. Ducalet et M.Laforcade, de « ré interroger les évidences » et de faire un « arrêt sur image » sur les pratiques. Ainsi, *« la recherche de la qualité donne à l'institution une opportunité rare : celle de ré interroger les évidences qui, trop souvent tiennent lieu de postulat à l'action sanitaire et sociale et nous bercent dans l'illusion inconsciente que la clé se trouve toujours sous la lumière du réverbère »⁷¹*

⁷⁰ Ph.Ducalet, M.Laforcade « Penser la qualité dans les institutions sanitaires, sociales et médico sociales », Seli Arslan 2002, p. 208

⁷¹ Ph.Ducalet, M.Laforcade « Penser la qualité dans les institutions sanitaires, sociales et médico sociales », Seli Arslan 2002, p.84

F.Mispelblom⁷² reprend les travaux de M.Crozier et E.Friedberg selon lesquels « *les salariés sont des acteurs ayant chacun une marge de manœuvre et des stratégies plus ou moins personnelles. (...) Une entreprise ne fonctionne jamais selon les représentations officielles que sa direction ou son schéma organisationnel s'en font. (...) Pour élaborer des stratégies en connaissance de cause, mieux vaut donc savoir comment elle fonctionne réellement* ». Ainsi, le directeur a tout intérêt à impliquer les professionnels dans le processus de construction afin d'avoir une vision réelle de ce qui se fait sur le terrain.

3.2 Propositions concrètes pour améliorer le processus de construction du référentiel d'évaluation interne au CDE

La démarche qualité est une notion nouvelle au CDE. Le processus de construction de l'outil d'évaluation interne a été saisi par le directeur en tant qu'outil de management en ce sens que comme je l'ai développé plus haut il permet aux équipes de travailler ensemble et de créer une véritable dynamique au sein du CDE. Cependant, dans la perspective des prochaines évaluations, certains points du processus de construction du référentiel pourront être améliorés. En effet, le processus tel qu'il est mené décloisonne partiellement les services et structures (3.2.1) et n'intègre pas suffisamment les usagers (3.2.2). De plus, le maintien de la dynamique qui s'est dégagée au début a tendance à s'essouffler (3.2.3).

3.2.1 D'un décloisonnement interne partiel à un décloisonnement total

L'un des principaux apports du processus de construction d'un référentiel unique pour l'ensemble des structures composant le CDE, est le décloisonnement en interne qu'il engendre. Ce dernier, favorisé par le dialogue, est tourné vers un objectif : offrir des prestations de qualité aux personnes accueillies. Au cours des réunions, les membres du GPI et du Comité de Pilotage apprennent à se connaître et à travailler ensemble, chacun découvrant alors les fonctions de l'autre, méconnues jusqu'alors. Ils partagent des réflexions et des échanges alors qu'ils ne se connaissent pas. Ce décloisonnement s'accompagne d'une meilleure connaissance des autres structures et de leur place au sein de l'établissement (populations accueillies, prestations délivrées...) ainsi que d'une

⁷² F ;Mispelblom « Au-dela de la qualité, démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur. », Syros 1995, p.49

collaboration avec la direction qui participe elle aussi à l'élaboration du référentiel. Cette idée de décloisonnement est perçue comme un point fort de la démarche dans laquelle s'est engagé le CDE : « *le processus a pour mérite de mettre ensemble et au travail des gens qui en poste au CDE depuis parfois des années, ne s'étaient jamais rencontrés ni a fortiori parlés. Ils se découvrent des idées communes, des préoccupations semblables, parfois des intérêts divergents. Ils apprennent à se connaître, étape nécessaire pour qu'ils se reconnaissent, voire se respectent* » note un cadre socio éducatif faisant partie du GPI. Là où le processus de construction du référentiel d'évaluation interne a amené le plus de changements, c'est au niveau de la communication avec les autres secteurs : qui fait quoi ? comment ? où ? avec qui ?.

Pour que ce décloisonnement puisse effectivement se réaliser, il est essentiel que le directeur en charge de la qualité crée un climat alliant rigueur, confiance et convivialité lors des réunions. La confiance repose sur la place accordée à chacun. Ainsi, le directeur veille à ce que la parole d'un personnel d'entretien ait la même valeur que celle d'un médecin ou d'un chef de service membres du GPI. Chacun doit pouvoir exprimer son point de vue sans avoir peur du jugement des autres. De plus, des moments de pause sont prévus au cours de la journée ainsi que la prise des repas en commun. Cela permet alors aux membres des instances de pouvoir partager des moments conviviaux dans un cadre adapté.

Cependant on peut regretter que ce décloisonnement ne soit que partiel. En effet, seuls se rencontrent les membres d'une même instance. Ainsi, les équipes des différentes structures ne se côtoient pas plus qu'avant. Seules les journées de formation leur ont permis de se rencontrer autour d'un objectif commun : la démarche qualité. Il pourrait alors être opportun pour le directeur de mettre en place des temps de rencontre réguliers au cours desquels il réunirait tous les professionnels du CDE afin de faire un point sur l'avancée des travaux et où il pourrait répondre aux interrogations des équipes. Ces temps seraient organisés dans un cadre convivial. Cela serait alors l'occasion de recréer la dynamique CDE qui avait vu le jour lors des journées de sensibilisation et de formation et de favoriser les rencontres et échanges inter institutionnels. De plus le directeur pourrait se saisir de cette obligation légale d'évaluation interne pour amener l'ensemble des professionnels à suivre en commun des formations sur des thèmes d'actualités tels que la maltraitance ou le dossier de l'utilisateur. Ces formations se dérouleraient sur plusieurs jours, par petits groupes constitués de façon inter institutionnelle et inter professionnelle afin de faciliter les échanges et les rencontres. Là encore la convivialité et la confiance sont les maîtres mots d'un décloisonnement réussi et s'inscrivant dans la durée.

