



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2010 - 2011**

Date du Jury : **décembre 2011**

**L'inscription de l'évaluation interne
d'un service médico-social dans une
démarche globale d'amélioration
continue de la qualité**

L'exemple de l'IME « Le Chant du Loup », Canteleu, Seine Maritime

Stéphanie PANCHOUT

Remerciements

Je tiens à remercier :

- en premier lieu mon tuteur de stage, monsieur DE PATUREAUX, Directeur du service de l'IME Le Chant du Loup de Canteleu en Seine Maritime au sein de l'IDFHI pour son accueil pendant huit mois, pour ses conseils sur le métier de directeur, son écoute et sa disponibilité quotidienne. La confiance qu'il m'a témoignée et les échanges que nous avons eus m'ont permis d'affirmer mon positionnement de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.
- Mme DEGENETAIS, cadre supérieure socio-éducative du service faisant fonction de directrice adjointe pour son écoute, son expertise sur la dimension éducative au service des enfants et son aide sur de nombreux dossiers.
- L'ensemble du personnel de l'IME, en particulier les membres de l'équipe de direction qui ont souhaité me faire partager leur expérience et qui m'ont été d'une grande aide dans mon travail. Merci donc à l'ensemble du service pour le temps et la confiance qu'ils m'ont accordés pour que je puisse mener à bien mes missions.
- Le Directeur Général Mr CHARASSIER, le Directeur de Pôle Mr BELLIN, l'ensemble des Directeurs de service pour leur accueil dans l'IDFHI mais également la responsable de la cellule qualité, recherche et développement, Mme BASSOT pour le partage de ses compétences en matière de qualité et d'évaluation interne.
- Les usagers de l'IME qui m'ont donné l'envie de travailler dans ce domaine
- Toutes les personnes qui m'ont soutenue dans l'accomplissement de ce travail

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 La démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations : mise en place progressive dans le secteur médico-social	3
1.1 Concepts et notions de la démarche qualité et l'évaluation du service rendu et l'influence du secteur industriel	3
1.1.1 Définition des concepts de base.....	3
1.1.2 L'influence des concepts du secteur industriel	5
1.2 L'appropriation de concepts qualité par le secteur publique : l'évaluation des politiques publiques	8
1.3 Une injonction faite au secteur médico-social et les outils mobilisables.....	9
1.3.1 Les obligations législatives et la temporalité des évaluations	9
1.3.2 L'impact de l'obligation légale dans la pratique des établissements : un démarrage difficile	11
1.3.3 La méthodologie et les objectifs de l'évaluation interne	12
1.3.4 L'interdépendance entre évaluation et démarche qualité.....	15
1.3.5 Le lien fondamental entre la démarche d'amélioration continue de la qualité et le projet d'établissement.....	16
1.4 Le parallèle avec le secteur sanitaire : évaluation et accréditation.....	17
2 Les problématiques soulevées autour de la recherche de la qualité à l'IDEFHI et à l'IME « le Chant du Loup »	21
2.1 La mise en place d'une organisation tournée vers la recherche de la qualité du service rendu à l'utilisateur : un système perfectible.....	21
2.1.1 La nomination d'une personne responsable de la qualité : la nécessité de faire le lien avec les réalités de terrain.....	22
2.1.2 Les référents qualité et la commission technique : des outils en réflexion ..	23
2.1.3 Les différentes commissions IDEFHI / IME et la redescende d'informations vers les équipes de terrain	25
2.2 De l'auto évaluation au plan d'action de l'IME : les bases d'une démarche à impulser.....	26
2.2.1 L'absence d'un référentiel qualité	27
2.2.2 Le déroulement de l'auto évaluation : la participation des personnels à enrichir par celle des usagers.....	28
2.2.3 Le résultat de l'auto évaluation : le plan d'action contractualisé par service à rendre effectif	29

2.3	Du plan d'action à la démarche d'amélioration continue de la qualité : une réflexion à mener sur le passage obligatoire de l'action ponctuelle à l'inscription dans le quotidien des équipes :	30
2.3.1	Les moyens déployés en matière de démarche qualité : état des lieux et perspectives d'évolution.....	30
2.3.2	Des « a priori » difficiles à surmonter	34
3	La démarche d'amélioration continue de la qualité à l'IME Le Chant du Loup et l'IDEFHI : pistes de travail essentielles pour développer la démarche	39
3.1	Réinterroger les outils et méthodologies utilisés	39
3.1.1	Construire des outils mobilisables et efficaces favorisant la participation de tous les agents	39
3.1.2	Interroger en permanence le service rendu à l'enfant	43
3.2	Utiliser la démarche comme outil de mise en valeur des prestations délivrées par l'IME	47
3.2.1	Mettre en valeur et renouveler les pratiques professionnelles.....	47
3.2.2	Se positionner sur un territoire grâce à une lisibilité accrue du service rendu	50
3.3	Mobiliser l'ensemble des acteurs du parcours de l'enfant :	52
3.3.1	Mobiliser l'ensemble du personnel autour de la démarche.....	52
3.3.2	Situer l'utilisateur dans la démarche : l'obligation de placer sa satisfaction au cœur des actions	55
	Conclusion.....	57
	Bibliographie.....	59
	Liste des annexes.....	I

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

AFNOR	L'Association Française de Normalisation
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
ANESM	Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-sociale
ARS	Agence Régionale de Santé
CDE	Centre départemental de l'Enfance
CNESMS	Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
HSCT	Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IDEFHI	Institut départemental de l'Enfance, de la Famille et du Handicap pour l'Insertion
IME	Institut Médico-Educatif
ISO	International Standardization Organisation (organisation internationale de normalisation)
PERICLES	Participation à l'Evaluation Référencée et Interne, Conforme à la Loi, des Etablissements et Services
PPI	Projet Personnalisé Individualisé
SESSAD	Education Spécialisée et de Soins A Domicile

« Le fait est que les qualités, toutes les qualités, réclament une constante vigilance, un esprit critique jamais en défaut, un travail continu de l'intelligence et du cœur ».
Francesco Alberoni Professeur de sociologie italien

INTRODUCTION

Depuis 2008, l'Institut départemental de l'Enfance, de la Famille et du Handicap pour l'Insertion à Canteleu (Seine Maritime) au travers de ces services dont l'Institut Médico Educatif le Chant du Loup au sein duquel j'ai effectué mon stage, s'est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité du service rendu aux usagers. Ce long processus a été amorcé par la mise en place de l'évaluation interne, rendue obligatoire par la loi 2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. D'abord instaurée dans le secteur industriel, l'idée de la recherche de la qualité du service rendu aux bénéficiaires d'une prestation a émergé progressivement dans notre société, jusqu'à toucher tous les secteurs, dont celui du sanitaire, du social et du médico-social. Dans la directe ligne de l'objectif du législateur de replacer l'utilisateur au cœur de sa prise en charge, la démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité oblige les établissements à se questionner et à se diriger vers la recherche d'une adéquation entre les besoins de l'utilisateur et les prestations qu'il lui offre.

Ainsi, l'IDEFHI a choisi de réaliser l'évaluation interne (appelée également auto-évaluation) des prestations de ses services, y compris celles de l'IME comme amorce de la démarche qualité. Le passage de l'auto évaluation, qui permet de dresser un bilan sur les prestations et de définir les axes d'amélioration possibles à un moment donné, à une véritable démarche globale d'amélioration de la qualité sur le long terme doit donc être préparé et réalisé. Le directeur d'établissement a ainsi sous sa responsabilité cette démarche, il se doit d'insuffler ce mouvement auprès de ses équipes mais aussi de le faire vivre afin qu'il puisse s'inscrire dans les pratiques quotidiennes des professionnels. Néanmoins, dans la pratique, la mise en œuvre de cette démarche auprès des professionnels semble parfois complexe et peut amener à des réticences de la part de certains. Il appartient alors au directeur d'établissement de trouver le meilleur angle pour aborder et impulser le mouvement d'amélioration continue de la qualité auprès de tous mais aussi d'analyser les problèmes que cela peut soulever. Il doit en effet réussir à mobiliser tout son personnel autour d'un objectif fondamental : la satisfaction de l'utilisateur par la mise en place de prestations qui répondent de la façon la plus efficiente et pertinente à ses besoins clairement identifiés en amont.

Lors de mon arrivée en stage à l'IME Le Chant du Loup, l'évaluation interne était réalisée et une organisation autour de la notion de qualité était en construction. Néanmoins, il semblait difficile de dépasser cette étape et aboutir à une réelle démarche d'amélioration continue de la qualité comme le préconise l'ANESM. J'ai ainsi pu réfléchir sur les suites à donner au plan d'action qui a été réalisé à partir des résultats de cette évaluation afin d'inscrire la démarche qualité dans la continuité et dans les pratiques professionnelles. J'ai contribué par exemple à l'organisation du premier bilan intermédiaire du plan d'action et à la réécriture du projet d'établissement. J'ai également eu l'occasion de participer à l'enquête de satisfaction auprès des usagers qui est un élément essentiel de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Afin de rendre efficiente la démarche sur le long terme, toutes les problématiques et réticences rencontrées ont du être repérées et analysées pour être surmontées.

Ainsi, la question centrale de mon étude est « pourquoi est-il complexe de passer de l'évaluation interne du service en réponse à une obligation légale à une démarche d'amélioration continue de la qualité au service de l'utilisateur ? »

Afin de répondre à cette problématique, j'ai tout d'abord pris le **temps de l'observation** du quotidien de l'établissement pour comprendre son fonctionnement, sa culture, son organisation et les logiques mises en œuvre en matière de qualité à l'IME et plus largement à l'IDEFHI. Parallèlement, je me suis attelée à réaliser une **recherche documentaire** approfondie au sujet de la qualité, de façon élargie puis restreinte au secteur médico-social. Celle-ci a été étayée par les documents internes mis à ma disposition qui concernaient la démarche qualité. Par la suite, des **discussions informelles, des entretiens et des réunions** avec les professionnels m'ont permis d'approfondir mon analyse de la situation. De plus, ma participation aux réflexions de l'équipe de direction et à la construction d'outils m'a permis de mener à bien mon analyse et de dégager des pistes de travail.

Ainsi, dans un premier temps, il me semble essentiel de faire un point sur les obligations qui incombent aux établissements médico-sociaux en matière de démarche qualité et les concepts alors mobilisables (I). Dans un second temps, une analyse des outils mobilisés et de l'organisation mise en place à l'IDEFHI dans tous ses services et en particulier à l'IME en matière d'amélioration de la qualité doit être faite pour comprendre l'approche et la mise en œuvre de cette démarche. Il apparaît alors essentiel de repérer les difficultés que celle-ci a pu rencontrer afin de les comprendre (II). Enfin, à partir des difficultés rencontrées et des problématiques soulevées, des pistes de travail sur les actions à mettre en œuvre pour les surmonter pourront alors être déclinées (III).

1 La démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations : mise en place progressive dans le secteur médico-social

Les démarches autour de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité du service rendu par une entité prennent une place croissante dans tous les secteurs où une relation avec un usager ou un client existe. La recherche de la « qualité » apparaît alors comme l'objectif de nombreuses organisations et des systèmes complets de management ont été construits autour de ce but. Le secteur sanitaire puis le médico-social ont été progressivement concernés par ce mouvement.

Il me semble alors nécessaire de définir dans cette première partie les concepts de base utilisés et de faire un point sur la législation et les références théoriques mobilisables en général et dans le secteur médico-social. Ces explications paraissent indispensables pour comprendre l'esprit qui a animé les actions entreprises au sein de l'IDEFHI et de l'IME en matière de qualité des prestations et d'évaluation interne.

1.1 Concepts et notions de la démarche qualité et l'évaluation du service rendu et l'influence du secteur industriel

Il semble fondamental, avant même de s'interroger sur la recherche de la qualité dans le secteur du médico-social, de définir les concepts de base utilisés dans une telle démarche.

1.1.1 Définitions des notions de base

A) Comment peut-on définir la qualité ?

La qualité au sens premier est « l'aspect, la manière de quelque chose, l'ensemble des modalités sous lesquelles les choses se présentent » mais aussi « chacun des aspects positifs de quelque chose qu'il correspond au mieux à ce qu'on en attend »¹. Ainsi, la qualité d'un sujet apparaît comme sa composition même mais également comme l'ensemble des éléments positifs recherchés dans celui-ci. Cette première notion paraît alors difficile à appréhender et subjective car chacun d'entre nous peut se représenter différemment les aspects qui sont ou peuvent améliorer la qualité de quelque chose. Néanmoins, il semble évident que la définition de la qualité dans toute chose s'inscrit

¹ Définition du dictionnaire LAROUSSE de la qualité

dans un mouvement et n'est pas un élément figé de celle-ci. En effet, elle évolue en fonction des attendus de celui qui la recherche et des exigences contextuelles qui s'imposent. Par exemple, la pertinence, l'efficacité, l'efficience ou la rentabilité d'un processus ou d'une action peuvent être divers indicateurs de qualité visés. Afin de rationaliser la recherche de la qualité d'un produit ou d'une prestation, des normes et des critères ont dû être définis afin de la rendre « évaluable » afin de pouvoir ensuite l'améliorer.

L'expression « démarche qualité » est utilisée lorsque des processus sont mis en œuvre pour implanter un système vers la notion de « qualité ». Elle peut alors s'appliquer à tous les secteurs, publics ou privés et concerner tous les leviers d'action (stratégie, ressources humaines, gestion des ressources, logistiques par exemple) qui contribuent dans une organisation à la réalisation d'un objectif, comme la fourniture d'une prestation ou la fabrication d'un produit. De plus, lorsque la démarche qualité s'inscrit dans une permanence, l'expression « démarche d'amélioration continue de la qualité » est utilisée.

B) Evaluation interne / évaluation externe

Il semble nécessaire de développer la notion d'évaluation afin de comprendre les logiques mises en place au sein des établissements médico-sociaux à ce sujet, en particulier celles existantes au sein de l'IDEFHI et de l'IME. L'évaluation de quelque chose peut se définir comme le fait de déterminer sa valeur.

Il ne faut pas la confondre avec un audit qui consiste à vérifier une situation par rapport à une grille préétablie, réalisé par des experts extérieurs. Lors de l'évaluation interne, les acteurs déterminent eux-mêmes les critères d'évaluation afin de calculer les marges de progrès existantes. Evaluer peut se définir comme « définir un objet ou des domaines d'évaluation, mesurer et confronter, expliquer et agir pour apporter les ajustements à l'action »².

C) Qualité et évaluation

« Démarche qualité » et « évaluation » sont deux notions étroitement liées mais qui sont à distinguer. La première revêt un caractère continu alors que la seconde présente une dimension plus ponctuelle. L'évaluation consiste à apprécier de façon la plus objective possible les faits et les comparer à des attentes définies dans un référentiel préétabli et partagé par les personnes évaluées. Elle peut être réalisée par les acteurs

² Définition donnée dans l'article les fondements de l'évaluation interne, les cahiers de l'action, n°366/367

eux même (on parle alors d'auto évaluation ou d'évaluation interne) ou par un tiers extérieur, tels que des pairs ou des organismes spécifiques (dans ce cas, il s'agit d'évaluation dite externe). En revanche, la démarche qualité permet à une organisation d'engager un processus sur une longue durée afin de conforter ses points forts et de réduire ses points faibles, dans un but d'amélioration continue du service rendu au client ou à l'utilisateur. Néanmoins, l'objectif de l'évaluation est d'évaluer les écarts entre les résultats et les buts fixés dans un référentiel. Elle permet de mettre en place par la suite des actions correctives dont la mise en œuvre de façon pérenne les inscrit dans la démarche qualité. Les deux notions ont en effet comme objectif de cerner et réduire les écarts entre une qualité constatée et celle recherchée.

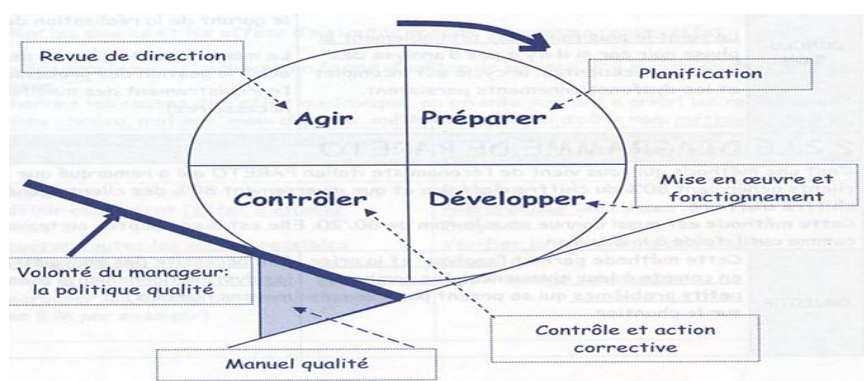
Le secteur industriel fut alors le premier à établir des critères de recherche de la qualité et des processus d'évaluation de celle-ci.

1.1.2 L'influence des concepts du secteur industriel

A) L'émergence de la recherche de la qualité dans le secteur industriel

Les démarches qualité ont émergé dans le secteur industriel dès le début du XX^{ème} siècle. Vers 1900, les entreprises industrielles se développent, le système de production passe de l'artisanat à l'industrie. Ainsi, la production des produits augmente mais leur qualité est inférieure à celle des produits artisanaux. Lorsque la demande devient alors inférieure à la production, les entreprises ont dû s'organiser pour améliorer la qualité des produits proposés afin de répondre au mieux aux exigences de leurs clients.

Le schéma le plus couramment utilisé dans ce domaine est la roue de DEMING³ qui représente un outil de suivi et d'amélioration de la qualité d'un produit ou une prestation, applicable dans tous les domaines d'activités.

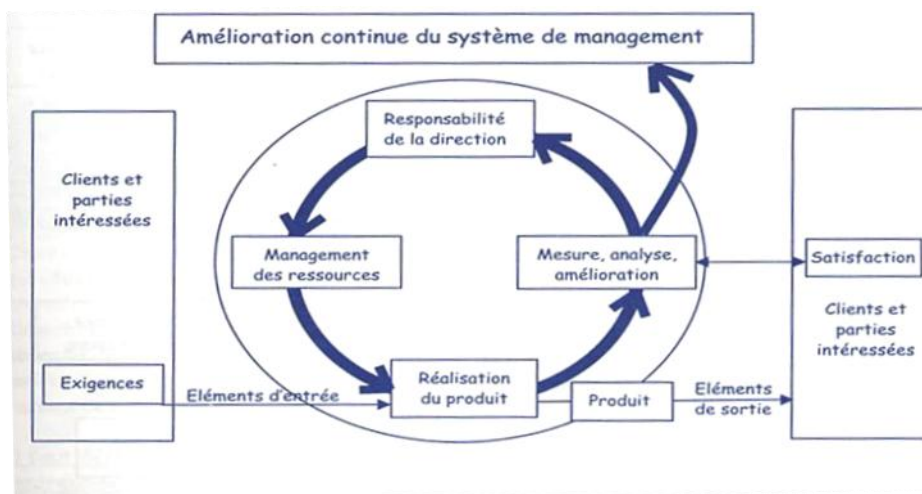


³ Dr W.E DEMING (1900 – 1993) : spécialiste américain des statistiques qui a construit la roue qui porte son nom

⁴ Schéma extrait de l'ouvrage mémo-tech Qualité, Sécurité et Environnement dans le bâtiment et les Travaux Publics de B.Chotard aux éditions Casteilla

L'Association Française de Normalisation (AFNOR) créée en 1926 et l'International Standardization Organisation (ISO) née en 1947 regroupant un réseau d'instituts de normalisation de 147 pays assurent la coordination nationale et internationale de la production des normes techniques. La démarche qualité progresse alors aux Etats Unis puis en Europe dans les années 70. Les entreprises s'orientent vers l'assurance qualité⁵, puis vers l'amélioration continue de la qualité et enfin le Total Quality Management⁶ dans les années 90 sur la base des normes ISO 9000 qui traitent du management de la qualité. Selon ces dernières, la qualité est « l'aptitude d'ensemble des caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences ». On entend alors par exigence un besoin ou une attente, exprimé ou implicite.

Le schéma ci dessous représente le processus de management de la qualité mis en œuvre au travers des normes ISO 9000 et est mobilisable dans tous les secteurs d'activités. On retrouvera d'ailleurs par la suite ces concepts de base dans le secteur médico-social avec des adaptations.