3.2.2 Créer et maintenir une motivation de l'ensemble des personnels par la qualité de la communication

Pour que le processus de construction du référentiel soit pleinement efficace, il faut que les acteurs acceptent d'entrer dans une logique réflexive, d'approche critique et d'interrogation vis à vis de leurs pratiques. Il est alors nécessaire dès le départ que le directeur d'établissement motive l'ensemble des professionnels à la démarche et à ses enjeux. C'est le but des journées de sensibilisation et de formation développées plus haut. Ces journées vont permettre au directeur d'expliquer l'intérêt qu'une telle démarche peut avoir en termes de changement et d'amélioration de la prise en charge des usagers et des conditions de travail ainsi que d'apporter des réponses aux résistances qui peuvent voir le jour et les dépasser (manque de temps, inutilité de la démarche, peur de la formalisation excessive...). Or il est difficile de maintenir cette motivation sur le long terme. Ainsi, si la motivation des personnels peut être forte au lancement du processus de construction, il faut cependant faire attention à la lassitude et à la démotivation qui peut petit à petit gagner les équipes : non seulement les membres du GPI et du Comité de pilotage mais surtout les groupes de travail de chaque structure. En effet, ces derniers, à la différence des membres du GPI et du Comité de pilotage, ne bénéficient pas de l'effet groupe et découverte des autres professionnels. C'est d'ailleurs ce qu'ont relevé certains membres du GPI qui parlent de « *fatigue et démotivation* » des groupes de travail. Si certains personnels se sont sentis motivés et intéressés par la démarche lors de son lancement aujourd'hui ces mêmes personnels font état de leur démotivation car « *ils ne se sentent pas concernés* ». C'est le cas notamment des chauffeurs et des personnels des services techniques qui ne voient pas qu'elle est leur place lorsque l'on élabore le référentiel sur l'accueil ou sur la sortie... Or, il va sans dire que les personnels de service, la veilleuse de nuit ou les chauffeurs occupent une place toute aussi importante dans l'accueil d'un enfant que l'éducateur ou le chef de service. Il appartient alors au directeur ainsi qu'à l'animateur de veiller à ce que chacun participe réellement quelle que soit sa profession et à ce que le vocabulaire employé ne soit pas trop technique ou éducatif mais compréhensible par tous. Cela permet d'éviter les erreurs d'interprétation. Chacun des personnels doit se sentir considéré dans sa profession et dans la place qu'il occupe au sein de l'institution.

De plus, il est essentiel de maintenir une dynamique qui repose sur des faits et une recherche constante d'amélioration basée sur la réflexion et l'échange. La démarche doit aboutir rapidement à des résultats perceptibles par l'ensemble des acteurs. Le retour sur investissement doit être rapide. Si les premiers effets positifs se sont fait ressentir rapidement par les membres du GPI et du Comité de Pilotage, ne serait ce qu'en terme de connaissance des autres membres des autres structures (ainsi, si lors des premières

réunions, les membres du GPI restaient au moment des repas avec les personnes qu'ils connaissaient, ils ont au fur et à mesure des rencontres réuni toutes leurs tables afin de pouvoir partager ensemble un moment de convivialité), il n'en va pas de même pour les groupes de travail constitués au sein de chaque structure. C'est là toute la place du directeur qui doit rendre explicites et lisibles les résultats dès que possible afin que la motivation des personnels perdure. De plus, la démarche doit être limitée dans le temps car une démarche trop longue peut être démotivante. Il appartient alors au directeur de veiller à ce que le calendrier prenne en compte les contraintes des structures (ainsi, il serait inopportun de prévoir une réunion du GPI en fin d'année scolaire alors que les équipes de l'IME et des ITEP par exemple sont surchargées de travail dans la mesure où elles préparent la rentrée du mois de septembre) et à ce qu'il soit respecté par l'ensemble des parties (prestataire extérieur, membres des instances de construction, équipe de direction). Le calendrier doit être arrêté suffisamment tôt afin de permettre à chaque service de s'organiser. Afin de maintenir la motivation des personnels le directeur doit s'efforcer d'instaurer une communication permanente, par le biais d'une note dans un journal interne à la structure s'il existe ou dans une note d'information diffusée à l'ensemble du personnel rappelant les objectifs de la démarche, l'importance de la participation collective à la construction du référentiel, et faisant un bilan sur l'avancée des travaux.

Pour que cette communication soit pleinement efficace, le directeur doit disposer d'outils spécifiques garantissant la transparence et favorisant le jeu du dialogue et de la concertation.

3.2.3 Le renforcement de la place de l'utilisateur au sein du processus de construction du référentiel.

Depuis la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, les usagers sont de véritables « acteurs » au sein de l'institution, titulaires de droits. Selon J.F.Bauduret et M.Jaeger⁷³, « *l'utilisateur objet de droits est convié par le législateur à devenir usager sujet de droit* ». En effet, depuis ces dernières années l'utilisateur est entièrement reconnu dans sa capacité à exprimer ses besoins et attentes de façon singulière.

Selon l'article 2 de cette loi « *l'action sociale et médico sociale (...) repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux* ». Cette évaluation se situe selon moi dans une démarche de « construction de

⁷³ Selon J.F.Bauduret et M.Jaeger « *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoires d'une refondation* », Paris : Dunod, 2002, p.104

sens » bien plus que comme une simple méthode d'observation du réel et de déduction. En effet, elle implique un questionnement sur le sens de l'action. Le processus de construction du référentiel d'évaluation interne et de façon plus large la démarche qualité au sein des établissements sociaux et médico sociaux consistent à s'interroger sur l'expression des besoins des usagers et l'ajustement des réponses qui peuvent leurs être apportées par l'institution conformément aux principes et valeurs contenus dans le projet d'établissement. L'évaluation interne doit porter sur les besoins et attentes propres à chacune des personnes accueillies au sein de l'établissement. Par « besoin » il faut entendre un manque, un écart, une différence ou une difficulté. C'est un état de nécessité conscient ou non dont la satisfaction ne dépend pas toujours de l'individu qui le porte. Les attentes correspondent à un besoin attendu mais non exprimé par un sujet.

La participation des personnes accueillies au processus de construction du référentiel est bien entendu indispensable. Selon Ph.Ducalet et M.Laforcade « *le pire des référentiels est celui qui est uniquement construit par les professionnels d'un établissement, car il encourt le risque de l'auto-référentialité, de l'auto légitimation et de l'occultation des thèmes qui troubleraient trop l'homéostasie locale* »⁷⁴. Ainsi, les personnes accueillies doivent être placées « aux côtés » des professionnels, en ce sens qu'elles partagent des intérêts communs mais aussi des différences de point de vue. Afin que le référentiel soit bien un outil d'évaluation efficace, complet et cohérent, personnes accueillies et professionnels doivent travailler en complémentarité, gage d'efficacité du référentiel. Or, le CDE prend en charge des populations avec des problématiques très différentes les unes des autres : enfants et adultes handicapés mentaux, enfants en danger, enfants avec troubles du comportement...En fonction de leur âge, de leurs difficultés, de la durée de prise en charge au sein de l'établissement les personnes accueillies ne sont pas toujours en capacité d'exprimer leurs besoins et attentes qui peuvent se révéler totalement irréalistes aux vues des contraintes auxquelles est soumis l'établissement (contraintes financières, budgétaires, matérielles, humaines...). Au CDE le choix a été fait d'associer les usagers au processus de construction du référentiel d'évaluation interne par le biais du Conseil de la Vie Sociale, chargé de représenter l'ensembles des personnes accueillies dans les différentes institutions du CDE. Ainsi, ce sont deux membres du Conseil de la Vie Sociale qui participent à la construction du référentiel. Or, on peut regretter que ces derniers n'aient été intégrés dans le processus que dans le cadre du Comité de Pilotage. En effet, le référentiel est rédigé par le GPI suite aux travaux réalisés par les groupes de travail constitués au sein de chaque structure, le Comité de Pilotage étant une instance de vérification. Par conséquent les besoins et

⁷⁴ Ph.Ducalet, M.Laforcade « Penser la qualité dans les institutions sanitaires, sociales et médico sociales », Seli Arslan 2002, p.69

attentes des usagers exprimés au GPI relèvent des observations des professionnels, ces dernières étant sujettes à interprétation. On aurait alors pu envisager d'associer les membres du Conseil de la Vie Sociale au sein du GPI pour les thèmes les concernant le plus (par exemple l'accueil, la sortie, la communication...). Ils pourraient faire part de leurs attentes, de leurs besoins, des dysfonctionnement qu'ils ont pu relever...De même, l'évaluation des besoins et attentes des usagers pourrait passer par la diffusion de questionnaires simples avec des questions fermées ou l'utilisation de pictogrammes permettant aux personnes les plus dépendantes de s'exprimer pleinement. Ces questionnaires porteraient sur les thèmes dégagés par le GPI (l'accueil, la sortie, l'accompagnement...). Une autre proposition serait d'insérer dans le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge un cadre dans lequel la personne accueillie pourrait dès son admission faire part de ses attentes, demandes et besoins.

Conclusion

« *Le changement entraîne le changement* »

Machiavel⁷⁵

La démarche qualité dans laquelle doivent s'engager les établissements sociaux et médico sociaux depuis la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 s'inscrit dans une dynamique de changement. Elle amène le directeur d'établissement à adopter une méthodologie d'audit qui lui donne une vision stratégique lui permettant alors : d'avoir une capacité d'initiative, d'engager les décisions et de vérifier leur pertinence, efficacité et efficience. De plus, cette démarche nous invite à nous interroger sur nos pratiques. L'utilisation de la démarche qualité et plus précisément du processus de construction du référentiel d'évaluation interne doit être appréhendé par le directeur d'établissement comme un outil de management lui permettant de regrouper et fédérer l'ensemble des acteurs institutionnels dans l'intérêt de la personne accueillie. En effet, ce processus vient garantir et impulser l'implication et la responsabilisation des professionnels, ainsi qu'une véritable dynamique de changement.

Le cheminement vers la qualité devient alors une démarche éthique et déontologique, reposant sur la mise en commun et l'appropriation de valeurs fondamentales, références de notre pratique professionnelle. Cependant, cet outil de management engage l'établissement et ses acteurs sur le long terme, ce qui implique un fort engagement de la part de la direction, et ce afin de maintenir la motivation des équipes dans le processus.

A l'heure de la rédaction de ce mémoire, le référentiel d'évaluation interne du Centre Départemental de l'Enfance en est encore à sa phase de construction. Cependant, depuis son lancement, une véritable dynamique de groupe et de changement a vu le jour. La plupart des contraintes et réticences identifiées au lancement de la démarche ont été en partie dépassées. Les professionnels ont pu mieux appréhender le fonctionnement de l'établissement et mettre en valeur leurs pratiques professionnelles. Cette idée est d'ailleurs exprimée par un personnel des services généraux : « *un référentiel unique au CDE va obliger les établissements qui ont une organisation et une histoire propre, à trouver quels sont leurs points communs afin de construire un référentiel qui soit le plus générique possible* ». Ainsi, au-delà de l'obligation, c'est finalement une chance pour l'établissement et une opportunité de progrès à saisir.

⁷⁵ Machiavel N.(1469-1527), penseur italien de la Renaissance

Il semble alors opportun pour le directeur de profiter de cette dynamique pour amener les équipes à rédiger dans un futur proche le projet global d'établissement « du » CDE, en reprenant la même démarche de pluri disciplinarité et pluri institutionnalité et en privilégiant le service rendu à l'utilisateur en fonction de ses besoins et attentes. Ph.Ducalet et M.Laforcade notent « *que les deux processus (construction du référentiel et projet d'établissement) font appel à la même dynamique du changement et peuvent se renforcer mutuellement. Leur articulation amène des gains de temps et d'énergie* »⁷⁶. Ainsi, ce projet reprendrait l'idée selon laquelle ce n'est plus la personne accueillie qui doit épouser les règles de l'établissement, mais une équipe de professionnels qui se met à son service en lui proposant des prestations adaptées à sa situation.

En tout état de cause le processus de construction du référentiel d'évaluation interne a suscité l'envie chez les professionnels de se rencontrer « *il va falloir tirer profit de ce mélange d'actions et du travail réalisé. Il faudrait faire en sorte que les personnels continuent à se côtoyer et que les échanges continuent à exister. La construction du référentiel m'a permis de ne pas juger trop vite le travail fait sur les autres structures, mais de comprendre le pourquoi de leur action* ».

⁷⁶ Ph.Ducalet, M.Laforcade « Penser la qualité dans les institutions sanitaires, sociales et médico sociales », Seli Arslan 2002, p.230

Bibliographie

Textes réglementaires et législatifs

- **Loi n°75-534 du 30 juin 1975** d'orientation en faveur des personnes handicapées (notamment article 30). Journal Officiel de la République Française, n°151 du 1^{er} juillet 1975, page 6596.
- **Loi n°75-535 du 30 juin 1975** relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal Officiel de la République Française, n°151 du 1^{er} juillet 1975.
- **Circulaire 60 AS du 8 décembre 1978** définit les objectifs du CAT. Journal Officiel de la République Française du 16 janvier 1979.
- **Décret n°89-798 du 27 octobre 1989** remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 avril 1956 modifié (...). Bulletin Officiel, n° 45 du 14 décembre 1989.
- **Loi n°91-748 du 31 juillet 1991** portant réforme de l'hospitalisation. Journal Officiel de la République Française, n°179 du 2 août 1991.
- **Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel de la République Française, n° 98 du 25 avril 1996 page 6324.
- **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel de la République Française, n° 2 du 3 janvier 2002 page 124
- **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la République Française, n° 54 du 5 mars 2002 page 4118
- **Décret 2003-1134 du 26 novembre 2003** relatif au Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico Sociale. Journal Officiel de la République Française, n° 276 du 29 novembre 2003 page 20403
- **Décret 2007-324 du 8 mars 2007** portant diverses dispositions relatives à l'Agence Nationale de l'Evaluation de la Qualité de établissements sociaux et médico-sociaux. Journal Officiel de la République Française, n° 59 du 10 mars 2007 page 4602
- **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. Journal Officiel de la République Française, n° 113 du 16 mai 2007 page 9373
- **Code de l'action sociale et des familles.**