7

⁵ Assurance qualité : « partie du management qualité visant à donner confiance en ce que les exigences de la qualité seront satisfaites » norme ISO 9000. Il s'agit alors en fonction des objectifs de prévoir comment l'on va faire de façon conforme à ce qui est prévu et attendu

⁶ Total Quality Management (TQM) est une démarche de la gestion de la qualité dont l'objectif est l'obtention d'une très large mobilisation et implication de toute l'entreprise pour parvenir à une qualité parfaite en réduisant au maximum les gaspillages et en améliorant au maximum les produits finis

⁷ Schéma extrait de l'ouvrage mémotech Qualité, Sécurité et Environnement dans le bâtiment et les Travaux Publics de B.Chotard aux éditions Casteilla

B) Adaptation au secteur : distinction usager / client

Ainsi, les définitions et les méthodes utilisées dans le secteur industriel vont influencer le secteur médico-social lors de la mise en place des évaluations de la qualité et de démarche d'amélioration continue de celle-ci. Par exemple, Jean René Loubat dans son ouvrage La démarche qualité en action sociale et médico-sociale propose un référentiel qualité à partir de termes utilisés dans le secteur industriel. Il reprend un triptyque fondamental dans toutes organisations tournées vers la qualité. Il s'agit des concepts de produit, de la relation client et le processus. Le produit désigne les prestations proposées par l'organisation, la relation client indique les relations entre l'organisation et les bénéficiaires des prestations et le processus regroupe l'ensemble des modes d'organisation et d'utilisation des ressources humaines et matérielles qui permettent la réalisation et la réception du produit.

Néanmoins, une différence fondamentale existe entre un système privé où l'objectif est de délivrer des prestations à un client dans un souci de rentabilité et celui public dont l'objet est d'accompagner des usagers en raison d'un handicap. Une relation particulière est créée entre l'utilisateur et l'établissement qui le prend en charge, très souvent sur une durée longue. Les notions de « care » (soin) et de « bienveillance » des personnes sont des fondamentaux dans le secteur médico-social, en particulier dans les établissements du secteur public. Même si les préoccupations financières sont importantes aussi dans ces établissements, la notion de rentabilité ne peut pas être utilisée. De plus, la relation pécuniaire entre l'utilisateur et la structure est souvent particulière car son financement est supporté par l'ensemble de la société pour tout ou partie. Ainsi, l'utilisateur ne peut pas être totalement assimilé au « client » d'une industrie.

Les prestations délivrées dans ces établissements, dont celles de l'IME, sont particulières. Elles ont un but qui est d'amener l'utilisateur vers l'autonomie et l'intégration sociale la plus large possible mais sont adaptées à chacun en fonction de ses capacités et de ses volontés. La dimension humaine dans le travail des professionnels est donc capitale. A partir de cela, il semble évident que les paramètres d'évaluation en majorité quantifiables dans le secteur industriel autour d'un produit ou d'un service commercialisé seront moins évidents à définir dans le secteur médico-social où l'utilisateur est un acteur entier dans les effets qualitatifs ou non de la prestation sur lui-même.

1.2 L'appropriation de concepts qualité par le secteur public : l'évaluation des politiques publiques

La recherche de la qualité d'un processus et son évaluation vont progressivement concerner aussi le secteur public qui, dans l'intérêt général, fournit des prestations à des usagers, sur de pays comme le Québec. Même si la notion de recherche de bénéfices pécuniaires n'est pas au cœur de la démarche à contrario de celle instaurée dans le secteur marchand, il semble nécessaire d'évaluer l'impact des politiques mises en œuvre sur les besoins des usagers de façon quantitative mais surtout qualitative.

Dans un premier temps, entre 1968 et 1984, l'évaluation dans le processus de décision publique a été initiée par le système dit de la rationalisation des choix budgétaires. Après la création en 1984 d'un office parlementaire des choix scientifiques et technologiques ayant pour mission d'éclairer le parlement dans certains domaines comme l'énergie, Michel Rocard, alors premier ministre, fait de l'évaluation un des grands axes de la rénovation du secteur public en 1988⁸. Le décret du premier ministre du 22 janvier 1990 stipule « évaluer une politique, c'est rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus et d'atteindre les objectifs fixés ». La même année, le premier processus d'évaluation d'un nouveau dispositif public, le revenu minimum d'insertion, est créé. De plus, dès 1988, les directives européennes rendent obligatoire l'évaluation des politiques publiques et le décret n°90-92 du 22 janvier 1990 organise un dispositif d'évaluation avec la création d'un Conseil scientifique et de financements appropriés. Ce dispositif est rénové en 1998 et se trouve complété par les objectifs assignés à la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1^{er} août 2001. Ce dispositif législatif qui encadre le budget de l'Etat, intègre la définition des objectifs et l'évaluation des résultats et des performances des politiques publiques. Ainsi, l'appréciation de l'efficacité d'une politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre se généralise dans tous les domaines de l'action publique. La qualité de la politique publique mise en œuvre découlera de l'évaluation qui sera alors faite de son efficacité et cela permettra ensuite de définir de nouvelles orientations comme la poursuite, l'amélioration ou l'abandon du dispositif, sur le modèle même de la roue de Deming.

Les démarches d'évaluation des politiques marquent les prémices d'une nouvelle approche dans le secteur public, celles ci vont alors progressivement s'imposer au

⁸ Dans le cadre de la politique de « renouveau du service public » décidée par le gouvernement de Michel Rocard, le thème de l'évaluation est relancé avec la rédaction d'un rapport par Patrick Viveret « l'évaluation des politiques et des actions publiques »

secteur sanitaire puis au médico-social. Le guide du CNESMS de septembre 2006 sur l'évaluation interne retient d'ailleurs la définition du Conseil scientifique de l'évaluation « l'évaluation a pour finalité de contribuer à l'élaboration d'un jugement de valeur, de préparer une décision, d'améliorer pratiquement la mise en œuvre d'une politique de fonctionnement d'un service »⁹. Cependant, le guide rappelle cependant qu'il est préférable de parler de « jugement sur la valeur » que de « jugement de valeur ».

1.3 Une injonction faite au secteur médico-social et les outils mobilisables

Sur la base des concepts précédemment définis, la qualité dans le secteur médico-social peut alors être interprétée comme la synthèse entre les besoins des usagers ou clients tels qu'ils les expriment par eux même ou par leurs représentants, ceux que les professionnels estiment prioritaires, ceux que le droit impose et enfin ceux que l'environnement recommande. L'évaluation des activités et de la qualité des prestations ainsi que la mise en place de démarches d'amélioration continue sont devenues obligatoires pour tous les établissements et constituent un des enjeux prioritaires du secteur médico-social pour les années à venir.

1.3.1 Les obligations législatives et la temporalité des évaluations

La loi n°2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale introduit une obligation d'évaluation pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux. En effet, l'article L312-8 du code de l'action sociale et des familles énonce « les établissements et services mentionnés à l'article 312-1 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 (...) par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les 5 ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation ». Cette obligation s'inscrit dans un contexte de consécration des droits des usagers des établissements et d'une meilleure prise en compte de ses besoins et attentes. La même loi prévoit d'ailleurs la mise en place de nombreux outils au service de l'utilisateur comme le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, le conseil de la vie sociale et la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Ces outils contribuent avec le projet

⁹ Conseil scientifique de l'évaluation, Petit guide de l'évaluation des politiques publiques – La documentation française, 1996

d'établissement à la définition d'un fonctionnement de qualité pour un établissement ou un service.

La loi du 2 janvier 2002 instaurait un calendrier très précis en matière d'évaluation. Les établissements et services devaient alors procéder à une évaluation interne tous les 5 ans et une évaluation externe tous les 7 ans. Cette planification jugée complexe et inapplicable sur le long terme a été revue dans la loi Hôpital, Patients, Santé et territoires, parue au Journal Officiel le 22 juillet 2009¹⁰ en renvoyant à un décret pour la définition des délais. Le décret d'application n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations a ainsi permis de clarifier les délais qui s'imposent aux établissements. Les résultats de l'évaluation interne sont transmis tous les 5 ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation ou lors de la révision de leur contrat pour ceux ayant conclu un contrat pluriannuel avec les autorités de tutelle. Une dérogation existe pour les établissements autorisés et ouverts avant le 22 juillet 2009, les résultats d'une évaluation interne au moins sont à communiquer au plus tard trois ans avant la date de renouvellement de leur autorisation¹¹. Concernant l'évaluation externe¹², les établissements sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celui-ci. La première doit avoir lieu au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et la seconde, au plus tard 2 ans avant son renouvellement¹³. Elle devra être réalisée par des prestataires externes, habilités par l'ANESM.

Depuis 2005, le Centre Départemental de l'Enfance de Canteleu, dont fait partie l'IME, a entamé la réorganisation profonde de l'établissement dans le souci de remettre au centre des pratiques la qualité de la prise en charge mais également de rétablir le dialogue social et mettre fin à l'opacité budgétaire de l'établissement. Au 1er janvier 2008, faisant suite aux délibérations de l'assemblée plénière du Conseil Général en date 14 juin 2006 puis du 11 décembre 2007, le Centre Départemental de l'Enfance est devenu un établissement public local social et médico-social autonome. A cette occasion, son intitulé a changé pour l'Institut Départemental de l'Enfance, de la Famille et du Handicap pour l'Insertion. L'IDEFHI a, conformément à l'article 2 de ses statuts, « en charge l'accompagnement des enfants et des familles au titre de la Protection de l'Enfance et du handicap (...) A ce titre et également dans le cadre d'une action globale de prévention

¹⁰ Article 124 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, modifiant l'article L312-8 du code de l'action sociale et des familles « le rythme des évaluations et des modalités de restitution de la démarche d'évaluation sont fixés par décret »

¹¹ Article D312-203 et D312-204 du code de l'action sociale et des familles

¹² Décret du ministère de la santé n°20076975 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

¹³ Article D312-205 du code de l'action sociale et des familles

sociale et médico-sociale, l'IDEFHI gère différents services et établissements sur la totalité du territoire Départemental ». Cet institut accueille aujourd'hui, suivant différentes modalités, 925 enfants et jeunes majeurs au titre de la Protection de l'Enfance (Pôle Enfance Famille). Il reçoit également près de 500 jeunes et adultes sur le champ du Handicap dans un IME, un ITEP et au sein du Centre François Truffaut qui regroupe les adultes en ESAT, Atelier de Jour, Foyer d'Hébergement et Service d'Accompagnement à la Vie Sociale. Le Centre François Truffaut comprend également un dispositif de prise en charge des enfants atteints de surdité ou de troubles spécifiques du langage. L'IME représente alors 220 accompagnements d'enfants des jeunes filles et garçons de 8 à 18 ans présentant une déficience intellectuelle légère, des retards scolaires importants, avec des troubles associés de type instrumental ou comportemental. La capacité d'accueil au 01/09/2010 est de 90 places en internat et de 110 places en semi-internat ainsi que 20 places en SESSAD. Une évolution de la répartition doit progressivement s'opérer pour baisser les places d'internat et compenser par des places de semi internat.

Suite à ces modifications entraînant de nombreuses réorganisations de tous les services de l'IDEFHI, la nécessité d'évaluer la qualité des prestations est apparue évidente. En effet, même si la qualité des prestations et la satisfaction des besoins des usagers ont toujours été une préoccupation forte dans tous les services de la structure, l'IDEFHI a voulu apporter de la lisibilité et de la transparence à ces actions et se mettre en conformité avec les obligations légales, en particulier au sujet des outils de la loi du 2 janvier 2002. Ainsi, dès 2008, la direction générale de l'établissement inscrit dans ses objectifs prioritaires la mise en place de la démarche d'amélioration continue de la qualité et elle décide de l'amorcer par la réalisation de l'évaluation interne de l'ensemble de ses services dès 2009.

1.3.2 L'impact de l'obligation légale dans la pratique des établissements : un démarrage difficile

Depuis la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, les personnes physiques et morales de droit privé ne peuvent créer, transformer ou accroître la capacité des établissements et services sociaux et médico-sociaux sans avoir obtenu au préalable une autorisation émanant de l'autorité compétente. La loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale et ses décrets d'application ont profondément réformé le régime juridique de ces autorisations qui sont accordées pour 15 ans¹⁴. Les établissements qui étaient autorisés au titre de la loi du 30 juin 1975 le demeurent pour une durée de 15 ans à compter de la parution de la loi 2002.2. Ainsi plus

¹⁴ Article L313-1 et suivant du code de l'action sociale et des familles

de 24 000 établissements et services verront leur autorisation se renouveler en janvier 2017. Ces structures devront ainsi avoir adressé leurs résultats d'évaluation interne aux autorités de contrôle et de tarification avant le 31 décembre 2013.

Au sujet de l'IDEFHI, l'établissement a lancé dans tous ses services (du secteur handicap mais aussi de la protection de l'enfance) la démarche d'évaluation interne dès 2009 et les rapports d'évaluation de chacun ont été produits sur l'année 2010. L'établissement prévoit la réalisation de l'évaluation externe pour l'année 2012.

L'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations devient ainsi une injonction et un enjeu important dans les établissements. Néanmoins, l'enquête nationale 2009 réalisée par l'ANESM¹⁵ montre que seulement 66% des établissements interrogés ont engagé une démarche d'évaluation interne et 32% ont déjà réalisé un cycle complet. En revanche, la même enquête révèle que 80% des structures pour personnes en situation de handicap sont entrées dans une démarche d'évaluation interne et 40% l'ont terminée. Les services pour les personnes en situation d'handicap comme l'IME sont ainsi représentatifs des données nationales en la matière. Ce secteur est ainsi celui où l'avancement de ce processus est le plus fort. En revanche, le secteur des personnes âgées, même s'il est moins entré la démarche d'évaluation interne, a développé une logique autour de la qualité depuis plus longtemps. En effet, depuis 1999, les textes mettant en place la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ont introduit une formation systématique de démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité. Elles sont précisées pour chaque institution dans la convention tripartite conclue entre l'établissement, l'autorité compétente pour l'assurance maladie et le conseil général du département.¹⁶ Le référentiel « Angélique »¹⁷ sert alors de base de travail pour ces établissements. Les évaluations internes et externes viennent donc s'ajouter au dispositif déjà en place dans ce secteur.

1.3.3 La méthodologie et les objectifs de l'évaluation interne

Si la loi de 2002 a instauré cette obligation d'évaluation interne des activités et de la qualité des prestations pour les établissements sociaux et médico-sociaux, elle ne prévoit pas en revanche de modalités précises dans son application en dehors du calendrier. Des premières pistes de travail ont été données par la Direction Générale de

¹⁵ Enquête nationale 2009 auprès des établissements sociaux et médico-sociaux sur la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS auprès d'un échantillon représentatif de 3 000 ESSMS

¹⁶ La référence de base est le cahier des charges, détaillé dans l'arrêté du 26 avril 1999

¹⁷ Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements élaborée par le ministère des affaires sociales

l'Action Sociale en février 2004¹⁸ et en mars 2004¹⁹ afin de donner aux établissements des outils d'aide à la décision.

En revanche, la loi fait référence aux recommandations de bonnes pratiques validées par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale avant sa transformation. Le 10 novembre 2005, le CNESMS a publié une note d'orientation pour faire état des réflexions du conseil sur les notions d'évaluation interne et externe. Elle pose des principes fondamentaux comme celui de la complémentarité entre l'évaluation interne et celle externe car elles doivent avoir le même objet et surtout que « toute évaluation portant sur un service ou un établissement social ou médico-social instaure un processus global et cohérent de conduite du changement, dans l'optique d'amélioration continue de la qualité des prestations »²⁰. Elle souligne également le lien évident entre projet d'établissement et évaluation des prestations. Une deuxième note d'orientation du CNESMS datée du 24 janvier 2006 va préciser les missions du conseil national, il « doit valider les bonnes pratiques professionnelles, quelle que soit la forme qu'elles adoptent (procédures, références ou recommandations) et il n'a pas à valider les outils mobilisables pour procéder à l'évaluation. Ainsi, il donne les grands axes de travail pour les établissements lors des évaluations mais ne propose pas de référentiel type et ne rentre pas dans la validation des outils mobilisés par chacun. Le rapport d'évaluation interne de l'IME « le Chant du Loup » du 9 juin 2010 rappellera ces textes dans son préambule comme base pour sa réalisation.²¹

En septembre 2006, le CNESMS a produit un document nommé l'évaluation interne : Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ce document de travail permet de poser les bases pour les évaluations internes à venir. Il va définir les objectifs de cette démarche : de faire évoluer les pratiques et les connaissances, de produire des connaissances pour nourrir la décision, de renouveler le dialogue, de valoriser l'action conduite, puis s'adapter et anticiper les besoins sociaux et interpeller, contribuer à l'évolution du secteur en tant que force de proposition. Ces objectifs sont ceux qui vont guider la démarche entreprise au sein de l'IDFHI et de l'IME lors de l'évaluation interne et dans la recherche de la qualité.

¹⁸ Note d'information DGAS/5B n°2004/96 du 03/03/04 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux

¹⁹ Guide méthodologique DGAS février 2004 *démarche qualité – évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à prestataire*

²⁰ CNESMS, note d'orientation, 10 novembre 2005

²¹ « les notes du CNESMS de novembre 2005 et janvier 2006, ainsi que le guide d'évaluation interne élaboré en septembre 2006 par le CNESMS, sont venus préciser les attendus de l'évaluation interne » extrait du préambule du rapport d'évaluation de l'IME, du 9 juin 2010

Le même guide va également définir l'objet de l'évaluation comme « l'appréciation à intervalles réguliers :

- De la cohérence : les finalités de l'action sont-elles en cohérence avec les orientations prioritaires ?
- De la pertinence : l'action constitue-t-elle une réponse aux besoins identifiés ?
- De l'efficacité : les résultats sont-ils conformes aux objectifs retenus ?
- De l'efficience : les résultats sont-ils à la mesure de l'ensemble des moyens mobilisés ?
- De l'impact : quels sont les effets des actions conduites ? »

Le CNESMS devenu par la suite l'ANESM²² a rédigé plusieurs recommandations de bonnes pratiques pour aider les établissements dans la réalisation des évaluations et la mise en place de démarche d'amélioration continue de la qualité en particulier celles intitulées mise en œuvre de l'évaluation interne dans les services et établissements visés à l'article 321-1 du code de l'action sociale et des familles en avril 2008 et la conduite de l'évaluation interne dans les services et établissements visés à l'article 321-1 du code de l'action sociale et des familles d'avril 2009. La première reprend les bases posées dans le guide du CNESMS de septembre 2006 et rappelle les grands domaines²³ à privilégier dans la démarche :

- L'effectivité des droits des usagers
- L'établissement ou le service dans son environnement
- Le projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre
- L'organisation de l'établissement

Ces quatre grands axes déclinés par l'ANESM sont ceux qui vont guider le travail d'évaluation au sein de l'IDEFHI et de l'IME afin d'être en adéquation avec les recommandations nationales.

La seconde recommandation rappelle que « l'évaluation porte sur les effets produits par les activités, leur adéquation aux besoins et attentes des personnes accueillies, leur cohérence avec les missions imparties et les ressources mobilisées et permet d'interroger le cœur de métier, c'est-à-dire les réponses apportées aux usagers ». Elle met ainsi l'évaluation des pratiques professionnelles au cœur du dispositif à faire de les faire correspondre avec les besoins des usagers.

²² Création par la loi de financement de la sécurité sociale 2007 et mise en œuvre en mai 2007

²³ ANNEXE N°1: schéma extrait du document « l'évaluation interne : guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux » version n°1, CNESMS, septembre 2006

1.3.4 L'interdépendance entre évaluation et démarche qualité

Au regard des définitions précédentes et des textes de base dans le secteur médico-social, la qualité peut être interprétée comme la synthèse entre les besoins des usagers ou clients tels qu'ils les expriment par eux même ou par leurs représentants, ceux que les professionnels estiment prioritaires, ceux que le droit impose et enfin ceux que l'environnement recommande.

Si la loi ne prévoit qu'une obligation d'évaluation des activités et de la qualité des prestations pour les établissements, les orientations de la DGAS ont précisé le cadre dans lequel elle doit s'inscrire. Le guide méthodologique de la DGAS énonce en effet que « l'objectif de l'évaluation est de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs que l'on s'est fixé, au travers d'un référentiel. Le constat des écarts entre la pratique et le référentiel conduit le plus souvent à des actions correctives. Leur mise en œuvre de façon pérenne s'inscrit dans une démarche qualité ». Ainsi, dans le même guide de février 2004, il est précisé que « l'évaluation de la qualité ne représente, en outre, qu'une étape dans une démarche d'amélioration continue de la qualité qui s'organise autour d'un processus itératif, composé de l'évaluation de fonctionnement, de l'analyse des points forts et des points faibles, de la mise en œuvre d'un plan d'amélioration des points faibles, d'une nouvelle évaluation et de la mise en œuvre des ajustements nécessaires. Elle se justifie si elle s'inscrit dans un processus dynamique ».

Les outils construits par l'IDEFHI dès 2008 en vue de la réalisation des évaluations internes reprennent cette idée. Ils posent ainsi clairement le lien entre l'évaluation des services à un instant donné et son utilisation dans le temps dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité²⁴ par la suite. Cet esprit va donc guider la politique mise en place au sein de l'IDEFHI et donc de l'IME et les pratiques professionnels de tous les acteurs autour de l'utilisateur. La réalisation de l'évaluation interne et la publication du rapport qui a suivi n'est alors que la première étape d'une démarche globale et continue d'amélioration de la qualité. Ainsi, une organisation et des outils vont être construits dans cet objectif. Néanmoins, afin que cette démarche devienne une des valeurs fondatrices de l'établissement, le système mis en place devra être évalué et adaptable dans le temps.

²⁴ « Dans la mesure où l'évaluation interne vise à l'amélioration continue des pratiques au service de la qualité des prestations délivrées, et qu'elle s'effectue de manière répétée, elle est constitutive de la démarche qualité » extrait du document de travail réalisé par l'IDEFHI le 26 mars 2008 et intitulé évaluation et qualité dans le cadre de la loi n°2002.2 du 02/01/02

1.3.5 Le lien fondamental entre la démarche d'amélioration continue de la qualité et le projet d'établissement

L'article L.311-8 du Code de l'action sociale et des familles 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 œuvre d'une autre forme de participation ». Il apparaît alors que le lien étroit doit exister entre le projet d'établissement et la démarche d'amélioration continue de la qualité, le premier permettant de décliner les actions pour mettre en œuvre la seconde.

Suite aux restructurations importantes réalisées à l'IDEFHI, la rédaction d'un nouveau projet d'établissement a été lancée. L'élaboration du projet lancée en début de l'année 2009 a mobilisé une centaine d'agents de l'IDEFHI et a fait l'objet de nombreux groupes de travail. Le projet d'établissement de l'IDEFHI 2010-2014, présenté à l'ensemble du personnel en mars 2010, a ainsi posé les valeurs qui guident les actions de l'établissement, les bases renouvelées des prestations offertes à une diversité de public et les objectifs pour les années à venir. Afin de pouvoir répondre aux engagements pris en matière de prestations délivrées, un cadre méthodologique d'intervention a alors été défini dans ce document fondateur. Parmi les 5 points²⁵ qui ressortent alors comme essentiels pour poser ce cadre, l'évaluation et la démarche continue de la qualité est inscrite. Dans la troisième partie du projet d'établissement de l'IDEFHI, celle intitulée « projet stratégique » sont présentés les différents axes de travail élaborés par les groupes thématiques, constituant le projet global de l'IDEFHI pour les cinq ans à venir. Chaque axe est décliné sous forme de fiche action détaillant les constats, enjeux et objectifs recherchés pour chacun. Leur mise en œuvre dans le temps sera évaluée par le comité de pilotage de l'IDEFHI. L'un des axes stratégiques retenu pour les cinq années à venir est de « prioriser la qualité dans l'ensemble des services de l'IDEFHI », décliné en cinq actions prioritaires :

- personnaliser les parcours
- mieux évaluer les situations des jeunes accueillis

²⁵ Extrait du projet d'établissement de l'IDEFHI 2010 – 2014 « essentiellement développée dans les projets de service, il s'agit de donner le cadre méthodologique d'intervention (...). Il est mis l'accent sur cinq points qui émergent comme essentiels : l'accueil de l'utilisateur, l'individualisation de son parcours, l'intervention pluridisciplinaire comme gage de la cohérence, l'institutionnalisation du droit d'expression, l'évaluation et démarche d'amélioration continue de la qualité, le travail en réseau ».

- consolider l'évolution des rapports entre les services et les familles
- achever la mise en place des outils réglementaires et les faire vivre
- **développer la démarche d'amélioration continue de la qualité dans chaque service**

<p>Fiche action du projet d'établissement de l'IDEFHI 2010-2014 « Développer la démarche d'amélioration continue de la qualité »</p> <p><u>Enjeux</u></p> <p>Le processus formalisé d'amélioration continue de la qualité, initié au niveau de l'établissement, nécessite de se généraliser à l'ensemble des services et structures.</p> <p><u>Objectifs</u></p> <p>Déconcentrer la démarche qualité de l'établissement sur l'ensemble des services et structures afin de la développer au sein et par chacun d'entre-deux, au plus près des prestations qu'ils proposent.</p> <p>Elaborer sur chaque service l'ensemble de l'organisation, des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité.</p> <p>Créer un référentiel qualité IDEFHI de l'établissement qui puisse se décliner en référentiel qualité sur chacun des services.</p> <p>Mettre en place un référentiel de procédures de l'IDEFHI et dans chaque service.</p> <p><u>Conditions de réalisation</u></p> <p>Soutien technique et méthodologique par le responsable du service Recherche Développement Qualité.</p> <p>Formation : sensibilisation à la démarche pour les agents / formation au management de la qualité pour l'ensemble des cadres</p> <p>Partage de la démarche sous la responsabilité de chaque Directeur de service et de structure.</p>

Le bilan de l'avancement de la démarche qualité est également dressé dans les rapports d'activités de l'IME et du pôle Handicap de l'IDEFHI, cela lui permettant de s'inscrire dans la politique de l'établissement et dans la continuité qu'elle requiert.

1.4 Le parallèle avec le secteur sanitaire : évaluation et accréditation

L'injonction faite au secteur médico-social de procéder à une évaluation interne puis externe de leurs prestations et de leurs activités et par extension de mettre en place une démarche d'amélioration de la qualité prend ses racines dans le système déjà mis en place dans le secteur sanitaire depuis une vingtaine d'années. Il semble alors nécessaire de comprendre les processus mis en place dans ce secteur car ils ont largement inspiré ceux du secteur médico-social.

Dans le secteur sanitaire, la réforme hospitalière de 1990 a instauré la mise en place de l'évaluation médicale, qui s'est notamment concrétisée par la création de l'Agence Nationale de l'Evaluation Médicale (ANDEM). Les ordonnances d'avril 1996 ont

renforcé le dispositif en créant une obligation d'accréditation pour l'ensemble des établissements de santé, et en créant l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation (ANAES). L'article L710-5 du code de la Santé Publique stipule « afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation ».

La procédure d'accréditation des établissements de santé a ensuite été remplacée par celle de la certification en 2005 avec le manuel V2007 qui permet de mesurer la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et le niveau de qualité atteint par l'établissement. Des thématiques diverses sont alors appréciées comme la politique et la qualité du management, les ressources humaines, les fonctions hôtelières et logistiques, la sécurité de l'environnement, le système d'information ou encore la prise en charge du patient. L'axe prioritaire est alors l'évaluation des pratiques professionnelles dans l'objectif de les améliorer de façon continue pour répondre au mieux aux besoins des usagers. Ensuite, le nouveau manuel, le V2010, a été élaboré avec la volonté de concentration de la démarche de certification sur les principaux leviers et éléments traceurs de la qualité et de la sécurité des soins. Ainsi, le secteur sanitaire est soumis depuis une vingtaine d'années à la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité. Il s'agit donc de processus installés et dynamiques au sein des établissements de soins. Il fait désormais partie intégrante du quotidien des équipes et constitue un élément du management.

Des procédures précises ont été définies au sujet du contrôle de la qualité des établissements de soins. Ils ont en effet l'obligation de procéder à une auto évaluation de la qualité des organisations et des pratiques mises en œuvre sur la base du manuel de certification. Les résultats sont ensuite transmis à la Haute Autorité de Santé qui procède à la visite de certification faite par des experts visiteurs. Ces derniers établissent un rapport qui permet à la Haute Autorité de Santé de fonder une décision de certification graduée qui peut aboutir sur des « non certification ». le rapport de certification est un élément fondamental pour l'établissement car les résultats, envoyés aux autorités de tutelle²⁶, permet de mesurer le niveau de qualité et de sécurité des soins de l'établissement mais aussi de rendre lisible la dynamique développée par celui ci dans ces domaines.

²⁶ Après la visite, le rapport de certification est transmis à l'établissement, à l'Agence Régionale de Santé compétente et est mis en ligne sur le site de la HAS

La recherche de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements et de l'amélioration des pratiques professionnelles de santé est complétée par la procédure d'accréditation des médecins. Cette accréditation constitue une modalité de la satisfaction de l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles et elle permet aux établissements de répondre à certains critères de la procédure de certification. Des recommandations de bonnes pratiques professionnelles rédigées par la HAS permettent également de guider les actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins.

La procédure d'évaluation dans les établissements sociaux et médico-sociaux a des points communs avec celle de la certification des établissements de santé. En effet, elles se composent toutes les deux d'une analyse des données par les acteurs concernés puis par un organisme extérieur et surtout elles visent à mesurer la qualité des prestations délivrées. En revanche, si l'évaluation constitue un regard sur les résultats d'une action à posteriori afin de faire apparaître la valeur que l'on peut conférer à une action en place, l'accréditation permet de regarder la convergence d'une action par rapport à un système normatif défini dans un référentiel national. Le législateur a fait le choix donc de distinguer les procédures. Selon Michel Legros²⁷, les raisons de cette distinction sont que la HAS n'a tout d'abord ni les capacités et ni les financements suffisants pour évaluer le grand nombre d'établissements sociaux et médico-sociaux de la même façon que pour les hôpitaux. Lors de l'évaluation interne puis externe, tout le poids financier de cette démarche repose entièrement sur l'établissement. Les évaluations externes représentent d'ailleurs un véritable marché car le coût est estimé à 1 000 euros par jour de l'évaluation, qui dure en général dix jours et concerne 35 000 établissements et services. De plus, l'accréditation dans les hôpitaux, impulsée à la base par les médecins, est une logique de recherche de la qualité installée depuis longtemps alors que dans le secteur médico-social, la volonté de rendre lisible les actions entreprises au sein même des établissements est un concept plus récent, qui sera à mettre en lien avec les difficultés rencontrées lors de la mise en place de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Une fois l'ensemble des définitions et concepts de base posé, les choix de l'IDEFHI pour mettre en œuvre l'obligation légale d'évaluation interne des prestations et plus largement une approche de la qualité par le biais d'une démarche d'amélioration continue peuvent être posés et les problématiques soulevées déclinées.

²⁷ Formation continue EHESP « de l'évaluation interne à l'évaluation externe dans les établissements sociaux et médico-sociaux », Paris, du mercredi 15 au vendredi 17 juin 2011

2 Les problématiques soulevées autour de la recherche de la qualité à l'IDEFHI et à l'IME « le Chant du Loup ».

Une démarche d'amélioration continue de la qualité s'organise autour d'un processus pouvant être décliné dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux et qui s'organise comme suit :²⁸

- information des acteurs (instances, personnel, usagers, partenaires),
- formation à la démarche qualité,
- appropriation d'un référentiel existant ou élaboration d'un référentiel (par rapport à des références consensuelles),
- évaluation interne à partir du référentiel,
- détermination des mesures correctives et des axes d'amélioration,
- planification et mise en œuvre du plan d'action,
- évaluation des actions d'amélioration /suivi de la mise en œuvre,
- nouvelle évaluation interne

Chacun de ses points peuvent se retrouver dans la méthodologie de l'IDEFHI pour mettre en place la démarche qualité. Suite au lancement de l'évaluation par décision du conseil d'administration et du Directeur Général, une organisation institutionnelle particulière a été mise en œuvre et des outils fonctionnels (référentiel, auto évaluation, rapport d'évaluation interne et plan d'action) ont été déclinés. Afin de comprendre les éventuelles limites et réticences que cette démarche a pu rencontrer, il semble ainsi important de comprendre le système mis en place au sein de l'IDEFHI et de l'IME.

2.1 La mise en place d'une organisation tournée vers la recherche de la qualité du service rendu à l'utilisateur : un système perfectible

Depuis 2005 et sa réorganisation profonde, l'IDEFHI et l'ensemble de ses services a eu le souci de se développer pour répondre de la manière la plus efficiente possible aux besoins des usagers. La première étape a été d'informer l'ensemble des acteurs de l'IDEFHI sur les motifs de l'engagement de la direction générale dans cette démarche, d'en préciser les objectifs poursuivis et de définir la chronologie des opérations. De nombreux supports ont

²⁸ Note d'information DGAS/5B n°2004/96 du 03/03/04 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux

été mobilisés comme les comités de direction²⁹ réunissant l'ensemble des directeurs de services, les séminaires d'encadrement³⁰ et les différents supports institutionnels de communication³¹. Afin d'amorcer ensuite la démarche, une organisation particulière centrée sur la qualité a été élaborée. Elle a été pensée en fonction de la complexité de l'IDEFHI qui regroupe de nombreux services avec des objets différents : la prise en charge de personnes en situation de handicap et la protection de l'enfance. Une unicité dans la démarche a été recherchée, avec la prise en compte des particularismes de chaque service. L'observation de la démarche et divers entretiens m'ont permis de comprendre cette organisation mais surtout d'en dégager les points perfectibles et les sources de réticence possibles.

2.1.1 La nomination d'une personne responsable de la qualité : la nécessité de faire le lien avec les réalités de terrain

Courant 2008, l'IDEFHI crée une cellule nommée « Recherche et Evaluation » qui a pour mission de mettre en œuvre l'évaluation interne et plus globalement tous les services dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, telle que le préconise les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. Dès la mise en place de cette cellule, les objectifs sont posés clairement « il s'agit pour l'IDEFHI, d'interroger la pertinence et la cohérence des activités au regard des besoins et attentes des usagers et cela de manière dynamique et constructive dépassant, par là même la simple obligation d'évaluation ». Afin de remplir ces missions, une personne responsable de la qualité est nommée à la tête de ce service, directement placée sous la responsabilité du Directeur Général. Fin 2008, avec l'arrivée d'un nouveau responsable, le service devient « Qualité, Recherche et Développement ». La décision d'engager la démarche d'évaluation a été prise courant 2009 par le Directeur Général, il a alors mandaté la personne responsable de ce service pour la mettre en place afin de produire les rapports d'évaluation interne pour 2010. Plus globalement, cette personne « participe à la conception, développe, coordonne, évalue la mise en œuvre de la politique qualité de l'établissement en veillant à l'implication de tous »³².

Le choix de l'IDEFHI a donc été de centraliser la fonction de responsable qualité au niveau de la direction générale. Cela semble en adéquation avec l'organisation globale de l'IDEFHI qui centralise toutes les directions fonctionnelles (ressources humaines, finances, travaux et HSCT) au niveau de la direction générale, sous la responsabilité directe du Directeur Général. Les directions de service, comme celle de l'IME, ne gèrent ces aspects qu'en lien avec les directions fonctionnelles. Ainsi, la responsable du service en charge de la

²⁹ Comité de direction de juin 2005, mars 2009 et octobre 2009

³⁰ Séminaire d'encadrement du 30 juin 2009

³¹ Documents de communication internes à l'IDEFHI tels que « DIALOGUE » et « FLASH INFO »

³² Extrait de la fiche de poste du responsable qualité

qualité travaille avec les directions fonctionnelles, sans lien hiérarchique entre elles. Elle leur donne les orientations en matière d'amélioration continue de la qualité, organise la mise en œuvre des évaluations internes et les plans d'action qui ont suivis, elle dresse des constats sur les actions entreprises par les services en la matière mais n'a pas un rôle d'injonctions sur eux et ne les supplée pas au sein de leur propre équipe dans ces matières.

Le positionnement de la responsable qualité au niveau de la direction générale peut en revanche paraître une fragilité de la démarche qualité entreprise à l'IDFHI. En effet, malgré une connaissance approfondie des textes fondateurs de la démarche et des outils mobilisables, un lien étroit avec le terrain doit être maintenu en permanence. Hors en raison de la multiplicité des prestations de l'IDFHI et la diversité des services et des publics accueillis, il semble difficile qu'une personne seule puisse cerner la diversité des problématiques et rester toujours en contact avec les réalités du terrain. La mise en place et l'investissement dans la démarche des référents qualité semble alors un rouage important à son bon déroulement.

2.1.2 Les référents qualité et la commission technique : des outils en réflexion

Afin de pouvoir créer du lien entre la cellule en charge de la qualité au niveau de la direction générale et les services, des référents qualité ont été nommés dans chaque service. Il s'agit de personnes nommées parmi les cadres socio-éducatifs qui ont reçu une formation³³ aux fonctions de référent « évaluation qualité » et une initiation au management de la qualité. Ainsi, ils doivent être en mesure d'animer la démarche d'amélioration continue de la qualité et celle d'évaluation au plus près des équipes de terrain. Au sein de l'IME, le cadre socio-éducatif en charge de l'internat des garçons a cette mission transversale. Elle servait donc de relais entre la responsable qualité et l'équipe de direction de l'IME dans ces matières.

L'ensemble des référents qualité constitue la commission technique « Evaluation Qualité » qui se réunit une fois par mois. Présidée par la responsable de la cellule qualité, cette instance de coordination est chargée d'assurer le bon déroulement de la démarche d'évaluation interne en veillant en particulier à la participation de tous et élabore les outils nécessaires à l'évaluation. Cette instance est également un lieu d'échange d'informations où les orientations et préconisations de la direction générale en matière de démarche d'amélioration continue de la qualité sont transmises aux référents qualité. Les différentes rencontres sont en outre le moment pour les référents qualité d'échanger et d'harmoniser leurs pratiques. Ces derniers ont ensuite la responsabilité de transmettre ces données

³³ Formation dispensée par l'institut pour le développement de la qualité sociale en juin 2008 pour les premiers référents qualité, réalisé par le directeur de l'institut MR Jean Luc JOING

auprès de leur service. Ainsi, après chaque réunion technique mensuelle, la cadre socio-éducative de l'IME restitue ces éléments lors de la réunion de l'équipe de direction afin d'informer et d'aider à leur mise en œuvre dans le service. Ces moments sont alors l'occasion pour l'équipe de direction³⁴ de réfléchir sur les outils et moyens à mettre en œuvre pour répondre à ces objectifs au sein du service et auprès des équipes. Le référent qualité doit alors être une aide au management et à la prise de décision pour la direction du service.

L'IDEFHI a fait le choix de nommer que des cadres socio éducatifs comme référent qualité, en opposition avec le positionnement d'autres établissements. Par exemple, lors de son intervention du mercredi 15 juin, Catherine Wartel³⁵, directrice adjointe de la qualité au sein de l'Association des paralysés de France, expliquait qu'il est nécessaire de désigner un référent qualité par service mais qu'il est préférable que ce ne soit pas un cadre mais plutôt un membre d'une équipe de terrain comme un éducateur ou une aide soignante. En effet, le cadre en raison de sa participation à l'équipe de direction du service peut se retrouver en difficulté dans sa mission d'évaluation de la qualité du service qui doit se faire en toute neutralité. Lors d'un entretien avec la responsable qualité de l'IDEFHI³⁶, j'ai donc questionné ce choix. L'IDEFHI a ainsi eu la volonté de créer un véritable tandem entre la direction du service et son référent qualité en matière de démarche d'amélioration continue de la qualité. Ainsi, le référent qualité doit être un réel soutien technique pour que le directeur puisse prendre les décisions adéquates de management pour développer la qualité. Ainsi, lors des réunions de direction, le directeur et le référent qualité peuvent partager avec les autres cadres socio éducatifs sur les objectifs de la démarche et sa mise en œuvre. Lors de la réunion technique du 3 juin 2008, la responsable de la cellule qualité a d'ailleurs rappelé que les référents qualité ont une mission de sensibilisation des services à la démarche qualité par la transmission des données aux autres cadres. Elle ajoute d'ailleurs que « tous les cadres ont, à terme, vocation à devenir responsable qualité : à intégrer dans leur management, le management de la qualité, de l'éthique et l'environnement pour un développement durable »³⁷.

Ainsi, si la démarche qualité au sein de l'IDEFHI est relativement uniforme en raison de son impulsion par la direction générale, le rôle des référents qualité et des directions des services est central pour que la démarche prenne réellement corps auprès de chacun des professionnels. Pour que cela soit réalisable, le directeur de service et le référent doivent

³⁴ Réunions de direction : instance hebdomadaire composée du directeur et de son adjointe cadre supérieur socio-éducatif, l'ensemble des cadres socio éducatifs, le directeur pédagogique et le médecin psychiatre

³⁵ Formation continue EHESP « de l'évaluation interne à l'évaluation externe dans les établissements sociaux et médico-sociaux », Paris, du mercredi 15 au vendredi 17 juin 2011

³⁶ Entretien avec Mme Bassot, responsable de la cellule qualité de l'IDEFHI, le 24 juin 2011

³⁷ Extrait du compte rendu de la réunion technique du 3 juin 2008

s'inscrire volontairement dans cette démarche en adhérant aux objectifs de la direction générale. Ils doivent également savoir travailler au sein d'une relation de confiance afin de pouvoir faire progresser le service. Au sein de l'IME, le tandem recherché par la responsable qualité entre le référent et la direction semble parfois difficile à mettre en place. Les tensions entre la cadre socio-éducative et la direction au sujet de la gestion du service dont elle a la responsabilité viennent souvent parasiter les bonnes relations nécessaires pour la mise en place de la démarche qualité.