Ouvrages

- ABDUL MALAK-ERTLE L., BRIZAI M., GALLAIS A-M. et al. La qualité dans les Établissements et services sociaux et médico-sociaux : outils et management. Module Interprofessionnel de santé publique : ENSP, Rennes, 2002. 36 p.
- CHARLEUX F., GUAQUERE D. Evaluation et qualité en action sociale et médico sociale : ESF Editeur, 2006, 283 p.
- DAQUIN B. La démarche qualité en IME, outil d'évolution et de changement. Mémoire CAFDES option enfance : Rennes, 2002. 77 p.
- DUCALET P., LAFORCADE M. Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Paris : éditions Seli Arslan, 2002. 272 p.
- JOINING J-L. Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médicosociaux. Paris : ESF éditeurs, 1998. 139 p.
- MAGUEREZ G. L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Rennes : éditions ENSP, 2005. 114 p.
- MAGNONI A. Initier une démarche d'évaluation dans un établissement social public, Une approche pragmatique et contextualisée de la qualité. Mémoire directeur D'établissement social et médico-social : ENSP, 1999. 67 p.
- MEYER V. Ethique et mémoire, des préalables à l'évaluation et à la démarche qualité en travail social. Bordeaux : Les études hospitalières Editions, 2006. 184 p.
- MIRAMON J.M. Manager le changement dans l'action sociale. Rennes : éditions ENSP, 1996. 99 p.
- MISPELBLOM F. Au-delà de la qualité, Démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur. Paris : éditions SYROS 1995. 253 p.

Revue et périodiques

- BAZIN A., BRIAND S., GERBAUD L. Perception de la qualité dans le secteur sanitaire et impact sur la démarche qualité. Cahier sociologique de démographie médicale, janvier – mars 2001, n°1, pp. 29-45.
- CORBET C., GRECO J., VOLKMAR C. Méthode d'évaluation interne à l'usage des Institutions sociales et médico-sociales : un guide pour des interventions de qualité. Le nouveau Mascaret, 4ème trimestre 1999, n°58, pp. 38-46.
- GOULEY C. Évaluation de la qualité, ÉVA, référentiel d'évaluation externe de la qualité des EHPAD. Revue hospitalière de France, septembre – octobre 2002, n°488, pp. 36-39.
- JAEGER M. Loi du 2 janvier 2002 : entre le juste et le bien, la fin et les moyens.

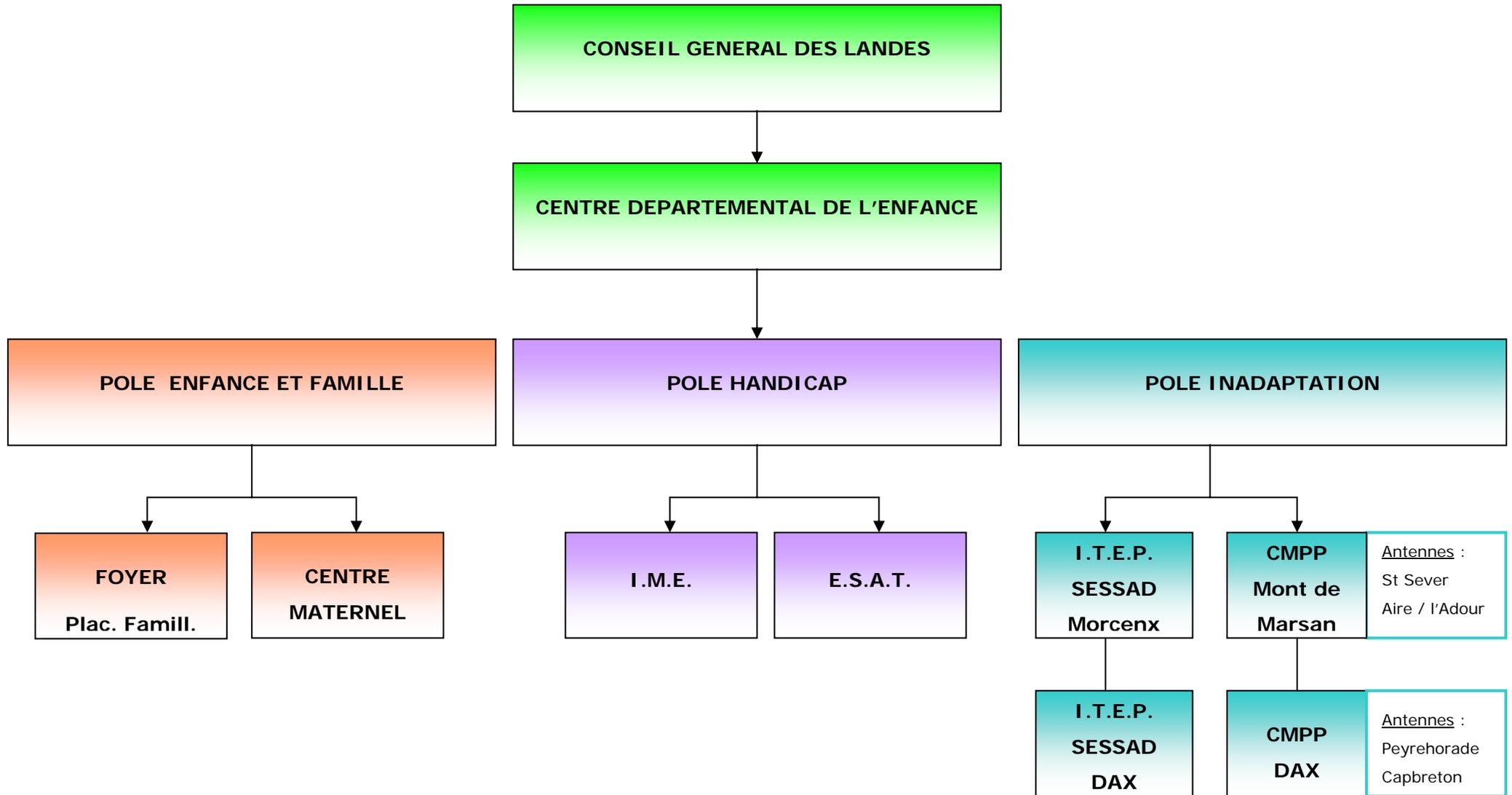
Actualités Sociales Hebdomadaires, 6 décembre 2002, n°2288, pp. 35-36.