De plus, même si le rôle des référents qualité est en partie défini dans les textes institutionnels, il lui est parfois difficile de se positionner en tant que tel dans son service. Sa mission transversale de référent qualité doit en effet l'amener à s'intéresser au fonctionnement et au management de ses pairs cadres socio éducatifs pour que la démarche soit la même dans tout le service. La définition de ses missions et son positionnement au sein de son service, en particulier de la part de la direction, semblent fondamentaux à poser dès l'amorce de la démarche. Les autres cadres socio éducatifs doivent ainsi comprendre tout l'intérêt du référent qualité et ainsi ne pas le ressentir comme une intrusion dans leur management.

La question du temps de travail imparti à la qualité pour les référents, en sus de leur rôle de cadre socio éducatif a été plusieurs fois soulevée. Les référents n'ont reçu aucune décharge de travail pour remplir cette mission et certains ont évoqué le fait que la démarche qualité n'était pas inscrite dans la fiche de poste des cadres socio éducatifs. Pour la responsable qualité, la démarche qualité est aujourd'hui une obligation légale au même titre que les outils de la loi 2002.2 comme le livret d'accueil et le projet personnalisé et toutes ses obligations font entièrement partie de la fonction de cadre.³⁸

2.1.3 Les différentes commissions IDEFHI / IME et la redescende d'informations vers les équipes de terrain

Le service qualité est également en charge de l'animation des comités de pilotage « évaluation » de l'IDEFHI. Ce comité est composé du Directeur Général, des directeurs généraux adjoints, des directeurs de service et de structure. En référence aux indications de la DGAS, cette instance a pour mission de définir les objectifs de l'évaluation, les principales orientations et les méthodologies de mise en œuvre, notamment par la validation du référentiel qualité. Elle supervise la démarche d'évaluation et effectue un suivi des actions prioritaires d'amélioration de la qualité.

³⁸ Compte rendu de la réunion technique du 7 mai 2009

Au sein de chaque service comme l'IME, un comité de pilotage a aussi été mis en place. Il est composé de l'équipe de direction et de représentants de toutes les unités de travail et de tous les corps de métier. Le rôle de cette instance est d'exposer à un panel de représentants des professionnels de l'IME les avancées en matière de démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment l'état du plan d'action consécutif de l'évaluation interne mais également des travaux réalisés autour de la réécriture du projet d'établissement en cours.

La multiplication des différents niveaux hiérarchiques de décisions, des instances et des intervenants dans la démarche qualité peut néanmoins constituer un frein à son bon déroulement. Une distance importante entre la Direction Générale et les acteurs de terrain au plus près des usagers peut entraîner une perte d'informations et de sens des actions entreprises. Il sera donc indispensable de s'interroger par la suite au rôle fondamental que doit tenir l'équipe de direction par rapport à cette problématique.

2.2 De l'auto évaluation au plan d'action de l'IME : les bases d'une démarche à impulser

« L'évaluation se distingue par quatre étapes successives :

La première étape est une étape descriptive. C'est le moment où l'on décrit dans un établissement, dans un service ou dans une politique ce qui s'est passé. Cela suppose bien évidemment d'avoir mis en place au préalable un système d'information permettant de recueillir l'ensemble des données, des informations que l'on a considérées comme pertinentes et qui dans une étape ultérieure seront évaluées. La deuxième étape est l'étape analytique, celle où l'on décrit ce qui aurait dû se passer, elle suppose la construction de standards, de normes, de référentiels. La troisième étape est dite interprétative c'est celle où l'on va mesurer et interpréter la différence entre la première étape et la seconde, la différence entre ce qui s'est passé et ce qui aurait dû se passer. La quatrième étape est celle d'aide à la décision. Afin de diminuer la distance entre ce que l'on fait et ce que l'on devrait faire, une démarche qualité se met en place. Elle sera elle-même évaluée et l'on retrouve donc cette vis sans fin de l'évaluation et de la démarche qualité. »³⁹. Dans l'esprit de cette phrase, l'IDEFHI, au travers du travail réalisé par la cellule qualité au sein de chaque service, a mis en place l'obligation légale d'évaluation interne.

³⁹ Extrait de l'article « l'évaluation et la démarche qualité : face au défi de la complexité », les cahiers de l'actif n°330-331, novembre –décembre 2003

2.2.1 L'absence d'un référentiel qualité

Afin de pouvoir analyser des données, un standard recherché doit servir de base pour pouvoir faire des comparaisons avec les pratiques évaluées. Il s'agit de la construction fondamentale du référentiel qualité de l'établissement. L'IDEHI a ainsi retenu dans ses axes de travail pour la conduite de la démarche qualité, l'élaboration d'un référentiel service qui sera constitué d'un ensemble de règles de conduites, de dispositions, de modes opératoires dont le respect ou la mise en œuvre garantira la qualité de la prise en charge.

Dans le but de ne pas alourdir le processus et ne pas retarder l'amorce de la démarche qualité, l'IDEFHI a fait le choix de ne pas construire son propre référentiel avant la réalisation de l'évaluation interne, à contrario de nombreux établissements⁴⁰. En effet, en raison de la taille importante de l'IDEFHI et de la diversité des prestations et des publics⁴¹, il semble difficile dans un premier temps de construire un référentiel répondant aux attentes de tous.

Le choix a donc été fait de se servir du document unique, du guide de procédures, du projet de chaque service et du dossier évaluation de la qualité complété par un fonds documentaire lié à la démarche qualité (ex : les comptes rendus des réunions techniques) comme base de travail pour réaliser l'évaluation du service. De plus, pour la première évaluation, l'établissement a pris le parti de réaliser une évaluation autour d'une priorité institutionnelle : la « bientraitance ». Ainsi, l'évaluation n'est pas exhaustive mais reste en adéquation avec les recommandations de l'ANESM. En effet, durant l'année 2008, certains événements ont conduit la direction générale à faire de la « bientraitance » un objectif essentiel⁴². Sur cette base, l'IDEFHI a alors fait le choix de construire son outil d'évaluation autour des quatre dimensions proposées par le guide de bonnes pratiques de l'ANESM intitulé « la bientraitance »⁴³ : définition et repères pour la mise en œuvre » de juin 2008, à savoir :

- L'utilisateur comme co-auteur de son parcours
- la qualité du lien entre professionnels et usagers
- L'enrichissement des structures et des accompagnements par toutes les contributions internes et externes permanentes
- le soutien des professionnels dans leur démarche de bientraitance

⁴⁰ Exemple de référentiel souvent mobilisé : PERICLES proposé par l'Association Nationale des CREA

⁴¹ L'IDEFHI accompagne environ 1500 usagers et représente 1200 équivalents temps

⁴² Note de service du directeur général du 7 septembre 2007 qui décidait « faire du traitement de ce problème récurrent et difficile une priorité institutionnelle »

⁴³ « La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance » ANESM, Recommandations de Bonnes Pratiques, juin 2008

Ainsi, ces quatre dimensions, déclinées en plusieurs critères dans un questionnaire de recueil des données⁴⁴ validé en décembre 2008, permettent d'aborder les quatre domaines d'application proposés pour l'évaluation interne (l'effectivité des droits des usagers, l'établissement dans son environnement, la mise en œuvre du projet de service et l'organisation du service dans sa dimension de soutien auprès des professionnels).

Sur la même base de travail, les évaluations de tous les services ont pu être réalisées dès le début de l'année 2009. A présent, alors que l'évaluation externe doit être réalisée à court terme, l'un des enjeux de l'IDEFHI est de réaliser son propre référentiel. Ce défi est essentiel dans la mise en place d'une réelle démarche d'amélioration continue de la qualité car il représente un élément de travail sur lequel tous les professionnels du service pourront travailler et s'appuyer pour fonder leurs pratiques professionnelles.

2.2.2 Le déroulement de l'auto évaluation : la participation des personnels à enrichir par celle des usagers

Les étapes de l'auto évaluation ont été semblables dans tous les services. Néanmoins, si le questionnaire utilisé était toujours le même, les auto-évaluateurs avaient pour consigne d'adapter les questions en fonction du public accueilli et des missions de chacune des entités évaluées. Tous les services ont été auto-évalués par trois personnes : le référent qualité du service et deux autres extérieurs à celui-ci.

Concernant l'IME, l'équipe d'auto évaluation était constituée de la personne « référente qualité » de l'institut mais également de deux autres cadres socio-éducatifs, l'un étant en fonction au service d'accueil d'urgence du département Enfance de l'IDEFHI, la seconde étant responsable de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences au sein de la direction des ressources humaines. Le choix a donc été d'associer une personne interne au service qui connaît le fonctionnement et les équipes à des personnes ayant un regard totalement extérieur à l'IME. Chacun d'entre eux a du signer une lettre « d'engagement de l'auto-évaluateur ».

En juin 2009, la démarche d'amélioration continue de la qualité et l'auto-évaluation ont été présentées à l'équipe de direction de l'IME. Une étude documentaire, une visite des locaux et une série d'entretiens avec des représentants de toutes les fonctions présentes à

⁴⁴ Questionnaire d'auto-évaluation relatif à la bientraitance dans les établissements de l'IDEFHI, construit sur la base du travail réalisé par Jean Luc Joing, directeur de l'IDQS, « guide d'évaluation ou d'auto-évaluation et de repérage des risques et points de vigilance en matière d'abus, de conduites inacceptables et de maltraitance », juin 2008, lui même inspiré par le « guide de repérage des risques de maltraitance et de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux » de la Direction Générale de l'Action Sociale, juillet 2002

l'IME ont été ensuite réalisées par l'équipe d'auto-évaluation. Lors des différents entretiens collectifs organisés par catégorie de personnel, une cinquantaine de personnes a pu être rencontrée, dont tous les membres de l'équipe de direction. L'équipe chargée de l'évaluation a ensuite rédigé un rapport présenté devant la commission technique puis devant l'équipe d'encadrement. Ainsi, en fonction de l'analyse tirée des documents et des entretiens, un état des lieux des points forts et des points faibles, par dimension puis par item, a été décliné⁴⁵.

La participation d'un grand nombre d'agents a permis de prendre en considération leurs pratiques, leurs points de vue et ainsi partager sur de nombreuses questions autour des axes de la recommandation sur la « bienveillance ». La mise en œuvre d'une démarche participative fait en effet partie des principes de mise en œuvre recommandés par l'ANESM. En revanche, les usagers sont absents de la démarche à ce stade. Leur participation doit être pensée et mise en œuvre car la démarche vise en premier lieu la mise en œuvre de prestations en adéquation avec leurs besoins ; or il est impossible de définir ces besoins sans eux. Acteur actif de leur parcours, l'utilisateur doit pouvoir agir dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et exprimer sa satisfaction.

2.2.3 Le résultat de l'auto évaluation : le plan d'action contractualisé par service à rendre effectif

L'état des lieux dressé dans chacune des quatre dimensions traitées par le questionnaire a permis la rédaction d'un plan d'action, présenté en équipe de direction et en comité de pilotage qui a fait redescendre ensuite les informations au reste du personnel. L'exécution du plan d'action est sous la responsabilité du directeur du service concerné. Chaque directeur a donc du s'engager à le mettre en œuvre en signant le plan d'action aux côtés du Directeur Général et de la personne responsable de la qualité.

A partir de là, toute la problématique de l'IME est de trouver des pistes de réflexion pour aller au delà du plan d'action, pour lui donner toute son utilité dans l'amélioration de la qualité des prestations délivrées aux usagers, pour qu'il soit qu'une amorce à la mise en place d'une démarche qualité globale et continue comme le préconise l'ANESM⁴⁶.

⁴⁵ ANNEXE N°2 : extrait du plan d'action suite à l'évaluation interne de l'IME

⁴⁶ Recommandation de bonnes pratiques, ANESM, avril 2009 : quatre phases sont décrites dans le cadre méthodologique de l'évaluation interne : « définir le cadre évaluatif », « recueillir des informations fiables et pertinentes », « analyser et comprendre les informations recueillies » puis « piloter les suites de l'évaluation »

2.3 Du plan d'action à la démarche d'amélioration continue de la qualité : une réflexion à mener sur le passage obligatoire de l'action ponctuelle à l'inscription dans le quotidien des équipes

Afin de dépasser le stade du plan d'action issu de l'évaluation interne du service et ainsi mettre en œuvre une véritable démarche d'amélioration continue de la qualité, il semble nécessaire de s'interroger en permanence sur la mobilisation ou non de l'ensemble du personnel vers cet objectif. En effet, la démarche ne peut pas rester seulement au niveau de la direction générale d'une structure ou de l'équipe de direction d'un service, elle doit être l'affaire de tous. Tout le personnel doit effectivement avoir à cœur d'améliorer de façon continue la qualité des prestations délivrées aux usagers qu'ils accompagnent. La satisfaction des besoins des usagers, en adéquation avec leur volonté exprimée, doit être l'objectif premier de toutes les actions entreprises à tous les niveaux.

Pour ce faire, il semble important de questionner la pertinence et l'efficacité des moyens mis en œuvre pour informer, sensibiliser et mobiliser chacun à la démarche. De plus, les réticences rencontrées par le personnel face à cette démarche doivent repérées pour être dépassées.

2.3.1 Les moyens déployés en matière de démarche qualité : état des lieux et perspectives d'évolution

A) Le classeur qualité : un outil important pour l'accessibilité à la démarche à développer

Dès la mise en place des réunions techniques, un classeur spécifique a été constitué. Ce recueil de documents concernant la qualité, l'évaluation du service et le plan d'action est mis à la disposition des agents de l'IME qui ont été informés de son existence pour note de service et par le cadre de leur unité. Il doit contenir tous les éléments participant à la démarche afin que la personne qui le consulte puisse se repérer et se situer. Il appartient à la personne référente qualité de tenir ce classeur à jour en fonction de l'ordre décidé en réunion technique. Ce recueil de données est complété par un fonds documentaire lui aussi à disposition du personnel et qui regroupe les textes applicables et l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques.

Ce dispositif permet d'apporter de la lisibilité et de l'accessibilité à la démarche qualité pour le personnel. Il est en effet essentiel que chacun prenne conscience de l'importance de cette démarche et s'y inscrive positivement. Néanmoins, après la mise en place d'une fiche de consultation dans le classeur, le constat doit être fait que sa

consultation est rare, voire quasi inexistante. Il semble donc important de réfléchir sur les moyens à mettre en place pour faire évoluer la communication faite autour de la démarche qualité pour que l'équipe de direction et l'ensemble du personnel s'y intéresse. Le rôle et l'accès à ces documents doivent donc être réfléchis. De plus, en raison de l'importance des mises à jour à faire et du temps que cela nécessite pour la personne référente qualité, ces données doivent être prises en compte lors de la réflexion sur sa mission.

B) Les instances autour de la question de la démarche qualité : comité de pilotage / séminaires d'encadrement : comment toujours remobiliser ?

Le comité de pilotage de l'IME a pour atout de réunir un panel divers de catégories de professionnels présents dans l'accompagnement des enfants. Cette instance permet une transmission large des informations sur la démarche qualité et la réécriture du projet d'établissement vers l'ensemble du personnel. En revanche, elle suppose une organisation particulière qui oblige l'ensemble des membres du comité à être présents et donc déchargé de leur mission auprès des enfants sur plusieurs heures, plusieurs fois par an. L'existence de ce comité doit donc paraître légitime pour l'ensemble du personnel et en particulier pour ceux qui y participent. Cet élément est essentiel pour que chacun se sente investi et trouve sa place dans la démarche.

Le rôle de l'équipe de direction dans la mise en place de la démarche qualité est également essentiel. Au travers des réunions de direction de l'IME et des séminaires d'encadrement⁴⁷ de l'IDEFHI, une volonté de rassembler et de créer de la cohérence dans la démarche existe. « Ces journées constituent un temps de rencontre qui contribue à renforcer l'indispensable sentiment d'appartenance à une même équipe et permettent à l'ensemble des agents constituant l'encadrement de l'IDEFHI de mieux se connaître⁴⁸ ». Néanmoins, il est indispensable que ces réunions ponctuelles qui donnent les grands axes de la politique de l'établissement, notamment au sujet de la qualité, puissent ensuite se traduire dans la pratique quotidienne des professionnels. Lors de la réunion avec la responsable qualité et l'ensemble de l'équipe de direction du jeudi 20 janvier 2011, un des axes de travail unanimement reconnu est le développement de la communication descendante sur la démarche afin qu'elle ne reste pas au niveau de l'équipe de direction. Ainsi si la communication horizontale au sujet de la qualité semble suffisamment étayée, il est nécessaire de s'interroger sur la manière dont les informations et les objectifs sont retranscrits ensuite aux équipes. En effet, aucun moyen ne permet d'évaluer le niveau réel d'information et de sensibilisation des agents à cette démarche.

⁴⁷ Séminaire de direction : instance d'information et d'échange entre la Direction Générale et l'ensemble des équipes de direction de tous les services de l'IDEFHI, réunie trois fois par an

⁴⁸ Extrait du projet d'établissement de l'IDEFHI 2010-2014

- C) Inscription de la démarche dans le projet de service de l'IME : une traduction en « fiches actions » indispensables à réaliser

L'IME, après la fusion entre l'IME Mixte et l'IMPro, a rédigé en 2008 le premier projet de service « 2008 – 2012 » commun. Suite à la rédaction du projet d'établissement de l'IDEFHI en 2009, l'IME, en tant que service de cette structure, a organisé la réécriture du projet de service afin que les deux documents soient en adéquation. Le projet de service 2011 – 2015 de l'IME doit donc être construit sur la même trame que celui de l'IDEFHI mais surtout il doit intégrer les objectifs et modalités d'action que ce dernier a exprimés. L'IME doit ainsi décliner son projet opérationnel, sous forme de « fiches actions », en intégrant la priorité donnée à la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Ainsi, la réécriture du projet de service représente un enjeu essentiel pour l'IME pour intégrer l'amélioration de la qualité de ses prestations aux évolutions de pratiques professionnelles pour les années à venir. La rédaction d'un projet de service actualisé est un élément incontournable dans la mise en place de la démarche qualité. En effet, selon Ali Boukelal, « il n'y a pas de consensus possible sur les résultats de l'évaluation, ni même sur la démarche d'évaluation si, en amont, les professionnels n'ont pas a minima une lecture commune et une adhésion aux fondamentaux du projet d'établissement »⁴⁹.

- D) Prise de conscience de l'enjeu premier : Toucher l'ensemble des acteurs dans le parcours de l'utilisateur

La majorité des problématiques ainsi soulevées dans la mise en œuvre de la démarche qualité concerne la question de l'investissement et la mobilisation de l'ensemble du personnel autour de cette question. Cet élément doit donc être pris en compte dans les réflexions engagées autour de la recherche du management et de la communication institutionnelle adéquates. La qualité est en effet l'affaire de chacun des intervenants dans le parcours de l'utilisateur, à tous les niveaux, car elle vise à mettre en adéquation les prestations offertes et les pratiques professionnelles avec les besoins des usagers. L'investissement de chacun des membres de l'équipe de direction semble alors primordial pour que le mouvement soit impulsé auprès des équipes et réactiver sans cesse.

Dans cet objectif, deux pistes de réflexion me semblent importantes à dégager.

⁴⁹ Ali Boukelal est Docteur d'État en sciences politiques (1987) ; il est titulaire d'un Doctorat 3^{ème} cycle (1983) en études politiques d'un DEA en sociologie et d'un DEA en droit public. Il intervient pour l'association ACTIF autour de la méthodologie, du management et de l'évaluation du projet. Extrait de l'article « les fondements de l'évaluation interne », les Cahiers de l'Actif, N°366 – 367, novembre – décembre 2006

La première concerne la communication faite autour de la démarche qualité et en particulier au sujet de son objectif poursuivi : la satisfaction et la « bienveillance » de l'utilisateur. Dans la lettre de l'AD-PA de novembre / décembre 2010, Jean René Loubat rappelle d'ailleurs que « l'évaluation interne, comme tout processus d'évaluation, ne doit pas faire écran à l'essentiel : intégrer une démarche de progrès dans l'organisation durable des établissements et services médico-sociaux et dans la culture des professionnels, tout cela au service des personnes accueillies ». Lors du séminaire d'encadrement du 25 mars 2011, la responsable de la cellule qualité rappelait d'ailleurs « l'importance de la question du **SENS** dans la démarche qualité. Il faut toujours rappeler le sens premier de la démarche qualité, la « bienveillance », afin qu'une ne devienne pas seulement un outil d'optimisation des processus ». Ainsi, un an après la réalisation de l'auto évaluation du service et la rédaction du plan d'action, il semble important de rappeler les objectifs premiers de la démarche pour que celle-ci ne finisse pas par perdre sa raison d'être auprès des agents.

La deuxième s'intéresse aux bénéfices que les agents peuvent tirer de cette démarche. Mon analyse du terrain m'a permis de constater que les agents n'arrivent pas toujours à percevoir l'impact de la démarche qualité sur leurs pratiques professionnelles quotidiennes. En réalité, l'ensemble des actions entreprises par chacun auprès des enfants peuvent s'inscrire dans ce processus d'évaluation puis d'amélioration de la qualité des prestations. Or, ce lien n'est pas forcément évident si une sensibilisation particulière n'est pas faite à ce sujet. Une réflexion est donc à mener sur la mise en valeur des actes quotidiens de chacun entrant dans la démarche. L'aspect théorique et obligatoire de la démarche doit donc être dépassé pour qu'elle puisse être reconnue dans la pratique des agents.

De plus, si la démarche doit mobiliser tous les acteurs participant au parcours de l'utilisateur, en adéquation avec l'esprit de la loi du 2 janvier 2002, l'acteur principal de celui-ci est l'utilisateur lui-même. En effet, la recherche de la satisfaction de ses besoins passe obligatoirement par la prise en compte de ce qu'il exprime à ce sujet. L'expression de l'utilisateur ou son représentant au sujet de l'adéquation ou non entre ses besoins et les prestations mises en place pour y répondre est indispensable à une réelle démarche d'amélioration continue de la qualité. Une enquête de la satisfaction des usagers fait donc partie intégrante des travaux à réaliser par l'IME, pendant la période de mon stage.

2.3.2 Des « a priori » difficiles à surmonter

A) La difficulté d'évaluer l'action sociale : remise en cause de l'acte tourné vers l'autre

Évaluer les prestations d'un établissement peut se définir comme le fait de porter un jugement « sur la valeur » ou « de valeur » sur une pratique. Il n'est donc pas évident à faire accepter l'idée que la pratique professionnelle, instaurée parfois depuis des années, puisse être mise en cause et jugée, en particulier par des personnes étrangères au service lors de l'évaluation externe.

De plus, l'action médico-sociale et plus généralement l'acte tourné vers autrui peuvent difficilement être remis en cause. L'histoire du secteur médico-social peut en partie expliquer ces blocages. La prise en charge des personnes en situation de handicap a été tout d'abord assurée par des congrégations religieuses basées sur le principe de la charité⁵⁰. Cette époque était marquée par le postulat fort que l'action sanitaire, sociale et médico-sociale était obligatoirement tournée vers le bien, ainsi sur une base d'autolégitimation de l'acte par principe. Selon Francois Dudet, « le travail sur autrui s'est longtemps fondé sur des valeurs universelles et a véhiculé une dimension sacrée qui donnait aux professionnels une légitimité de fait. L'idée forte que l'acte altruisme est obligatoirement bon, car au service de l'autre dans le besoin, a longtemps dominé mais le changement des mentalités semble amorcé. En effet, l'ensemble des lois envers les droits des usagers, en particulier la loi du 2 janvier 2002, a recentré l'utilisateur au cœur des dispositifs. Il le reconnaît alors acteur central de son parcours et les professionnels des établissements sont désormais là pour répondre le mieux possible aux besoins qu'il a exprimé, lui même ou par le biais de son représentant, et toujours avec son consentement. Ainsi, dans un mouvement d'amélioration continue de la qualité du service rendu à l'utilisateur, les professionnels doivent être en capacité de réinterroger le sens de leurs pratiques, de leur mission et accepter l'idée que vouloir le bien de l'autre n'est pas forcément l'obtenir, ni aller dans le sens des souhaits de la personne.

B) L'intégration d'un concept du secteur marchand dans le social : assimilation de concepts complexes et nouveaux

Nombreux blocages envers l'évaluation dans le secteur médico-social viennent du fait que beaucoup d'acteurs veulent préserver toute la singularité du secteur. En effet, il est impossible de calquer le même modèle et les concepts utilisés dans l'industrie au secteur médico-social. Toutes les singularités du secteur doivent être prises en compte ; notamment

⁵⁰ Edit royal du 14 juin 1662: un Hôpital Général est mis en place par ville pour « loger, enfermer et nourrir les pauvres, mendiants et invalides (...) comme aussi les enfants orphelins ou nés de parents mendiants »

dans la différence fondamentale qui existe entre l'utilisateur et le client déjà développée ci-dessus. La relation d'aide ou de soins existante avec l'utilisateur, qui interagit avec le professionnel, demande un investissement particulier des deux acteurs. De plus, une grande part d'imprévu existe dans la réalisation de la prestation, il est impossible de la maîtriser totalement a priori. En raison de cette inconstance dans sa réalisation et de la prise en compte individualisée indispensable de chaque usager, la prestation délivrée ne peut jamais être reproduite à l'identique. Il est donc difficile de trouver des critères de base pour réaliser une comparaison avec la pratique, et ainsi de construire un référentiel qui suscite l'adhésion d'un maximum de personnel. Il existe donc un enjeu culturel fort dans la mise en œuvre des évaluations dans les établissements comme l'IME. Même si les principes d'évaluation et de recherche de la qualité semblent devoir être des fondamentaux dans les actions entreprises dans le secteur médico-social, un réel enjeu culturel existe. Il appartient donc aux établissements comme l'IDFHI et aux services comme l'IME de les mettre en œuvre dans le respect de ses singularités, notamment lors de l'élaboration du référentiel qualité du service.

Dans le même esprit, sachant que les prestations se réalisent pour l'utilisateur et souvent « sur » l'utilisateur, la dimension éthique ne doit pas être négligée lors de toutes les étapes de la démarche car elles relèvent souvent du champ de l'intime, du respect de la personne humaine. Le guide du CNESMS de septembre 2006 énonce d'ailleurs comme principe fondamental à l'évaluation que la démarche soit éthique et déontologique.⁵¹ La réflexion éthique entreprise par l'IDFHI et l'IME semble une piste de travail à développer pour amener les professionnels vers la qualité.

C) La nécessité de dépasser le côté contrôle des évaluations

L'évaluation interne peut être vécue par certains professionnels comme un contrôle des pratiques par la direction et plus largement par les autorités de tutelle. Si effectivement, elle permet une plus grande lisibilité et des ajustements des prestations délivrées aux usagers, elle a pour objectif premier d'améliorer la qualité et non de pointer les dysfonctionnements ou stigmatiser un professionnel. La notion de contrôle induit celle de sanction si des règles ne sont pas respectées. Alors que l'évaluation interne permet de faire un état des lieux du service et de dégager des axes d'amélioration, mais jamais d'entraîner des sanctions envers les professionnels. Elle vise d'ailleurs la pratique professionnelle dans l'ensemble de l'établissement en général et non pas une catégorie de personnel et encore

⁵¹ Guide CNESMS septembre 2006 « l'évaluation interne : guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux » : « l'évaluation interne doit se réaliser conformément aux principes éthiques et déontologiques garantissant la liberté de parole et d'expression, le respect des droits fondamentaux des personnes, la reconnaissance de la légitimité de chacun ; elle doit être conduite en appliquant les règles de discrétion, de confidentialité, de déontologie professionnelle. »

moins une personne en particulier. Il semble donc important d'intégrer cette dimension à la communication faite autour de la démarche, notamment au sujet de son sens et de ces objectifs poursuivis.

D) La peur du changement radical dans les pratiques professionnelles

Les concepts d'évaluation interne ou externe des prestations et de démarche d'amélioration continue de la qualité sont assez récents dans le secteur médico-social, l'obligation légale datant que de 2002. En effet, il n'existait pas de formalisme particulier pour les établissements sociaux et médico-sociaux dans l'affichage des points forts et points faibles des prestations délivrées aux enfants. Ce nouveau dispositif va permettre alors aux professionnels de donner de la lisibilité et de créer du lien dans leurs actions déployées. Une peur peut en revanche naître au sein des équipes au sujet de l'impact que peut avoir les résultats de l'évaluation sur leurs pratiques. L'établissement doit donc trouver le moyen de lutter contre ce risque ; il doit réussir à expliquer que la démarche d'évaluation vise une reconnaissance des pratiques professionnelles existantes dans un premier temps, puis le développement des éventuelles pistes d'amélioration. Elle n'a pas pour objectif de remettre en cause les pratiques des professionnels mais au contraire de leur permettre de mettre en exergue les points de faiblesse afin qu'ils puissent les faire progresser continuellement.

La démarche qualité ne doit être assimilée à un travail de normalisation⁵² à outrance des pratiques qui irait à l'encontre de l'objectif d'amélioration continue de la qualité et de l'objectif d'individualisation des parcours des usagers. Une place importante doit être laissée à la créativité et à l'improvisation des agents en fonction des situations rencontrées. Ces situations doivent au contraire venir nourrir les axes d'amélioration des prestations.

E) Le passage difficile d'une culture de l'oral à la pratique de l'écrit

La mise en place de la démarche d'amélioration continue de la qualité à l'IDEFHI et au sein de l'IME oblige donc l'institution à s'organiser, à utiliser des outils nouveaux pour la rendre explicite et accessible à tous les agents. Cette évolution nécessite la construction de procédures, de plans d'action et de documents écrits. Le passage d'une culture de l'oral à la généralisation des écrits dans le secteur médico-social est amorcé et doit être amplifié. Par exemple, dans le plan d'action de l'IME, dans le premier repère concernant l'utilisateur co-auteur de son parcours, la première action corrective est « compléter le dossier usager par un compte rendu annuel des professionnels médico-psychologiques sur la prise en charge » et une suivante concerne « l'élaboration et l'évaluation de l'ensemble des projets

⁵² Idée reprise dans l'article du 3 décembre 2010, PAQUET Michel, « le travail social au risque de la normalisation », *Activités Sociales Hebdomadaires* n°2685

personnalisés individualisés de l'utilisateur » . L'évaluation interne a en effet mis en évidence que des lacunes existaient concernant la systématisation des écrits par les professionnels et le respect des procédures, notamment dans la constitution et la consultation des dossiers des usagers.

Afin de constater l'avancée de chaque axe de travail dégagé par le plan d'action, des éléments de preuve (ou indicateur de suivi), dans le classeur qualité, doivent être réunis. Le rôle des écrits doit donc être défini afin de ne pas être assimilé à un moyen de contrôle. Le personnel doit en effet les reconnaître comme moyen de preuve des actions mises au service des besoins des usagers et non comme le moyen pour la direction de contrôler que le travail est réalisé. Le projet personnalisé par exemple doit être mis dans le dossier par l'éducateur référent de l'utilisateur, non pas pour que le cadre socio éducatif de l'unité puisse exercer un contrôle sur son équipe mais avant tout pour que tous les intervenants auprès de l'utilisateur et son représentant légal puisse le consulter et agir dans ce sens. Il aide alors à l'échange interdisciplinaire et permet de poser les bases du travail commun fait pour l'utilisateur, en accord avec celui ci puisqu'il signe le document.

L'appropriation des documents et des procédures à suivre par l'ensemble du personnel est essentielle pour leur utilisation. Ainsi, il est important que ces derniers puissent émettre un avis sur ces derniers ou participer à leur élaboration.

L'étude de terrain et les échanges avec les acteurs de l'IME m'ont ainsi permis de dégager des questionnements et des problématiques qui peuvent expliquer la difficulté existante de passer d'un plan d'action suite à une évaluation interne à une démarche d'amélioration continue de la qualité accomplie, autour d'un objectif commun pour tous les acteurs : développer les prestations pour correspondre au mieux aux attentes et besoins des usagers. À partir de ces constats, des préconisations peuvent être formulées afin d'amener l'établissement vers cette démarche quotidienne, notamment au travers de la communication aux agents, le management et les outils utilisés, l'utilisation faite des résultats de l'évaluation mais surtout l'évaluation des besoins des enfants de l'IME.

3 La démarche d'amélioration continue de la qualité à l'IME Le Chant du Loup et l'IDEFHI : pistes de travail essentielles pour développer la démarche

Fort de ces constats et de l'identification des pistes d'amélioration existantes au sein de l'IME en matière de démarche évaluative du service rendu à l'utilisateur, il m'a été possible de formuler des recommandations à ce sujet, en tant que future directrice d'une telle structure. La mise en place des suites de l'évaluation interne afin de mettre en œuvre les objectifs d'amélioration de la qualité des prestations passe ainsi par le questionnement réalisé autour des outils et méthodologies déployés dans ce sens, l'impact obligatoire sur les pratiques professionnelles et le management de l'IME, puis la réalisation de la participation des usagers dans l'expression de leurs besoins.

3.1 Réinterroger les outils et méthodologies utilisés

La démarche d'amélioration continue de la qualité doit pouvoir s'appuyer sur une méthodologie précise et des outils mobilisables afin de pouvoir mettre la satisfaction de l'utilisateur au cœur de toutes les actions entreprises dans le service par l'ensemble des professionnels. De plus, la recherche de l'amélioration du service rendu à l'enfant doit être une priorité pour le service, particulièrement dans son projet de service.

3.1.1 Construire des outils mobilisables et efficaces favorisant la participation de tous les agents

L'élaboration et la mise en œuvre des outils évaluatifs et participant au développement de la qualité doivent être repensées, en particulier au travers de la rédaction du référentiel de service de l'IME.

A) Faire le choix d'outils connus et accessibles

Afin de simplifier la démarche et la rendre accessible à tous, une réflexion a été menée sur l'élaboration des outils et procédures au sein du service. Dans le plan d'action élaboré suite de l'évaluation interne du service, une attention particulière est mise sur ce thème⁵³ avec pour objectif d'harmoniser les pratiques et permettre une bonne articulation entre les intervenants. Par exemple, une uniformisation doit être trouvée dans les documents utilisés par le personnel, les dossiers des usagers doivent être classer et

⁵³ Rapport évaluation interne IME, extrait de la partie : présentation des résultats « force est de constater que la mise en place de procédures et de protocoles reste parcellaire ».

compléter régulièrement, les outils de la loi 2002.2 nécessitent également une mise en œuvre ou une actualisation. La traçabilité des décisions prises notamment en réunions de direction ou en réunions techniques sur un thème particulier tous les 15 jours est à formaliser.

Il m'a été permis de participer à des moments de réflexion autour de ces thèmes en particulier aux côtés de l'équipe de direction. De plus, j'ai eu l'occasion de proposer de nouveaux documents et de les présenter ensuite aux cadres socio éducatifs pour qu'ils puissent les utiliser et les diffuser. Les documents concernant les absences des enfants, la constitution des groupes, les bilans à verser au dossier par les membres de l'équipe thérapeutique, le projet personnalisé et le dossier d'admission de l'enfant ont pu être harmonisés et actualisés. Les procédures ont elles aussi été formalisées et clarifiées notamment celles concernant l'admission de l'enfant et le rôle de son référent⁵⁴.

De plus, la communication sur ces nouveaux outils a été faite auprès de l'équipe de direction puis vers les équipes. Une instance d'informations de l'équipe thérapeutique a d'ailleurs été mise en place, constituée des médecins psychiatres, des psychologues, de l'art-thérapeute, des orthophonistes et des psychomotriciennes. Cette réunion mensuelle est l'occasion de créer un lieu d'échange avec la direction, représentée à ce moment par la directrice adjointe et moi-même. Elle nous a ainsi permis de faire un rappel sur la démarche qualité, ses avancées et de recueillir leur adhésion sur les nouveaux documents proposés (ex : fiche de bilan à verser au dossier de l'utilisateur annuellement, actualisation de la partie thérapeutique du projet personnalisé).

La méthodologie pour créer ces documents a été revue, l'avis des cadres socio-éducatifs et des agents a été d'avantage sollicité. Par exemple, par le biais d'une note de service, une réflexion sur la vie sexuelle et affective des enfants de l'IME a été amorcée au sein des équipes. L'accès aux documents vierges a été étudié, ils sont désormais disponibles dans la salle des cadres. En outre, chaque cadre dispose à présent d'un classeur actualisé réunissant toutes les procédures de l'IME afin de créer une cohérence entre les pratiques des différents pavillons d'enfants, chacun sous la responsabilité d'un cadre. Le but est alors de créer une véritable dynamique au sein de l'établissement et lutter contre le risque de cloisonnement des équipes.

Le classeur qualité, alors sous ma responsabilité, a été actualisé et réorganisé afin qu'il retrouve tout son sens dans la démarche évaluative. Des rencontres avec la

⁵⁴ ANNEXE N°3 : exemple de document créé suite au plan d'action de l'évaluation interne

Le logigramme de la mission du référent de projet

personne référente de la qualité au sein de l'IME m'ont permis de construire ce moyen de communication et d'information sur l'avancée de la démarche. L'ensemble des agents a été ensuite informé de son existence et de la possibilité de le consulter par le biais d'une note de service. Le service devra à court et moyen terme en mesurer l'effet, notamment par la lecture de la fiche de consultation et en tirer toutes les conclusions nécessaires pour la suite.

B) Amorcer la construction du référentiel de service

La construction d'un référentiel de service le plus adapté possible aux prestations délivrées par l'IME aux enfants est un axe d'amélioration essentiel de la démarche. Ce recueil doit pouvoir servir de standard pour définir les objectifs visés dans l'ensemble des domaines qui concerne l'établissement. Lors du comité de pilotage de l'IDFHI du 19 janvier 2010, la responsable de la cellule qualité a rappelé que son but est d'interroger les indicateurs de bonnes pratiques définies dans le projet d'établissement puis de service, de « questionner les exigences qualité énoncées dans ces derniers ». A cette occasion, les trois niveaux du futur référentiel ont été présentés aux directeurs de service : la qualité des prestations, celle de la relation à l'utilisateur et celle des processus.

Les trois pièges à éviter lors de sa construction ont alors été rappelés :

- Le risque de définir trop d'indicateurs qui permettrait de réaliser une évaluation précise mais trop longue à mener
- Le danger inverse de ne pas indiquer assez d'indicateurs qui donnerait une vision trop parcellaire de la réalité
- La peur d'être perçu comme un outil imposé par la direction

Sur cette base et avec la conviction forte que le référentiel ne peut se concevoir qu'avec la participation de l'ensemble des professionnels, j'ai pu contribuer à l'élaboration de la méthodologie de construction de ce document, notamment par l'apport de mon point de vue lors des temps de rencontre à ce sujet. Après une recherche documentaire sur ce sujet⁵⁵, notamment pour s'appuyer sur des exemples concrets et l'étude de l'ouvrage de Loubat René La démarche qualité en action sociale et médico-sociale, une présentation de l'objet et du sens du référentiel à venir a pu être faite à l'équipe de direction. Lors de réunions de pôle successives⁵⁶, les directions des différents services ont pu échanger sur les réflexions déjà menées et les difficultés existantes. L'objectif est alors de construire le référentiel service sur une base commune de l'IDFHI autour des trois niveaux, tout en

⁵⁵ Ex : mémoire ENSP 2007 de Sandrine MARIETTI-ROS La place de la satisfaction de l'utilisateur dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, le cas de l'IME Montaudran, annexe 3 : extrait du référentiel utilisé pour l'évaluation interne (droits des personnes accueillies)

⁵⁶ Réunions de pôle du 29 mars 2011, du 17 mai 2011 et du 14 juin 2011 réunissant le Directeur du Pôle Handicap de l'IDFHI, les directeurs des services, la responsable de la cellule qualité

l'adaptant aux spécificités de chaque service, de ses prestations, de ses modes de prise en charge et des usagers.

Après concertation avec les membres de l'équipe de direction de l'IME, il est décidé de construire une base commune⁵⁷ complétée par des items particuliers selon le mode d'accompagnement entre l'internat, le semi internat et le SESSAD. En raison du travail conséquent et long que demande l'élaboration de ce document, les items à développer en questions seront répartis entre les cadres socio éducatifs et leurs équipes dès la rentrée scolaire de septembre. L'ensemble sera progressivement validé ensuite par le comité de pilotage de l'IME. Consécutivement à la définition de l'ensemble des objectifs à décliner dans le document, des indicateurs devront être inscrits pour en mesurer l'atteinte⁵⁸. Concernant la méthodologie pour la construction des indicateurs, la recommandation de l'ANESM de juillet 2009⁵⁹ et l'ouvrage de Jean René LOUBAT cité ci dessus peuvent servir de bases au service. Le référentiel servirait de socle pour la préparation des prochaines évaluations, internes et externes, et à la création d'une cohérence dans les actes professionnels.