- JOING J-L, LAFORCADE M. et al. Dossier : la démarche qualité. Les cahiers de l'Actif, septembre-octobre 1997, n°256-257, 158 p.
- LALLEMAND D. Les enjeux de l'évaluation. Actualités Sociales Hebdomadaires, 24 mai 2002, n°2264, pp. 31-32.
- LOUBAT J-R. Le social doit-il avoir peur de l'évaluation ? Lien social, 11 mars 1999, n°477, pp. 4-7.
- LOUBAT J-R. Démarche qualité : enjeux et paradoxes. Gestions hospitalières, octobre 2002, pp. 639-644.
- MECHKA M. Commencer par évaluer... l'évaluation ! Lien social, 7 février 2002, n°608, pp. 12-13.
- MENDIBOURE J-P. Les préoccupations de la qualité dans le secteur médico-social, Le nouveau mascaret, 4ème trimestre 1999, n°58, pp. 2-6.
- MICHELITZ G. Évaluation de la qualité, la charte des valeurs du comité scientifique du GEPSO. Revue hospitalière de France, septembre – octobre 2002, n°488, pp. 40-41.
- TREMINTIN J. L'évaluation : contrôle ou recherche de sens ? Lien social, 11 mars 1999, n°477, pp. 8-9.t
- TREMINTIN J. A quand des normes de qualité pour le travail social et éducatif ? Lien social, 4 mai 2000, n°530

Liste des annexes

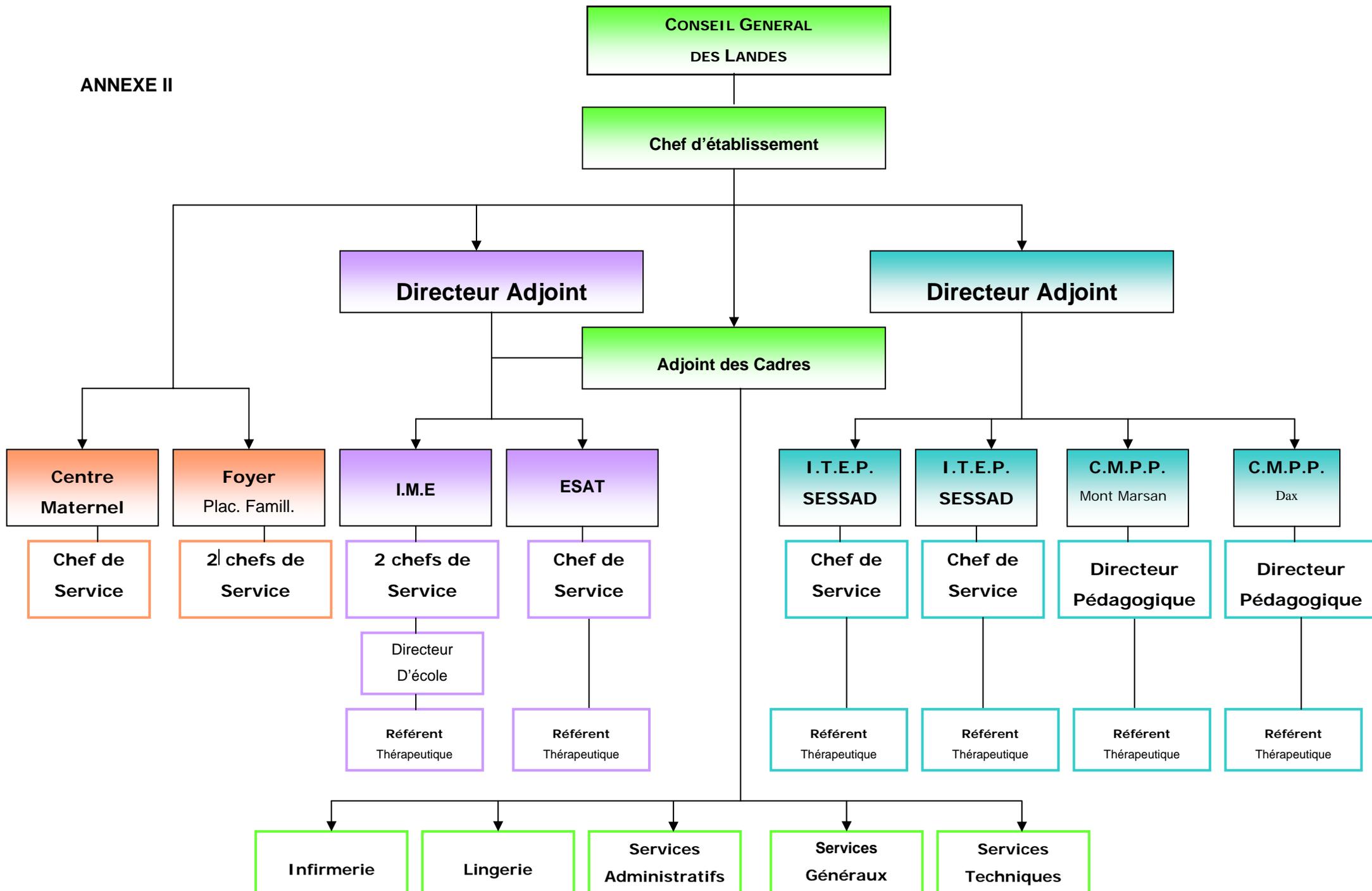
- ANNEXE I Organigramme synthétique du Centre Départemental de l'Enfance des Landes
- ANNEXE II Organigramme détaillé du Centre Départemental de l'Enfance des Landes
- ANNEXE III Calendrier de la démarche d'évaluation interne au Centre Départemental de l'Enfance des Landes
- ANNEXE IV Architecture des comptes-rendu à l'issue d'une réunion du GPI
- ANNEXE V Définition par le GPI de la qualité au CDE
- ANNEXE VI Extraits du référentiel d'évaluation interne du Centre Départemental de l'Enfance des Landes **en date du mois de juin 2007**
- ANNEXE VII Questionnaire diffusé aux membres du GPI