Même si la construction du référentiel semble fondamentale pour inscrire la démarche d'amélioration continue de la qualité dans le quotidien des équipes et que la direction doit s'y investir pleinement, il me semble nécessaire de toujours rappeler que le but est de créer un outil accessible et mobilisable pour tous les acteurs, intégrant toutes les particularités du secteur médico-social et de la réalité du terrain. Il doit devenir un réel outil dont les agents se saisissent pleinement en raison de son utilité. Le rôle de l'ensemble de l'équipe d'encadrement et de la personne référente qualité doit être celui de moteur auprès des équipes et d'impulsion d'une réelle dynamique participative et constructive autour de ce thème. Il doit s'en dégager les valeurs et objectifs du service, défendus par chacun, qui donnent la force de leurs actions. Le travail dans ce sens doit être une priorité pour l'IME s'il souhaite réunir tout le monde autour de cette réflexion et surtout l'inscrire dans le temps de façon continue.

⁵⁷ ANNEXE N°8 : document de travail pour la réalisation du référentiel de service

ANNEXE N°7 : extrait de la Recommandation de Bonnes Pratiques, la conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles, ANESM, juillet 2009

⁵⁸ Anesm, juillet 2009, Recommandations de Bonnes Pratiques « la conduite de l'évaluation interne dans les établissements sociaux et médico-sociaux » : « les indicateurs donnent des informations sur l'atteinte quantitative et qualitative du niveau d'exigence déterminé auparavant ».

⁵⁹ ANNEXE N°7 : extrait de la Recommandation de Bonnes Pratiques cité ci dessus

3.1.2 Interroger en permanence le service rendu à l'enfant

A) Mettre en place un réel suivi de l'exécution du plan d'action

L'évaluation interne a permis de dresser un état des lieux des prestations fournies à l'IME autour de la notion de « bientraitance » et ainsi d'inscrire dans un tableau les actions d'amélioration nécessaires avec la nomination de personnes responsables et des échéances pour chacune. Certaines actions ont alors permis d'amener des réflexions, l'écriture de procédures et de documents mais une lacune flagrante demeure : aucun moyen de suivi régulier n'était mis en place. Lors de mon arrivée en stage, aucun outil n'était utilisé pour suivre concrètement l'avancée du plan d'action, or la réalisation d'un bilan intermédiaire pour le début de l'année 2011 était programmée. La préparation de ce bilan m'a permis de comprendre que la démarche n'était pas encore institutionnalisée, que le stade des résultats de l'évaluation interne devait être dépassé.

Afin d'éclairer mes propos, un exemple peut être cité. Le plan d'évaluation interne de l'IME préconisait la mise en place d'un bilan thérapeutique dans le dossier de chaque usager et le passage en réunion annuelle de synthèse de chaque enfant en vue de la réalisation ou l'évaluation de son projet personnalisé individualisé. Les consignes à ce sujet ont, en conséquence, été rappelées mais aucun moyen de suivi n'a été élaboré pour en mesurer l'effectivité ensuite.

L'étude de chaque dossier des 220 usagers m'a permis de faire l'état des lieux sur ces deux actions et de dresser plusieurs constats. Par exemple, de nombreux PPI manquaient dans des dossiers et certains enfants n'avaient pas de bilan thérapeutique annuel. L'exposé des résultats de ces investigations à l'ensemble de l'équipe de direction m'a permis d'apporter des hypothèses à ce sujet : certains PPI manquaient au dossier parce que des éducateurs référents les détenaient sur les groupes au lieu de les remettre au dossier, souvent en attendant de rencontrer les familles pour les faire signer ou de récupérer l'ensemble des documents des autres intervenants mais également parce que les temps dédiés aux synthèses ne suffisaient pas en raison du grand nombre d'enfants. Concernant les bilans thérapeutiques, il est ainsi apparu que le manque du document pouvait venir d'une absence de prise en charge de l'enfant ou d'un oubli du professionnel.

Ces exemples permettent de montrer qu'il est indispensable que des outils simples soient clairement identifiés et utilisés pour le suivi de la réalisation du plan d'action. Son évaluation ne doit pas se faire que ponctuellement lors des bilans intermédiaires ou des nouvelles évaluations du service. Néanmoins, il m'apparaît évident que ce travail régulier

peut être chronophage. Les personnes en charge de cette mission doivent donc être clairement définies et soutenues par la direction. Ces constats rejoignent mes propos déjà formulés au sujet de la personne « référente qualité » au sein du service. Il apparaît manifeste qu'une seule personne, non affectée à cette seule mission, puisse mener tous ces suivis. Même si la solution idéale semble être celle de la nomination d'une personne sur le service seulement dédiée à cette mission, cela semble difficile pour des raisons financières. Le rôle de référent qualité devrait être alors être partagé entre deux membres volontaires de l'équipe de direction et le suivi des différentes actions devraient être réparti entre les cadres socio éducatifs afin que ce travail ne pèse pas excessivement sur chacun et que tous s'y s'investissent concrètement.

L'informatisation des dossiers des usagers et des PPI peut également être considérée comme un autre biais pouvant être proposé au service pour améliorer le suivi du plan d'action.

Le travail réalisé en amont de la réalisation du bilan intermédiaire (actualisation du classeur qualité, état des lieux sur les actions entreprises et restantes, quantification des avancées, réunions des éléments de preuve demandés par action) a cependant permis aux évaluateurs (la personne responsable de la qualité au sein de l'IDFHI et le référent qualité d'un autre service) de constater dans leur rapport de suivi du plan d'action que « la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'IME donne lieu à une procédure formalisée (comité de pilotage, classeur qualité à jour, etc...) connue de l'ensemble des cadres. La consultation des documents permet d'affirmer qu'il existe une préoccupation réelle de lisibilité des actions correctives menées ». Nonobstant ces éléments, il me semble important de rappeler que le suivi du plan d'action doit concerner l'ensemble des personnes responsables des équipes sur lesquelles les décisions prises à ce sujet s'appliquent. L'investissement de chacun permettrait d'éviter le sentiment de manque de cohérence entre les membres de l'équipe de direction lors de la prochaine évaluation, contrairement au constat fait pour les évaluateurs lors de leur passage pour le bilan intermédiaire⁶⁰. De plus, le partage du plan d'action entre les cadres socio éducatifs permettrait de donner une dimension transversale à leurs fonctions et ainsi lutter contre le cloisonnement des équipes des différentes unités de travail.

⁶⁰ Rapport du suivi du plan d'action de l'IME, février 2011, « si les réunions d'équipe de direction abordent la démarche qualité, les effets sur le terrain restent difficilement mesurables et ne paraissent pas homogènes d'une unité à l'autre : il est évoqué « 5 IME dans l'IME ». De ce fait il existe des différences d'appropriation de la démarche entre les différentes unités de l'IME ».

B) Rechercher les effets des actions mises en œuvre suite à l'évaluation

La démarche mise en place doit également permettre d'en mesurer les effets positifs ou non, prévus ou imprévus, attendus et constatés et ainsi être elle-même évaluée afin toujours progresser. Dans les recommandations de l'IGAS et de l'ANESM, la mesure de l'impact fait partie intégrante de l'objet de l'évaluation (« quels sont les effets des actions conduites ? ⁶¹») car elle porte sur les effets produits par les activités, leur adéquation aux besoins et aux attentes des personnes accueillies. Dans la recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM, dans l'étape 4 de la mise en œuvre de la démarche évaluation. La prise en compte des effets des actions déployées sur les usagers doit se faire au travers d'enquêtes auprès des enfants et des professionnels, de questionnaires de satisfaction et lors de la définition des indicateurs dans le référentiel de service. La prise en compte de ces effets sur le court, moyen et long terme pour les enfants doit permettre au service de donner une nouvelle dimension à la démarche déjà engagée.

Cet axe de travail a déjà été en partie posé par la personne responsable de la cellule qualité de l'IDEFHI afin de préparer la future évaluation externe, notamment lors de la réunion du pôle « handicap » du 14 juin 2011. Le service doit donc se mettre en mesure de s'interroger sur les obligations qu'il a envers les enfants dans la mise en œuvre des prestations, sur la notion d'« obligation de résultat enfant par enfant » sous entendue par celle de l'évaluation des prestations. Néanmoins, il est nécessaire de reconnaître que la mesure du résultat de la prestation sur l'enfant est souvent compliquée à réaliser. L'étude des effets doit donc obligatoirement avoir deux dimensions complémentaires : quantitatif et qualitatif. En effet, par exemple, s'il semble possible de mesurer le nombre d'enfants dont les parents sont rencontrés annuellement, il est difficile de se rendre compte seulement sur la base de ce chiffre du travail permanent fait par les éducateurs avec les familles. Il faut ainsi éviter de tomber dans le piège de vouloir quantifier à outrance, ce qui engendrait une perte de sens de l'activité médico-sociale.

C) Rechercher continuellement la mise en adéquation des prestations avec les besoins de la population dans la réécriture du projet d'établissement

L'actualisation du projet de service de l'IME apparaît comme une priorité lors de mon arrivée en stage. Il doit effectivement être mis en adéquation avec le projet de l'IDEFHI, dans le fond et dans la forme. Des groupes de travail ont alors sollicités autour

⁶¹ Réf page 13 du mémoire

de thèmes précis et le comité de pilotage a été mis à contribution pour valider les avancées dans la rédaction.

Dans l'esprit direct du projet de l'IDEFHI, le projet de service 2011-2015 de l'IME a été structuré en trois parties : la structure et ses prestations, la gouvernance et l'organisation de la prise en charge, puis le projet opérationnel. Cette dernière partie apparaît comme l'élément principal dans la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Elle permet de décliner sous forme de fiches actions sur les différents grands axes de travail les constats et les pistes d'amélioration à venir. Ces priorités sont en lieu direct avec les constats faits par l'évaluation interne du service.⁶²

Ma participation aux réflexions sur la rédaction des fiches actions et à la mise en page du projet de service pour permettre une homogénéisation dans l'écriture m'a alors permis de prendre part à la création du lien entre ce projet qui exprime la ligne directrice de la politique du service dans le temps et la démarche d'amélioration continue de la qualité. En effet, ces deux outils ont le même objectif : proposer des actions adéquates pour les besoins des enfants. De plus, la dimension évaluative est inscrite dans ce projet comme méthodologie d'actions dans la partie « évaluation des projets, de la structure et des pratiques professionnelles ».

Suite à des échanges constructifs entre la direction de l'IME et le directeur de pôle ainsi que la responsable de la cellule qualité au sujet des travaux déjà entrepris pour le futur projet de service, un réel travail sur la définition de la population accueillie dans le service a été engagée. En effet, pour améliorer les prestations en fonction des besoins des enfants, il est nécessaire de définir à la base la population accompagnée au sein de l'IME. Une étude documentaire et des réunions de travail avec l'équipe de direction, les médecins psychiatres, les membres de l'équipe thérapeutiques, les équipes par le biais de leur supérieur hiérarchique ont permis de recueillir les différents avis à ce sujet et surtout de montrer les limites sur ce sujet (divergences sur les termes médicaux à utiliser, différence de point de vue des professionnels, évolution des troubles et des profils lors des nouvelles admissions, problématiques autour des relations avec l'Aide Sociale à l'Enfance lors des doubles prises en charge et la MDPH lors des orientations). L'étude de la population accueillie, au travers des orientations MDPH doit ainsi être renforcée pour améliorer la définition des besoins des usagers pour engager un réel processus d'adaptation continue du service par rapport à ces éléments.

⁶² Extrait projet de service 2011-2015 (document de travail) « En effet, projet et qualité vont de paire et l'évaluation est faite pour mesurer l'écart entre l'intention première et l'acte réalisé.

Il me semble fortement conseillé pour le service de continuer à développer la participation d'un maximum d'acteurs autour de sujets centraux comme celui de la définition de la population accueillie car cela semble indispensable pour créer de la cohésion et dégager des valeurs communes dans les actions entreprises. La démarche d'amélioration continue de la qualité ne peut effectivement fonctionner que si le service affiche une unicité dans ses valeurs et principes d'actions autour de l'enfant et une pluridisciplinarité dans sa prise en charge. Le travail autour du référentiel de service devra s'appuyer sur ces principes et être la traduction concrète du projet de service.

3.2 Utiliser la démarche comme outil de mise en valeur des prestations délivrées par l'IME

La démarche évaluative est l'occasion pour le service de mettre en avant les prestations que l'ensemble des professionnels mettent en œuvre au service des enfants. Dans un premier temps, cela permet en effet de faire évoluer les pratiques professionnelles en interne, notamment avec la mise en place de dispositifs de reconnaissance de la qualité du travail fourni. Puis dans un second temps, ceci représente une opportunité pour le service de se positionner sur le territoire, notamment face aux autorités de tutelle.

3.2.1 Mettre en valeur et renouveler les pratiques professionnelles

A) Valoriser les pratiques existantes

Le premier objectif de lors la réalisation de l'évaluation est de dresser des constats sur les prestations fournies par le service pour répondre aux besoins des enfants en matière éducative, pédagogique, thérapeutique et d'insertion socio-professionnelle. L'ensemble des professionnels de l'IME œuvrent continuellement en ce sens. Il est donc important de se saisir de la démarche pour décrire les accompagnements réalisés, les moyens déployés pour amener l'enfant vers l'autonomie et l'insertion dans la société, en fonction de sa volonté et de ses capacités. Ainsi, l'ensemble des savoirs faire des acteurs de l'IME doivent être répertoriés, affichés puis valorisés clairement, dans un objectif de reconnaissance du travail réalisé.

L'obligation légale d'évaluation interne imposée par la loi du 2 janvier 2002 oblige le service à démontrer la qualité déjà existante de ces prestations. La loi permet seulement de formaliser la reconnaissance des pratiques existantes. Il serait totalement extravagant de penser qu'avant celle ci, les dimensions de qualité dans les actions réalisées vers l'utilisateur et de satisfaction de ses besoins n'existaient pas. En réalité, la

nouveauté réside dans le fait de poser un réel état des lieux à un instant donné sur les prestations du service afin de poser les bases d'axes d'amélioration. L'utilisation d'outils comme les plans d'actions ou le référentiel n'ont que pour objectif de codifier des pratiques déjà existantes. Il est alors fondamental de rappeler aux agents qu'ils faisaient déjà de la qualité avant et recherchaient déjà à améliorer leurs pratiques en fonction des besoins des usagers mais que cela n'était pas posé comme principe, comme valeur d'action et n'était pas encore mesuré et institutionnalisé. Le développement de la formalisation des pratiques permet d'introduire une transparence et de la lisibilité à leur action, qui se répercute ensuite en terme de reconnaissance, de valorisation des pratiques et de démonstration de la qualité du travail accompli.

La communication autour de cette idée est alors essentielle pour que les agents aient l'envie de se saisir de la démarche et la fasse progresser. En effet, une fois que ce principe sera posé clairement auprès des équipes, elles pourront se l'approprier comme outil pour montrer l'étendue de la qualité du travail accompli tout le long du parcours de l'enfant puis de l'adolescent. Les professionnels pourront alors ensuite reconnaître le deuxième objectif de l'évaluation interne, celui de vouloir faire progresser les prestations de l'IME. Le passage d'une logique de quantité de moyens à celle de qualité des prestations dans les réflexions professionnelles paraît essentiel à réaliser.

Ce stage a été l'occasion de mettre en place un exemple d'outil de valorisation des pratiques professionnelles dans les pavillons. En effet, un questionnaire a été engagé pour donner aux équipes un moyen concret de mettre en avant leurs pratiques dans le cadre de la démarche qualité. Après des échanges avec des membres de l'équipe de direction, il a été proposé de passer dans chaque équipe, sur un temps de réunion, afin de rappeler le sens de la démarche et de leur proposer un nouvel outil pour la rentrée. Il s'agit de la mise en place d'un album par pavillon, où chaque équipe pourra afficher les actions entreprises au cours d'une année scolaire avec les enfants. L'outil est modulable afin que tous les membres d'une équipe puissent s'y investir, ainsi que les enfants. Cet album pourra alors servir comme biais d'informations des autres équipes et des parents sur le quotidien des enfants. Une personne sera en revanche responsable de l'album pour la compilation des informations et pour sa communication annuellement à l'administration de l'IME. Cette transmission n'est pas d'un moyen de contrôle pour la direction mais la possibilité de regrouper l'ensemble des albums dans un seul et de le rendre accessible aux autres équipes. Cet outil pourra servir également d'appui aux cadres pour présenter aux autres les activités de leur équipe et alors susciter l'échange. Le but est alors de permettre un décroisement des pratiques des différents pavillons par l'ouverture de chacun sur celles des autres. De plus, l'album représente un excellent moyen pour réunir

les preuves nécessaires pour prouver les actions entreprises dans le cadre du plan d'action tout en étant au plus près du terrain et inscrit dans le quotidien.

B) Impulser une dynamique d'amélioration des pratiques

L'utilisation de la démarche qualité pour améliorer et renouveler le service rendu aux enfants en fonction de l'évolution de la population accueillie et de ses besoins passe alors par le plan de formation du service. L'IME et plus largement l'IDEFHI, en lien avec la direction des ressources humaines, doivent inscrire la démarche évaluative dans les priorités lors de la définition des formations proposées aux agents, au delà de celle dispensée aux personnes référentes de la qualité dans les services. En effet, cela permettrait de sensibiliser l'ensemble du personnel à ce sujet et surtout de développer l'envie de tous de s'y investir. Ces éléments peuvent être également évoqués lors de l'entretien d'évaluation annuel de chaque agent, auquel j'ai eu plusieurs fois l'opportunité d'assister. Par exemple, la participation à la démarche peut s'inscrire dans les objectifs annuels donnés aux cadres socio éducatifs par la direction de service.

L'IME doit continuer de développer, en fonction de ces moyens, les dispositifs innovants comme les séances d'analyse des pratiques professionnelles. Organisées par une personne extérieure au service et regroupant une catégorie de professionnels de l'IME, ses moments permettent aux participants de développer une posture réflexive sur ce qu'ils font. Le plan d'action de l'évaluation interne prévoyait l'augmentation des professionnels touchés par ces séances. Malgré une réelle expansion du dispositif constatée lors du bilan intermédiaire, le rapport qui a suivi a rappelé la nécessité d'augmenter le dispositif. D'ailleurs, une grande majorité des professionnels de l'IME, au travers de la parole de leurs cadres socio éducatifs, ont exprimé leur satisfaction et le souhait de continuer.

Suite à de nombreuses réflexions sur la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et ses lacunes, il a été décidé par la direction du service d'inverser le mode de réflexion sur l'amélioration des pratiques. L'équipe de direction avait pour pratique de réfléchir ensemble sur un thème précis pouvant aboutir sur la construction d'outils puis les cadres sont en charge de les faire appliquer sur le terrain. Le bouleversement alors initié suite à l'évaluation est de proposer aux équipes de réfléchir ensemble sur un thème dans un premier temps (ex : sur la vie sexuelle et affective des enfants) lors des temps de réunions dans les pavillons, sans ajouter de nouveaux temps de rencontre puis d'en débattre ensuite en réunions de direction. Le but

est alors de permettre aux personnes les plus près des usagers au quotidien de devenir une réelle force de proposition et d'initiative. Les cadres sont également encouragés à proposer des thèmes d'étude en fonction des différents sujets abordés en réunions d'équipe et également d'en garder une trace écrite. Le but de ces actions est de permettre aux agents de réinterroger les évidences, les pratiques installées depuis longtemps. La démarche qualité permet alors de distinguer ce qui appartient de la théorie critiquable de l'idéologie relevant de la croyance que la pratique est par nature justifiée⁶³.

Afin de renforcer la participation des agents au renouvellement et au questionnement des pratiques au sein de l'IME, dans le cadre de la mise en œuvre d'une démarche continue, une réelle réflexion a été également engagée autour de la notion d'éthique. Ce travail fait suite à la parution de la Recommandation de Bonnes Pratiques de l'ANESM intitulée « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » d'octobre 2010. Suite à la transmission d'informations à ce sujet par la responsable qualité lors des réunions de pôle et des réunions techniques, le service s'est emparé de ce sujet. Après distribution à l'ensemble de l'équipe de direction de la publication, un diaporama informatique m'a permis de présenter les grands axes de celle-ci lors d'une réunion de direction et d'une réunion de l'équipe thérapeutique. L'ensemble des acteurs a alors pu rechercher dans sa pratique des situations où des problématiques liées à l'éthique ont pu apparaître. Un dialogue a pu se mettre en place autour des sujets recensés. Il me semble alors important que le service continue dans ce sens pour créer une éthique institutionnelle affichée afin de renforcer la qualité de l'accompagnement des enfants.