Centre Départemental de l'Enfance



CENTRE DEPARTEMENTAL DE L'ENFANCE

ANNEXE II



ANNEXE III

**CALENDRIER DE CO-CONSTRUCTION
DU REFERENTIEL D'EVALUATION INTERNE
AU CDE DES LANDES**

Objet	Date	Intervenant
Conférence	27 novembre 2006	Ph.Ducalet et E.Fiat
Place de l'utilisateur dans l'institution	14 décembre 2006 Groupe 1 15 décembre 2006 Groupe 2 11 janvier 2007 Groupe 3	F.Noé
Les enjeux, le sens et les méthodes de l'évaluation	21 décembre 2006 Groupe 1 22 décembre 2006 Groupe 2 12 janvier 2007 Groupe 3	Ph.Ducalet
Sensibilisation du groupe de pilotage	15 février 2007	Ph.Ducalet et F.Noé
Co-construction du référentiel	26 janvier 2007 16 février 2007 16 mars 2007 27 avril 2007 25 mai 2007 15 juin 2007 6 juillet 2007 7 septembre 2007 28 septembre 2007	Ph.Ducalet

ANNEXE IV



REUNION DU GPI EN DATE DU

- Présentée par Philippe DUCALET -

PRESENTS :

EXCUSES :

PREAMBULE :

THEMES ABORDES :

LE TRAVAIL DE GROUPE

PREMIER TRAVAIL :

SECOND TRAVAIL :

TROISIEME TRAVAIL :

Pour la prochaine réunion qui se tiendra le ...

TRAVAIL A REALISER :

ANNEXE V

Définition par le GPI de la qualité au CDE

Le Centre Départemental de l'Enfance est composé d'établissements et de services sociaux et médico sociaux, sous l'égide du Conseil Général des Landes. Il est animé par les valeurs du service public : laïcité, égalité de traitement, continuité et accessibilité.

Son action vise à la protection, au mieux-être et à l'intégration de la personne accueillie dans son environnement.

Agir pour la qualité au CDE, c'est :

- Considérer la personne accueillie dans sa singularité, sujet de sa vie et de son avenir, acteur dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de son projet personnalisé, en tenant compte de ses capacités, de son développement, de ses demandes, de ses besoins et des attentes de sa famille
- Lui proposer un accueil, des soins et un accompagnement socio éducatif et pédagogique adapté à sa situation, ses compétences et son projet
- Contribuer à son évolution harmonieuse et sa meilleure insertion sociale et professionnelle dans son environnement, dans le respect de son intégrité physique et psychique, de sa dignité, de son intimité et de ses droits

La qualité et son évaluation s'appuient sur la compétence et l'implication de professionnels régulièrement formés, reconnus et respectés dans leurs fonctions oeuvrant en pertinence et cohérence au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

ANNEXE VI

L'ACCUEIL ET L'ADMISSION

L'ACCUEIL ET L'ADMISSION	
REF. AA1	Le processus d'accueil et d'admission est organisé
AA1-1	La procédure d'accueil et d'admission est formalisée et connue de tous
AA1-2	Les personnels en contact avec les personnes accueillies sont sensibilisés et formalisés à la qualité de l'accueil
AA1-3	Dès le premier contact un courrier est adressé à la personne accueillie, auquel est joint une plaquette d'information et un plan d'accès
AA1-4	Les différentes étapes sont clairement repérées et explicitées à la personne accueillie
AA1-5	Un lieu d'accueil identifié et adapté existe dans chaque structure
REF. AA2	L'établissement ou le service adopte, pour la personne accueillie et sa famille, une posture d'écoute adaptée, bienveillante et empreinte d'hospitalité
AA2-1	Les conditions matérielles de l'accueil sont adaptées
AA2-2	Les personnels sont présentés et identifiés
AA2-3	Les personnes qui accueillent sont disponibles
AA2-4	Le contenu des échanges est accessible et compréhensible
AA2-5	L'échange est attentif à l'expression des attentes, des inquiétudes et des questionnements de la personne accueillie
REF. AA3	DES LE PREMIER CONTACT, L'ETABLISSEMENT OU LE SERVICE, CREE LES CONDITIONS D'UNE RELATION DE CONFIANCE ET DE COOPERATION AVEC LA PERSONNE ACCUEILLIE ET SA FAMILLE
AA3-1	Dès l'admission, le livret d'accueil ainsi que les documents annexes (charte et règlement de fonctionnement) sont remis et commentés
AA3-2	Une visite des locaux est organisée
AA3-3	Une présentation du fonctionnement quotidien dans l'établissement permet à la personne accueillie et sa famille de se familiariser avec les lieux, les temps et les personnes
AA3-4	Un référent est identifié dès que possible
AA3-5	Des rencontres régulières sont proposées à la personne accueillie et sa famille
AA3-6	La personne accueillie et sa famille sont respectées et considérées dans leur humanité et leur singularité

LA SORTIE

LA SORTIE	
REF. S1	La sortie (fin de prise en charge) est préparée dès le premier jour
S1-1	Dès l'accueil, la perspective de la sortie est abordée avec la personne accueillie et ses représentants légaux
S1-2	Des bilans réguliers sont organisés pour apprécier l'évolution de la situation au regard du projet individualisé
S1-3	L'établissement propose actions et des expériences nécessaires au développement des compétences

REF. S2	Le processus de sortie est organisé
S2-1	La procédure de sortie est formalisée et connue de tous
S2-2	Une proposition d'orientation est élaborée et transmise à l'instance décisionnaire
S2-3	La personne accueillie et/ou ses représentants légaux sont associés à l'élaboration de cette proposition
S2-4	Si nécessaire, des contacts sont pris avec les partenaires extérieurs pour organiser la sortie

REF. S3	La sortie est accompagnée
S3-1	A réception (ou connaissance) de la notification de la décision, la personne accueillie et sa famille sont soutenues et accompagnées dans leurs démarches.
S3-2	Afin de favoriser la continuité de l'accompagnement, une rencontre de présentation est organisée avec l'établissement ou le service accueillant
S3-3	Un temps d'adaptation et/ou des actions sont prévus pour faciliter l'intégration de la personne dans son nouveau cadre de vie.
S3-4	Toute sortie imprévue fait l'objet d'une action adaptée
S3-5	Un bilan de fin de prise en charge est organisé avec la personne accueillie et ses représentants légaux

REF. S4	Conformément à l'obligation réglementaire la structure suit le devenir de la personne accueillie
S4-1	Lors de la sortie la personne accueillie est informée des possibilités de reprendre contact avec l'établissement en cas de besoin
S4-2	Un premier contact après la sortie est pris à l'initiative du service dans un délai de 3 mois
S4-3	Les demandes formulées par la personne accueillie sont prises en compte, traitées ou transmises aux services compétents.

DROIT, INFORMATION, EXPRESSION ET PARTICIPATION DE LA PERSONNE ACCUEILLIE ET DE SES REPRESENTANTS	
REF. DIE1	Dès son arrivée et tout au long de son parcours, la personne accueillie et ses représentants légaux reçoivent des informations qui les concernent
DIE1-1	Le livret d'accueil et ses annexes sont remis dès l'admission
DIE1-2	Les informations relatives à la vie collective sont commentées
DIE1-3	Le contrat de séjour (ou des déclinaisons spécifiques à préciser localement) est remis dans les 15 jours
DIE1-4	Les informations transmises sont claires et compréhensibles
REF. DIE2	Des espaces d'expression individuelle ou collective repérés sont proposés à la personne accueillie
DIE2-1	A tout moment la personne accueillie et ses représentants légaux peuvent librement solliciter une rencontre avec tous les intervenants, dans le respect des règles de fonctionnement de chaque service
DIE2-2	Des espaces d'expression et d'échanges sont proposés à la personne accueillie
DIE2-3	Des enquêtes de satisfaction peuvent être proposées à la personne accueillie et ses représentants légaux, sous la responsabilité de l'équipe de direction.
DIE2-4	Les résultats de l'enquête sont communicables aux participants et au Conseil de la Vie Sociale
REF. DIE3	Des espaces de participation de la personne accueillie et de ses représentants légaux sont mis en place, soutenus et valorisés
DIE3-1	Le Conseil de la Vie Sociale se réunit régulièrement
DIE3-2	Les personnes accueillies et leurs représentants légaux sont associés aux évolutions de leur cadre de vie

LE DOSSIER DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Le Dossier de la Personne accueillie	
REF. DPA 1	Un dossier est constitué pour chaque personne accueillie
DPA1-1	La forme et l'organisation du dossier sont connues des personnels destinés à y accéder
DPA1-2	Les pièces du dossier sont datées, signées, authentifiées et paginées
DPA1-3	Le dossier est actualisé régulièrement
DPA1-4	Le tenu du dossier est régulièrement vérifiée
DPA1-5	Tous les documents en provenance de tiers figurent distinctement dans le dossier
REF. DPA2	L'établissement garantit la confidentialité du dossier de la personne accueillie
DPA2-1	Le dossier est rangé dans un lieu spécifique, à l'accès restreint respectant la confidentialité et la sécurité
DPA2-2	La circulation du dossier dans le service est réglementée
DPA2-3	Figurent dans le dossier les éléments nécessaires et utiles au déroulement de la prise en charge de la personne accueillie
DPA2-4	Le dossier est unique
DPA2-5	L'établissement a une obligation de discrétion et de confidentialité dans toute communication intra et inter-institutionnelle
DPA2-6	Les règles du secret professionnel sont connues et appliquées par les professionnels
REF. DPA3	L'accès au dossier est organisé
DPA3-1	Les modalités d'accès au dossier sont définies et connues de la personne accueillie
DPA3-2	Les modalités d'accès au dossier par les professionnels sont définies et connues
DPA3-3	A la fin de la prise en charge, les dossiers sont archivés dans un lieu repéré et sécurisé
DPA3-4	Le dossier est archivé selon les dispositions légales

LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT	
REF. PA1	L'établissement propose à chaque personne accueillie un accompagnement personnalisé
PA1-1	La période d'observation permet d'évaluer les besoins et de recueillir les attentes de la personne accueillie et de sa famille
PA1-1	Une évaluation des besoins est réalisée durant une période d'observation définie
PA1-2	Les attentes de la personne accueillie et de sa famille sont recueillies
PA1-3	Les singularités (caractéristiques et limites de la personne accueillie)

REF. PA2	Un projet individuel est formalisé et régulièrement actualisé
PA2-1	Une réunion pluridisciplinaire permet d'identifier des axes de travail, des objectifs prioritaires et des moyens adaptés
PA2-2	Les objectifs et moyens identifiés s'inscrivent dans le contrat de séjour ou DIPC
PA2-3	L'écrit est rédigé en termes compréhensibles
PA2-1	Des évaluations et bilans sont, si nécessaire, régulièrement effectués
PA2-2	L'établissement ou le service met en place des réunions pluridisciplinaires régulières d'actualisation
PA2-3	Le projet peut également être réajusté en vue de l'évolution de la personne accueillie, de sa demande ou celle de sa famille et/ou de l'équipe professionnelle

REF. PA3	L'établissement garantit la cohérence de l'accompagnement
PA3-1	Un référent favorise (répond de) la continuité et la cohérence de l'accompagnement
PA3-2	L'établissement définit les fonctions et attributions du référent
PA3-3	Des réunions pluridisciplinaires régulières permettant d'analyser l'évolution des interventions engagées afin d'ajuster au mieux les réponses mises en place

REF. PA4	La personne accueillie et sa famille participent à toutes les étapes de l'accompagnement
PA4-1	Des rencontres régulières sont mises en place avec la personne accueillie et les représentants légaux
PA4-2	L'établissement ou le service informe régulièrement la personne accueillie et les représentants légaux
PA4-3	la personne accueillie et les représentants légaux sont associés à l'évaluation du projet

LE PROJET D'ETABLISSEMENT

LE PROJET D'ETABLISSEMENT	
REF. PE1	Le contenu du projet d'établissement est formalisé et connu de tous
PE1-1	Les valeurs et missions de l'établissement sont définies
PE1-2	Les ressources et moyens sont identifiés
PE1-3	Les modalités d'organisation et de fonctionnement sont formalisées
PE1-4	Les objectifs des différents services sont précisés
PE1-5	Le projet d'établissement tient compte des contraintes et ressources de son territoire
PE1-6	Le projet d'établissement précise les modalités d'évaluation interne des prestations et de la qualité des services
PE1-7	Le projet d'établissement précise les modalités de coopération et de partenariat
PE1-8	Le projet d'établissement précise les perspectives de développement et leurs principes de planification

REF. PE2	Le projet d'établissement tient compte de l'évolution des politiques publiques et de la législation
PE2-1	Une veille réglementaire continue est effectuée
PE2-2	La responsabilité de cette veille est identifiée
PE2-3	Le projet est actualisé autant que nécessaire

REF. PE3	Le projet d'établissement tient compte des besoins et des attentes de l'usager et de leurs évolutions
PE3-1	L'établissement se dote d'un observatoire interne des publics accueillis
PE3-2	Le projet d'établissement identifie les publics accueillis et l'évolution de leurs profils
PE3-3	Régulièrement l'établissement recense les besoins et attentes des personnes accueillies
PE3-4	Le projet d'établissement est soumis pour avis au CVS (ou autre forme de participation)

REF. PE4	Le projet d'établissement se définit en cohérence avec le projet du CDE
PE4-1	Le projet d'établissement présente le CDE, son histoire, ses valeurs, ses missions et son projet
PE4-2	Le projet d'établissement tient compte des orientations du CDE
PE4-3	Le projet d'établissement est validé par l'équipe de Direction en lien avec les instances et organismes concernés (CVS, Commission de Surveillance...)