3.2.2 Se positionner sur un territoire grâce à une lisibilité accrue du service rendu

Le service doit s'ouvrir vers l'extérieur. Outre la volonté d'ouvrir l'IME afin d'œuvrer pour l'insertion des enfants, la démarche initiée au sein de l'IDEFHI permet à l'ensemble des services comme l'IME de donner de la lisibilité sur les prestations délivrées et sur les valeurs qui guident leurs actions. L'IME doit donc se saisir de cette opportunité pour communiquer avec l'ensemble de ses partenaires sur la qualité mise en œuvre mais aussi s'inscrire dans une véritable politique territoriale pour répondre à des besoins précis.

A) Communiquer avec les partenaires extérieurs

Les résultats de l'évaluation interne de l'IME ont fait l'objet d'un rapport envoyé aux autorités de tutelle. Il permet de montrer que le service a rempli l'obligation légale

⁶³ Concept repris dans l'article « L'évaluation de la démarche qualité : face aux défis de la complexité », les Cahiers de l'Actif, n°330-331, novembre-décembre 2003.

d'évaluation mais surtout d'exposer les points forts des prises en charge ainsi que les pistes d'amélioration. Si la loi ne prévaut pas de sanction explicite si un service refuse de se soumettre à cet exercice, elle lie en revanche le calendrier des évaluations avec celui des renouvellements d'autorisation. L'IME montre ainsi qu'il respecte les contraintes et qu'il met en place une réelle démarche d'amélioration continue de la qualité dans sa politique générale. Afin de financer ces actions prévues sur le long terme, des moyens doivent être dégagés. Il est alors préconisé que l'IME défende l'idée de changement du mode de gestion budgétaire. Il souhaite en effet la rendre plus simple et plus efficiente grâce à un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens à la place de la tarification au prix de journée. Cela permettra à l'IME de bénéficier d'une dotation globale sur cinq exercices budgétaires et d'une totale fongibilité des crédits entre les trois groupes budgétaires (fonctionnement, salaires et frais de structures). De ce fait l'établissement pourra gérer au mieux ses finances et donc prévoir le financement des actions d'amélioration du service sur plusieurs années.

De plus, l'IME doit utiliser cette démarche comme un réel exposé sur la qualité de ces prestations car la loi HPST⁶⁴ par le biais de la procédure d'appels à projet accroît la concurrence entre les établissements. Le service doit donc démontrer sa capacité de répondre à une demande ciblée et celle d'évaluer ces dispositifs pour les faire continuellement évoluer. Cela peut également être un élément à mettre en avant lors des échanges avec l'Agence Régionale de Santé.

De réels partenariats peuvent également naître sur la base des améliorations prévues dans le plan d'action, notamment avec la MDPH, les hôpitaux, le secteur de l'Aide Sociale à l'Enfance ou l'éducation nationale. En effet, l'ouverture du service sur l'extérieur est un des axes essentiels de l'évaluation et doit être développé au sein de l'IME. Il doit ainsi participer aux différents groupes de travail sur la coopération et la coordination entre ces instances et œuvrer dans ce sens. Des protocoles et des outils de communication peuvent naître de ces échanges. L'objectif de ces mécanismes est de permettre de mettre en place un parcours le plus cohérent et fluide pour l'utilisateur, avec la reconnaissance de l'identité et du rôle de chaque intervenant.

B) S'inscrire dans une politique territoriale

La démarche qualité peut également permettre au service de s'inscrire dans une politique territoriale donnée, définie dans des schémas. Le projet de service prévoit en

⁶⁴ JORF n°0167 du 22 juillet 2009 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

effet la participation de l'IME au futur schéma régional handicap avec l'ARS. L'état des lieux fait des prestations fournies par l'IME et sa capacité à les développer peut lui permettre de devenir une force de proposition dans la définition de la politique territoriale mais également d'évaluer s'il est en adéquation avec les besoins de la population.

L'IME a eu ainsi l'occasion de participer à l'enquête du CREAL puis à celle de l'ARS Haute Normandie au sujet de la population accueillie dans le service, en particulier au sujet des pathologies et déficiences rencontrées. Par ce biais, le service prend part à la définition du profil des jeunes accueillis dans les IME dans la région et ainsi des besoins du territoire en matière de prestations. Plus largement, l'ensemble des prestations proposées par l'IME et le développement de nouveaux modes de prise en charge (ex : accroissement prévu du SESSAD) doit se faire en corrélation avec une politique régionale mais aussi nationale.

Néanmoins, un effort de communication et d'explication doit être fait par la direction sur le fait que, outre les limites de moyens, le service doit chercher à s'adapter continuellement aux besoins du territoire, pour s'inscrire dans une politique globale et ne pas chercher à faire correspondre les profils d'enfants lors des admissions aux prestations existantes. A partir de cet élément, un réel travail sur le décloisonnement du service pourra se faire. L'idée de la création d'une réelle plate forme de service évolutive se développera progressivement, en lien avec celle de désinstitutionnalisation prônée par l'Union Européenne.

3.3 Mobiliser l'ensemble des acteurs du parcours de l'enfant

Afin d'enclencher une démarche d'amélioration de la qualité des prestations, l'ensemble des agents du service doivent se mobiliser autour de cet objectif. L'enfant, en tant que principal bénéficiaire de cette démarche doit également désormais y trouver sa place.

3.3.1 Mobiliser l'ensemble du personnel autour de la démarche

A) Adapter le management du service

Dans un premier temps, l'équipe de direction doit se saisir pleinement de la démarche. L'ANESM rappelle en effet que « l'évaluation s'intéresse à ce que les activités concernées produisent comme transformation, en vue de nourrir une décisions »⁶⁵. Elle doit être utilisée comme outil d'aide à la décision et de planification des actions à venir.

⁶⁵ Anesm, juillet 2009, Recommandations de Bonnes Pratiques « la conduite de l'évaluation interne dans les établissements sociaux et médico-sociaux »

Elle vient consolider les moyens de pilotage, en particulier pour le directeur. Il lui appartient donc d'être la personne responsable de la démarche, notamment par le fait qu'il est signé le plan d'action de l'évaluation interne. Sur cette base, il va définir les priorités et axes de travail à venir. De plus, il doit œuvrer pour détacher la notion de recherche de qualité de celle de l'augmentation des moyens. Les pistes d'amélioration doivent en premier lieu concernées l'optimisation des moyens existants avant que la question de leur augmentation soit posée dans un second temps. Une logique basée sur les besoins et non les moyens doit se mettre en place.

L'ensemble de l'équipe de direction doit être également au cœur de la démarche car c'est au travers d'eux que les informations vont redescendre vers les équipes et que la démarche pourra être pérenne. A ce sujet, les cadres socio éducatifs ont été sollicités lors de la réalisation du bilan intermédiaire et le passage dans leur équipe au sujet de la qualité a été préparé avec eux au préalable. La nomination d'une deuxième personne référente qualité pour renforcer le lien avec la Direction Générale et la délégation de missions particulières en lien avec la réalisation du plan d'action à chacun d'entre eux sont d'autres idées que j'ai également évoquées dans ce sens. Au travers de la responsabilisation de l'équipe de direction envers la réalisation de la démarche, le directeur de service et son adjointe doivent rechercher la mise en place d'une unité et une cohérence dans les pratiques et une transversalité des missions de chacun. Grace à cette politique, l'équipe de direction pourra faire redescendre la démarche dans les équipes de façon homogène, sur des bases similaires.

Dans un second temps, après que la direction ait clairement affiché son engagement dans la démarche, l'ensemble des professionnels présents à l'IME doit se l'approprier. L'objectif est d'intégrer la notion de qualité à l'ensemble des pratiques professionnelles sans donner le sentiment d'alourdir le travail de chacun. Cette étape passe par le biais de l'affichage, comme par exemple celui du plan d'action réactualisé régulièrement. Les échéances mises à chaque action doivent être connues et respectées par tous. La communication doit également être un moyen à privilégier, comme sur les avancées lors des réunions d'équipe ou sur les décisions de la Direction Générale en matière de qualité. Le rappel du sens de la démarche et de ces objectifs paraît également une priorité à développer notamment lors des passages dans les équipes et aussi par le biais d'un document explicatif qui pourrait faire la synthèse, une sorte de « memento » de la qualité. Le rôle du comité de pilotage semble devoir être également recadré afin que cette instance retrouve toute sa place dans la démarche. Il doit valider des travaux réalisés par des groupes de travail interdisciplinaires formalisés. A ce sujet, la construction des groupes, les objectifs de travail et les échéances doivent être impérativement décrites par la direction pour la réécriture du projet de service. La volonté

de la direction de créer un management participatif doit être réaffirmée et institutionnalisée afin que le degré d'implication soit le même dans tout l'IME.

Des moyens pour réunir l'ensemble des équipes autour de la démarche qualité doivent être pensés. L'ITEP de l'IDFHI a mis en place en 2011 une journée de séminaire réunissant l'ensemble de son personnel. Ce moment a été l'occasion de rappeler les axes du plan d'action, de faire intervenir la personne responsable de la cellule qualité de l'IDFHI et de présenter les nouvelles recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. Cet exemple peut être une piste à développer au sein de l'IME lors de l'élaboration du calendrier des après midis dits « libérés » sans enfant réservés à des temps de réunions, en profitant du fait que l'établissement bénéficie désormais d'une salle de restauration pouvant accueillir l'ensemble des agents.

B) Créer un système global pour la qualité

La démarche qualité au sein de l'IME doit s'élargir un maximum pour toucher tous les domaines qui peuvent avoir un impact sur la qualité des prestations en réponse aux besoins des enfants. Il est alors préconisé de penser un réel passage d'un management pour et par la qualité, au travers de la réalisation des procédures à suivre, dans les priorités de recrutement et de formation, dans la définition de la politique budgétaire et financière. Par exemple, un ensemble de documents sur les valeurs, les projets et les outils du service peut être créé pour être donné à tous les nouveaux agents.

De plus, une réelle politique globale doit donc se mettre en œuvre afin de limiter tous les événements qui pourraient venir diminuer la qualité. Le lien doit être fait avec la démarche Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail de l'IME. L'occasion m'a été également donné de remettre à jour le document unique et de créer des fiches standards listant les situations de risque et leur gravité selon le poste de travail. Le travail réalisé aux côtés des deux personnes référentes de la sécurité dans le service m'a permis de comprendre l'impact possible de cette démarche sur le niveau de qualité des prestations. En effet, l'amélioration de la sécurité et des conditions de travail des agents est en lien avec les niveaux d'accidents du travail et d'absentéisme ; or pour que les équipes puissent accompagner les enfants dans les meilleures conditions, les situations de manque de personnel doivent être limitées. Plus largement, toujours dans l'objectif d'améliorer le service rendu aux enfants, un système global de gestion des risques doit être pensé avec la formalisation des remontées à la direction des incidents et dysfonctionnements survenus, afin de pouvoir les limiter par la suite.

3.3.2 Situer l'utilisateur dans la démarche : l'obligation de placer sa satisfaction au cœur des actions

Suite au constat qu'une lacune existait dans la démarche qualité au sujet de la participation de l'utilisateur, un dispositif a été mis en place pour interroger sa satisfaction. De manière plus globale, sa participation aux décisions concernant le service doit être renforcée pour le replacer au cœur de la démarche.

A) Questionner la satisfaction de l'enfant

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, les usagers de l'IME Le Chant du Loup ont été interrogés individuellement dans un questionnaire de satisfaction afin de mesurer leur ressenti par rapport à la qualité des prestations fournies par le service. En effet, l'analyse des résultats a pour objectif de mesurer quantitativement leurs points de vue et d'améliorer l'adéquation entre les besoins exprimés et les moyens déployés. Ainsi, un questionnaire⁶⁶ autour de plusieurs items a été construit et présenté en équipe de direction. Les items choisis représentent les différents pans de la prise en charge de l'enfant (accueil, prestations, droits et devoirs, relations avec la famille, sortie et orientations). Une dernière partie du questionnaire avait pour objectif de permettre aux enfants de l'évaluer et de formuler des propositions d'améliorations.

Après un débat en équipe de direction au sujet des modalités les plus appropriées à mettre en place pour la réalisation du questionnaire, le choix a été fait de proposer aux familles de le remplir avec leur enfant lors de la réunion de rencontre avec les éducateurs référents, du 4 février 2011. Ainsi, après explication par les éducateurs référents du questionnaire et de ses objectifs, les familles avaient la possibilité d'accompagner leur enfant à le remplir sur place ou lors du retour au domicile. Pour les familles absentes ou celles qui le souhaitent, l'accompagnement a été fait par les éducateurs. Néanmoins, en fonction de leurs capacités, certains jeunes ont pu remplir le questionnaire seul.

Ensuite, un travail de centralisation des documents a été fait et a permis de réunir 159 questionnaires soit un taux de participation de 81%. Ce taux significatif permet d'avoir un large panel d'utilisateurs qui se sont exprimés et donc de juger les réponses représentatives de la population de l'IME. La grande majorité des enfants a été accompagnée pour remplir le document : 131 enfants ont ainsi fait le questionnaire avec leurs parents ou un éducateur contre 24 qui l'ont réalisé seuls. Concernant l'étape du

⁶⁶ **ANNEXE N°4** : extraits de la trame du questionnaire de satisfaction à l'attention des enfants de l'IME

dépouillement des questionnaires⁶⁷, il est apparu à l'équipe de direction plus approprié de faire participer des membres des équipes éducatives. Ainsi, des binômes entre les membres de l'équipe de direction et des éducateurs de différents pavillons ont été formés pour entrer les données dans une base. Cette étape a permis à chacun de commencer à échanger sur les réponses des enfants et de voir les limites d'un dispositif lourd lorsqu'il concerne un aussi grand nombre d'enfants et de questions.

Après un travail de compilation et de mise en forme des données, les résultats items par items et pavillon par pavillon ont été présentés à l'équipe de direction afin de réaliser une analyse⁶⁸ sur le contenu des réponses, sur les limites rencontrées et les préconisations pour le prochain questionnaire des enfants puis de leurs représentants légaux.

B) Généraliser la participation de l'enfant

Une réflexion a été commencée au sujet de la participation de l'enfant aux décisions du service les concernant. Dans cette optique et suite aux résultats de l'évaluation interne, les membres du conseil de la vie sociale ont été renouvelés et réunis plusieurs fois. En effet, ce dispositif n'était pas actif depuis un certain temps alors qu'il représente l'instance fondamentale où les enfants et leurs représentants légaux peuvent s'exprimer devant la direction. Une première réunion a permis d'élire le président parmi les enfants puis de rappeler l'objet de cette instance. Une seconde a eu pour objet la présentation des résultats de l'enquête de satisfaction. Les enfants sont ensuite sollicités pour faire redescendre les informations dans leur groupe et de faire remonter les nouvelles questions. Cette instance doit retrouver toute sa place dans l'institution et doit permettre de faire avancer les pratiques professionnelles.

Afin de faire correspondre au mieux les prestations proposées au sein de l'IME, les enfants vont dorénavant être associés à la réécriture de certains documents comme le livret d'accueil ou la charte des droits et devoirs de la personne accueillie. Cela semble en effet être le meilleur moyen pour rendre accessible ces documents aux enfants et ainsi dépasser la vision de l'aidant. Plus largement, l'association des enfants à la politique du service et aux différents projets doit être élargie car il représente la personne concernée en premier lieu par la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations délivrées à l'IME.

⁶⁷ **ANNEXE N°5** : exemple de grille de dépouillement de l'enquête de satisfaction

⁶⁸ **ANNEXE N°6** : extraits de l'analyse de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des enfants de l'IME, mai 2011

Conclusion

La loi n°2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale introduit une obligation d'évaluation pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux. En effet, l'article L312-8 du code de l'action sociale et des familles énonce « les établissements et services mentionnés à l'article 312-1 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 (...) par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les 5 ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation ». L'évaluation interne de l'IME et plus largement l'IDEFHI représente l'opportunité pour engager une réelle réflexion sur la mise en œuvre d'une démarche plus globale, touchant tous les domaines de l'organisation et s'inscrivant sur la durée : la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, au plus près des besoins des enfants. Ce bilan posé sur les prestations du service doit être également l'occasion pour celui-ci pour mener une véritable réflexion sur son mode de management au travers l'équipe de direction, sur sa communication envers l'ensemble des agents et sur la participation des usagers. Plus globalement, cette démarche doit permettre de poser un regard sur les pratiques professionnelles de l'IME pour les faire évoluer en fonction des besoins et des projets institutionnels. Il semble important que le service puisse alors mener une réelle réflexion en amont, notamment dans la réécriture du projet de service, sur les principes qui doivent guider les actions de chacun des intervenants. **Une véritable logique de besoins et non de moyens doit déterminer la politique de l'établissement.** Néanmoins, il me semble important de préciser que ce sujet peut apparaître sensible dans un contexte de restriction budgétaire, ce qui a pu complexifier mon investigation à certains moments. L'idée que la recherche de la qualité n'est pas compatible avec celle de la volonté de rationaliser les choix budgétaires doit être souvent surmontée.

Le service doit donc concentrer ses réflexions sur ces objectifs, afin de préparer l'évaluation externe dans les meilleures conditions et pouvoir trouver dans ce nouvel outil tout son intérêt. Elle doit se construire en fonction des règles définies dans le 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. Elle ne doit être qu'une étape d'une démarche régulière et inscrite dans la politique du service, et non être vécue comme un contrôle ponctuel. L'établissement pourra alors se servir de cette étape pour questionner à nouveau les pratiques et dresser un bilan sur les améliorations produites depuis l'évaluation interne.

L'ensemble des problématiques soulevées par ce thème d'étude m'a permis de nourrir mon approche de mon futur poste. Il me semble alors fondamental que le directeur affirme son engagement envers la démarche dès son commencement pour que celle-ci puisse se mettre en œuvre auprès de tous. Il doit alors savoir mobiliser l'ensemble des outils de communication et d'information à sa portée. Représentant des valeurs du service, il doit incarner cette volonté d'améliorer les pratiques professionnelles et interroger régulièrement la satisfaction des enfants. La volonté de répondre aux besoins des enfants est déjà au cœur des actions entreprises à l'IME mais une organisation doit être institutionnalisée pour apporter de la lisibilité et de la cohérence à l'ensemble. Cette démarche donne une dimension dynamique et collective à l'action du service en associant l'ensemble des acteurs.

« Plus qu'une démarche participative de type consultatif, c'est un engagement et une co-responsabilité dans une dynamique de progrès. » CNESMS, 2006, L'évaluation interne : guide pour les établissements et services, septembre 2006.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n° 75-535 du 30 juin 1975, Loi relative aux institutions sociales et médico-sociale, Journal officiel du 1er juillet 1975

REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JO du 3 janvier 2002

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>

REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

MINISTRE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT ET LE MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, JO du 16 mai 2007,

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000822015&dateTexte=>

MINISTRE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, par trois annexes concernant, la première, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=5338B6031F9AA9FBD9A40256FA26710E.tpdjo09v_2?cidTexte=LEGITEXT000006067344&dateTexte=20110604

MINISTRE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA PROTECTION SOCIALE,
Circulaire n° 89-17 du 30 octobre 1989 sur la modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale. Texte fondamental, qui définit les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques assignés aux établissements spécialisés agréés à prendre en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés.