REF. PE5	Le projet d'établissement associe l'ensemble des professionnels
PE5-1	L'ensemble des professionnels est informé des modalités d'élaboration du projet d'établissement
PE5-2	L'élaboration et l'écriture du projet associent l'ensemble des professionnels
PE5-3	Le projet est rédigé en termes clairs et intelligibles
PE5-4	Des groupes de travail pluridisciplinaires sont constitués
PE5-5	Le projet d'établissement est communiqué à chaque professionnel

REF. PE6	Le projet d'établissement favorise la complémentarité, la cohérence et la continuité des interventions
PE6-1	Le projet d'établissement explicite les pratiques spécifiques à chaque secteur d'activité et/ou métier
PE6-2	Le projet d'établissement explicite les principes de coordination et de collaboration interne
PE6-3	Le projet d'établissement explicite les modalités de régulation des interventions

REF. PE7	Le projet d'établissement est évalué régulièrement
PE7-1	Tous les 5 ans au moins, l'établissement procède à l'évaluation de la mise en œuvre de son projet
PE7-2	L'évaluation permet de réactualiser et d'amender le contenu du projet
PE7-3	Les modalités de mise en œuvre du projet d'établissement sont réajustées en conséquence

REFERENTIEL RESSOURCES HUMAINES

RESSOURCES HUMAINES	
REF.RH1	Le centre a mis en place une politique d'orientation de gestion des ressources humaines
RH1-1	L'organisation générale du CDE, de ses établissements et services est définie, écrite, actualisée et connue de tous
RH1-2	Une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétence est élaborée
RH1-3	La continuité du service public est un engagement assuré par le CDE
RH1-4	Les fiches de poste sont élaborées et déterminent les missions et responsabilités de chacun
RH1-5	Projet d 'établissement, projet de chaque structure ou service

REF.RH2	Le recrutement et l'accueil des nouveaux personnels sont organisés
RH2-1	Le recrutement est réalisé par le CDE en fonction des besoins analysés
RH2-2	La publicité des postes vacants et de recrutement sont effectués en interne puis en externe selon les modalités légales
RH2-3	Le projet institutionnel, le règlement intérieur et les fiches de poste sont portés à la connaissance des personnels nouvellement recrutés (également de stagiaires)
RH2-4	Un dossier administratif est constitué pour chaque membre du personnel dans les conditions fixant les modalités de sa consultation et assurant la confidentialité des informations
RH2-5	Les nouveaux salariés sont accueillis par le chef de service et l'équipe, et un livret d'accueil leur est remis (nature et portée de l'établissement, instances de fonctionnement, droits et devoirs des fonctionnaires hospitaliers, consignes de sécurité, œuvres sociales, formation)

REF.RH3	Un processus de formation permanente est élaboré et mis en œuvre
RH3-1	Le plan de formation permanente du personnel est en adéquation avec les besoins du CDE et des projets de service
RH3-2	Le plan de formation contribue au développement des compétences des personnels
RH3-3	Les actions de formation sont élaborées au niveau collectif et individuel

REF.RH4	Une évaluation du personnel est conduite régulièrement
RH4-1	Les conditions de l'entretien sont adaptées
RH4-2	Chacun est capable d'expliquer les objectifs de son activité
RH4-3	Chacun peut expliquer comment il contribue aux résultats de l'établissement
RH4-4	Un appréciation synthétique du travail réalisé fait l'objet d'un écrit annuel dans le cadre réglementaire

REF.RH5	La prévention des risques pour le personnel est assurée
RH5-1	Le CDE met en place les mesures préventives liées aux risques de l'activité et au burn out, notamment celles qui sont obligatoires
RH5-2	Le CDE définit les conduites à tenir lors de la survenue des principaux risques
RH5-3	Des protocoles cadres sur les risques sont diffusés aux personnes concernées
RH5-4	Chaque personnel bénéficie d'une visite annuelle à la médecine du travail
RH5-5	Le CTE et le CHSCT sont régulièrement consultés en matière d'hygiène et de sécurité
RH5-6	Les locaux sont régulièrement entretenus et mis en sécurité

REF.RH6	Une politique d'accueil des stagiaires est définie
RH6-1	Un livret d'accueil est remis au stagiaire lors de son arrivée
RH6-2	Les tuteurs référents sont identifiés
RH6-3	Des points entre le stagiaire et le maître de stage sont faits régulièrement
RH6-4	Un bilan de stage est organisé entre le maître de stage et le stagiaire
RH6-5	Le stagiaire fait l'objet d'un accueil, d'un encadrement et d'un suivi

REF.RH7	Une politique de prévention de l'usure professionnelle et de la qualité de vie au travail est mise en place
RH7-1	Une communication interne favorisant les échanges avec les autres professionnels et la Direction est assurée
RH7-2	L'activité des personnels est organisée afin de répartir la charge de travail en fonction des disponibilités et compétences de chacun
RH7-3	Les équipes bénéficient d'un suivi leur assurant autonomie technique, contrôle et soutien
RH7-4	Tous les 3 ans, un audit de climat social est réalisé par un organisme extérieur
RH7-5	Les modes de régulation des difficultés sont organisés à partir de la pratique des équipes de terrain

REF.RH8	Une politique de dialogue sociale est mise en place
RH8-1	Un calendrier et des espaces de rencontres sont définis entre la Direction et les instances représentatives du personnel afin de promouvoir et faciliter le dialogue social
RH8-2	La Direction organise régulièrement des rencontres avec les organisations syndicales représentatives du personnel
RH8-3	Les instances paritaires (CTE, CAP, CHSCT...) sont consultées régulièrement par la Direction
RH8-4	La Direction et les organisations syndicales respectent les accords conclus avec les organisations syndicales et les valorise

ANNEXE VII

Questionnaire

1. pourriez vous vous présenter en quelques lignes ?
 - le poste que vous occupez au CDE ?
 - depuis combien de temps travaillez vous au CDE ?
 - Votre fonction dans la Démarche qualité ?

2. Comment définiriez-vous le Centre Départemental de l'Enfance des Landes ?

3. Comment définiriez-vous votre rôle en tant que correspondant au GPI

4. Qu'elle était votre vision initiale de la démarche qualité au moment de sa mise en place ? et maintenant ?

5. Que va selon vous apporter l'élaboration d'un référentiel unique pour l'évaluation interne au CDE ?