OUVRAGES

LOUBAT J.R, mars 2009, La démarche qualité en action sociale et médico sociale, Paris : Dunod - 188 pages

CHARLEUX F, juin 2010, *Outils pour réussir l'évaluation en action sociale*, Issy-les-Moulineaux : Esf, collection : Informations et formations, pages : 143 pages

GACOIN D, juin 2010, Guide de l'évaluation en action sociale et médico-sociale, Dunod, collection : guide de l'action sociale, pages : 368 pages

DANANCIER J, mars 2004, Mener l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, Paris : Dunod, 161 pages

DESHAIES JL, mars 2006, Réussir l'amélioration continue de la qualité en action sociale et médico sociale, Paris : Dunod, 218 pages

ARTICLES DE PERIODIQUES

GILLIOTTE N, novembre 2010, « évaluation externe : une dynamique à impulser », *Mensuel Directions*, n°79, p 27-33

Collectif d'auteurs, novembre – décembre 2006, « Evaluation Interne et Qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », *Les Cahiers de l'Actif*, n°366-367

PAQUET M, décembre 2010, « Le travail social au risque de la normalisation », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2685, p 26-29
LA FORCADE M., novembre - décembre 2003,

« Les évaluations et la démarche qualité face au défi de la complexité », *Des Cahiers de l'Actif*, n°330-331, p71

LOUBAT JR, mars 2011, « Faut-il avoir peur de la désinstitutionalisation ? », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2701, p 25-26

GRENEL L, 4 mai 2000, « A quand des normes de qualité pour le travail social et éducatif », n°530, *Lien Social*

LOUBAT JR, 2 septembre 2004, « L'Évaluation de la Qualité dans les Établissements sociaux et médico-sociaux », n°719, *Lien Social*

TREMINTIN J, 27 octobre 2004, « L'Usager sait-il ce qui est bien pour lui ? », n°727, *Lien Social*

ROUFF K, 19 mars 2009, « l'évaluation interne : Évaluation Interne : Une démarche pour valoriser les pratiques », n°921 *Lien Social*

BOUKELAL, mars - juin 2008, « A propos de la recommandation de l'ANESM sur la mise en œuvre de l'évaluation interne : entre continuité et rupture », n°382-385, p 261 à 267

RAPPORTS

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, mars 2010, *Enquête nationale 2009 auprès des établissements et services sociaux et médico-sociaux - Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS*, 48 pages

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_complet_enquete_ESSMS_anesm_2009.pdf

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, mars 2009, *enquête nationale 2008 auprès de la DDASS et des conseils généraux – mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS*, 16 pages

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_complet_enquete_autorites_anesm_270309-2.pdf

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Recommandations de Bonnes Pratiques, avril 2008, « Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les services et établissements visés à l'article 312.1 du Code de l'Action Sociale et des Familles », 13 pages

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/mise_en_oeuvre_evaluation_interne-2.pdf

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Recommandations de Bonnes Pratiques, juillet 2009, « La conduite de l'évaluation interne dans les services et établissements visés à l'article 312.1 du Code de l'Action Sociale et des Familles », 78 pages

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_conduite_evaluation_interne_anesm.pdf

Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico Sociale, septembre 2006, *L'EVALUATION INTERNE : Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, version n°1, 36 pages

<http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guideevaluationinterneanesms-2-2.pdf>

Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico Sociale, 10 novembre 2005, « Note d'orientation n°1 : le champ de l'évaluation-complémentarité entre évaluation interne et évaluation externe », 6 pages

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_orientation_1-2-2.pdf

Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico Sociale, 24 janvier 2006, « Note d'orientation n°2 : procédures, références, et recommandations de bonnes pratiques professionnelles », 9 pages

Direction générale des affaires sociales, juin 2007, Guide pour les établissements sociaux et médico sociaux. Le dossier de la personne accueillie ou accompagnée – Recommandations aux professionnels pour améliorer la qualité, 60 pages

<http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/dossierpersac.pdf>

Direction générale des affaires sociales, mars 2004, « Guide méthodologique pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux- Démarche qualité – évaluation interne et recours à un prestataire », 40 pages

Direction générale des affaires sociales, février 2004, « Note d'information DGAS/5B n°2004/96 du 03/03/04 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux », 30 pages

Direction générale des affaires sociales, juillet 2002, « Guide de repérage des risques de maltraitance et de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux », 35 pages

THESES ET MÉMOIRES

MARIETTI-ROS S, 2007, La place de la satisfaction de l'utilisateur dans la démarche de l'amélioration de la qualité-le cas de l'IME de Montaudran, mémoire EHESP DESMS, 57 pages

http://ressources.ensp.fr/memoires/2007/desms/marietti_ros.pdf

CASSE D, 2009, « l'évaluation externe : entre contrainte et outil au service de la démarche qualité », mémoire EHESP, DESSMS, 79 pages

<http://ressources.ensp.fr/memoires/2009/dessms/casse.pdf>

MEZIERES C, 2010, « Promouvoir et conduire une démarche d'amélioration continue de la qualité en EHPAD : du management de la qualité au management par la qualité », mémoire EHESP, DESSMS, 72 pages

<http://ressources.ensp.fr/memoires/2010/dessms/mezieres.pdf>

FORMATION

ORVAIN J, « Qualité dans le champ sanitaire et médico social », EHESP, formation DESSMS 2010-2011, Rennes, 2011

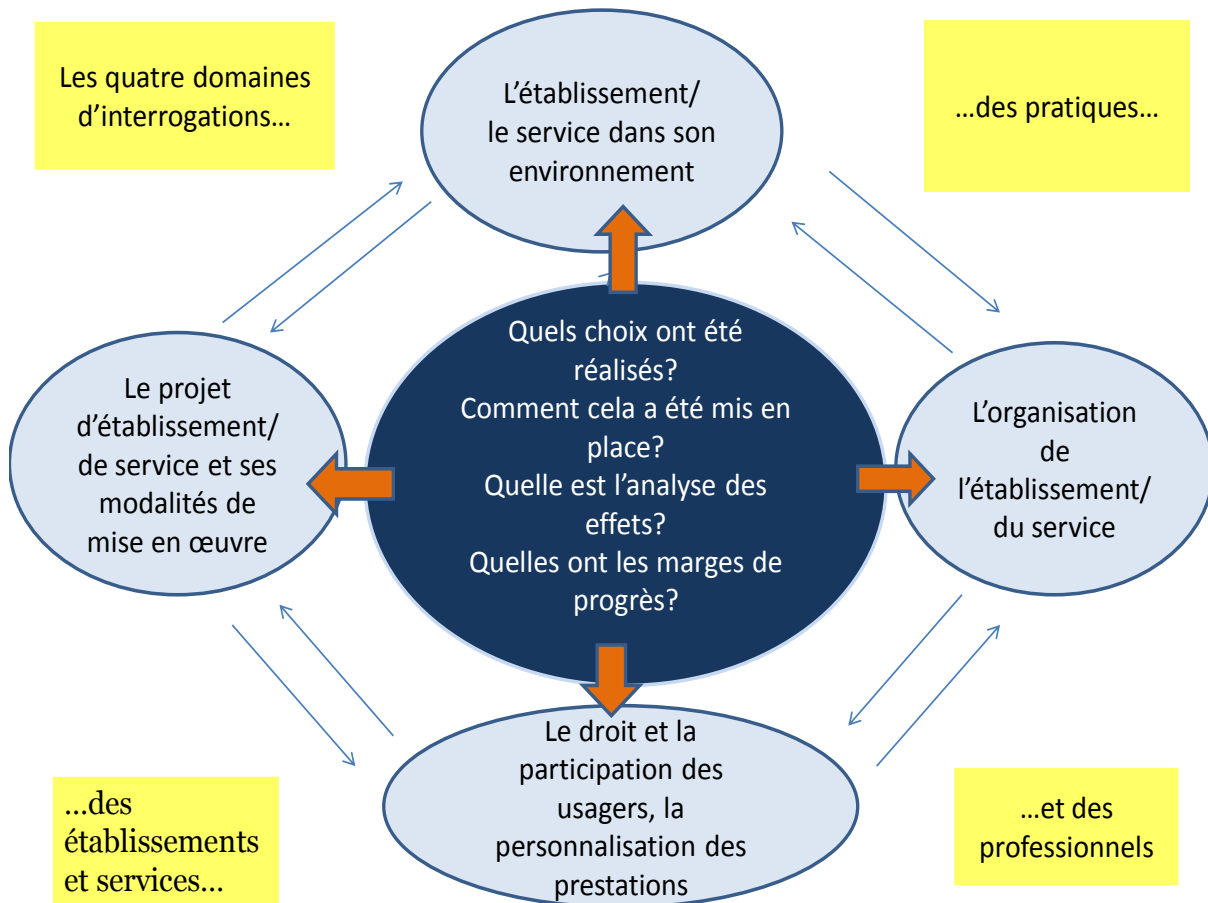
THEBAULT P, « De l'évaluation interne à l'évaluation externe », formation continue EHESP, Paris, mercredi 15 juin 2011 au vendredi 17 juin 2011, intervenants :

- LEGROS M, Recommandations, évaluations : les nouvelles régulations sont avancées
- WARTEL C, L'APF et la démarche d'amélioration du service rendu à la personne
- THEBAULT, De l'évaluation interne à l'évaluation externe : mise en place de la démarche qualité

Liste des annexes

- ANNEXE N°1 :** Schéma extrait du document « l'évaluation interne : guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux » version n°1, CNESSMS, septembre 2006
- ANNEXE N°2 :** Extrait du plan d'action suite à l'évaluation interne de l'IME et résultats issus du rapport d'évaluation interne
- ANNEXE N°3 :** Exemple de document créé suite au plan d'action de l'évaluation interne
- Le logigramme de la mission du référent de projet
- ANNEXE N°4 :** Extraits de la trame du questionnaire de satisfaction à l'attention des enfants de l'IME
- ANNEXE N°5 :** Exemple de grille de dépouillement de l'enquête de satisfaction
- ANNEXE N°6 :** Extraits de l'analyse de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des enfants de l'IME, mai 2011
- ANNEXE N°7 :** Extrait de la Recommandation de Bonnes Pratiques, la conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du code l'Action sociale et des familles, ANESM, juillet 2009
- ANNEXE N°8 :** Document de travail pour la réalisation du référentiel de service

ANNEXE N°1 : Schéma extrait du document « l'évaluation interne : guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux » version n°1, CNESSMS, septembre 2006



PLAN D' ACTIONS

Repère 1 : L'Usager co-auteur de son parcours

Dates d'échéance	Actions correctives	Responsable de l'action	Ressources utilisées	Indicateurs de suivi	Indicateurs de résultats
30/06/2010	Compléter le dossier usager par un compte-rendu annuel des professionnels médico-psychologiques sur les prises en charge – Elaborer une fiche type pour le recueil des informations	Directeur	Service Médico-Psychologique (SMP)	Contrôles des dossiers usagers	Nombre de fiches dans les dossiers usagers en juillet
Janvier 2010	Réaliser l'enquête DDASS permettant une radiographie du public accueilli et des prises en charge	Directeur	CREAL et personnels IME		Nombre de fiches et évaluation des résultats
Juillet 2010	A partir des résultats de l'enquête DDASS et des statistiques internes, réflexion sur les critères d'admission à mettre en lien avec l'évolution de la population accueillie	Directeur	Equipe de Direction		Définition de nouveaux critères d'admission
30 juin 2010	Renouveler les membres du CVS et réactiver ses réunions	Adjointe du Directeur + CSE SI+14	Encadrement et secrétariat	Elections des membres	Programmation des dates du CVS et PV des réunions
Fin 30 juin 2011	Adapter les documents de la loi 2002-2 à la compréhension des familles (règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) et créer une fiche explicative pour les professionnels :	CSE Picasso et SISP	Groupe de travail,	Production de fiches	Taux de retour des documents validés par les familles
30 juin 2010	Réflexion sur la fonction de référent en équipe d'encadrement et élaboration d'une fiche « rôle du référent »	Equipe de Direction	Direction, CSE, référents		Rédaction d'une fiche de fonction du référent – Evaluation au 31/12/2010
31/08/2011	Pérennisation et développement des médiateurs thérapeutiques	Equipe de Direction	Budget : autorités tarification et ressources internes		Augmentation de prises en charge - baisse liste d'attente
De septembre 2010 au 31/08/2011	A partir de l'analyse des résultats de l'enquête DDASS, réflexion sur l'adéquation des moyens en personnel avec les besoins des usagers	Equipe de Direction, Direction Générale	Résultats de l'enquête, DRH, budget alloué		Nombre d'Equivalents Temps Pleins affectés au SMP

PRESENTATION DES RESULTATS

Les résultats sont présentés de manière détaillée dans les tableaux ci-après. Une courte synthèse par dimension évaluée est cependant proposée en préalable.

Usager co auteur de son parcours

La personnalisation des prestations éducatives, scolaires et thérapeutiques semble être un point fort de la prise en charge. Ainsi, les éléments relatifs à l'accompagnement au quotidien et aux moments clé de l'accompagnement, sont l'objet de préoccupations réelles des professionnels et donnent lieu à des échanges. Cependant, une difficulté est relevée : celle des critères d'admission qui ne semblent pas en adéquation avec le projet de service tel qu'il avait été élaboré.

Autre point fort : la volonté de respecter le droit des usagers avec néanmoins là aussi une réserve : il est observé une insuffisance de l'accompagnement des usagers et de leurs familles dans la compréhension des outils de la loi 2002-2 :

Dans cette dimension relative à la personnalisation de prestations et au droit des usagers : le point de progrès qui donne lieu à action corrective est la question de la formalisation et de l'évaluation du projet individuel. En effet, la personnalisation de la prise en charge apparaît dans les pratiques, elle fait systématiquement l'objet d'un projet personnalisé mais celui-ci n'est pas systématiquement réévalué.

La qualité du lien entre professionnels et usagers

La singularité de l'usager est respectée en particulier lors de la procédure d'accueil, la progression est relative à la refonte du contrat de séjour afin qu'il soit un véritable outil contractuel de la prise en charge.

Les éléments relatifs à la vigilance portée à la sécurité physique et au sentiment de sécurité des usagers donnent lieu à des constats positifs. Le système de management de la sécurité mis en place par l'IDEFHI permet que l'ensemble des aspects réglementaires concernant la protection et le bien être physique de l'usager soit un point fort. La sécurité des personnes, tant au niveau des prestations d'hébergement de restauration de transport et de santé, est en général satisfaisante au regard du respect de la réglementation dans ce domaine. La vétusté de certains locaux a été prise en compte puisqu'il existe un programme architectural ambitieux.

Enfin, si on évalue cette question à travers la stabilité du cadre institutionnel, force est de constater que la mise en place de procédures et de protocoles reste parcellaire. Pour exemple, les formalisations de procédures dans les situations de conflits, violences entre jeunes, font l'objet d'actions correctives. Par ailleurs, le sentiment général de manque d'informations ou l'évocation d'informations contradictoires peut nuire à la bonne articulation entre professionnels nécessaire à la mise en œuvre cohérente des projets individuels.

L'articulation avec les ressources internes externes

Les professionnels portent une attention grandissante aux relations avec les familles. Cependant, il reste à formaliser et valoriser cette collaboration en particulier en créant un lieu d'accueil dédié aux familles.

Relativement à l'ouverture des services à des ressources extérieures et au développement du partenariat, il est regretté un manque de présence de la structure dans les instances de réflexion, relative au champ du handicap.

L'ouverture à l'évaluation et à la recherche reste une dimension encore peu développée dans les services.

Le soutien aux professionnels dans leurs démarches de bientraitance

Là encore, cette dimension donne lieu à des éléments assez contrastés. Il apparaît, de la part des professionnels, un sentiment de soutien insuffisant, du fait d'un temps de réunion de synthèse ne permettant pas la révision de toutes les situations.

Les réunions indiquées dans le projet de service existent mais demandent à être plus structurées pour atteindre leurs objectifs. En outre, analyses des pratiques et réflexions collectives relatives aux recommandations de bonnes pratiques, nécessitent d'être développées.

La révision du projet de service et l'intégration au sein des pratiques de la démarche d'amélioration continue de la qualité sont les leviers susceptibles de permettre à la structure de progresser dans le soutien aux professionnels.

Conclusion

L'établissement a fait le choix de considérer cette première évaluation comme un élément déterminant de l'entrée dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. En effet, les professionnels qui ont participé à la démarche d'évaluation ont pu, expérimenter le fait qu'elle a permis d'objectiver un certain nombre de constats et d'en déduire des axes d'amélioration.

De plus, cette première évaluation a montré que les questionnements, les constats que traverse chaque unité de la structure sont souvent partagés par l'ensemble des professionnels. De ce fait, en faisant participer un maximum de professionnels à cette évaluation interne, l'IME a mis en place les conditions nécessaires à la participation active des professionnels au plan d'action.

Une limite à l'évaluation proposée concerne l'association des usagers à la dynamique de l'évaluation. Si celle-ci n'a pas été envisagée d'emblée, c'était afin de permettre que les professionnels puissent s'approprier la démarche avant de songer à l'élargir aux usagers. Cependant, il reste aujourd'hui à réfléchir à comment faire participer les usagers et leurs familles à l'évaluation de l'IME en tenant compte de leurs situations de handicap.

Le logigramme de la mission du référent de projet

« Le Chant du Loup »		LOGIGRAMME DE LA MISSION DU REFERENT DU PROJET											
Tél. : 02.35.52.43,35													
Fax : 02.35.52.38.22													
<u>légende :</u>													
R = Responsable du suivi de l'étape		V = Validation		TPC = Toutes les personnes concernées					REL = Représentant Légal				
P = Participe à l'action		A = Sous l'autorité de		REF = Référent					EREF = Enseignant Référent				
D = Décidé		E = Edite et exécute		CSE = Cadre Socio Educatif									
S = Signature													
N° des étapes	Les étapes	TPC	REF	CSE	Equipe Thérapeutique	Equipe Pédagogique	Equipe SISP	Secrétaire	Directeur	Usager	REL	Enseignant Référent	
1	Garant du projet personnalisé								R				
2	Garant par délégation			R									
3	Nomination du référent			R									
4	Prendre connaissance des	R	R	R	R	R	R	R	R				
5	informations dispo sur l'usager												
6	Remettre et expliquer les docs		R										
7	de la loi du 02/01/2002												
8	Garder traces des faits significatifs	P	R		P	P	P						
9	dans le livret de suivi												
10	Transmettre au dossier		R	V	P	P	P	P					
11	Recueillir les attentes de l'usager		R	V	P	P	P	P					
12	Recueillir les attentes des		R	V	P	P	P	P					
13	représentants légaux et des partenaires												
14	Préparer les évaluations	P	R	V	P	P	P	P					
15	Tenir la synthèse technique du PP	P	P	R	P	P	P		A				
16	Formaliser le projet / avenant et le plan d'action		R		P	P	P						
17	Valider le projet / avenant et le plan d'action		S	S					V	S	S		
18	Classer au dossier		P	V				R					
19	Assurer la mise en œuvre et le suivi du plan d'action	P	R	A	P	P	P						
20	Evaluer actualiser le plan d'action	P	P	R	P	P	P			D	D		
21	Mettre en œuvre les actions correctives	P	R	A	P	P	P						
22	Transmettre au dossier		R	V	P	P	P	P					
23	ESS		P	P		P	P					R	

Pôle Handicap
INSTITUT
MEDICO-EDUCATIF
« LE CHANT DU LOUP »



DEMARCHE QUALITE DU SERVICE / SOMMAIRE

1- COMITE DE PILOTAGE DE DIRECTION (CODIR)

1-1 Comptes rendus du comité de pilotage

1-2 Notes aux membres du CODIR

2- COMPTES RENDUS DE LA COMMISSION TECHNIQUE QUALITE

3-COMITE DE PILOTAGE DU SERVICE

4-ENQUETE DE SATISFACTION DU SERVICE

4-1 Méthodologie de l'enquête de satisfaction du 18 mai 2010

4-2 Questionnaire de satisfaction utilisé

5-EVALUATION INTERNE ET EXTERNE DU SERVICE

5-1 Engagement et certificat de l'auto évaluateur

5-2 Rapport d'évaluation interne

5-3 Synthèse du rapport d'évaluation interne

5-4 Engagement du plan d'action

6-LES ACTIONS CORRECTIVES

6-1 Dimension n°1 et éléments de preuve

6-2 Dimension n°2 et éléments de preuve

6-3 Dimension n°3 et éléments de preuve

6-4 Dimension n°4 et éléments de preuve

**7-LES DOCUMENTS CONCERNANT LES ACTIONS D'AMELIORATION DU SERVICE NON
CONTENUES DANS LE DOCUMENT D'ENGAGEMENT**

7-1 Charte des droits et libertés de la personne accueillie

7-2 Guide d'accueil et plaquette des prestations

7-3 Contrat de séjour

7-4 Règlement de fonctionnement

7-5 Mode opératoire relatif au contenu des dossiers individuels des usagers pris en charge au titre du handicap

7-6 Calendrier du personnel

7-7 Fiche standard pour les transferts

7-8 Fiches standards pour les vaccinations, au dossier de l'utilisateur

8- TEXTES REGLEMENTAIRES – LOIS – CHARTE

ANNEXE N°5 : Extraits de la trame du questionnaire de satisfaction à l'attention des enfants de l'IME



Oui



Non



Accompagné :

Age :

Sexe :

Réalisé le :

Pavillon :

IME « Le Chant du loup »

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION à l'intention des enfants, adolescents et jeunes adultes

I – ACCUEIL

1.1 Transport

1.2

a/ ☞ Est ce facile de venir de ta maison à l'établissement ?



b/ ☞ Quel moyen de transport utilises- tu ?



Transport en commun



*parents ou
Famille d'accueil*



Taxi

c/ ☞ Aimerais-tu un autre moyen de transport



Si oui,

Lequel :

Pourquoi :

d/ ☞ Est-ce que le quartier de l'IME te plait ?



Si non Pourquoi ?.....
.....

d/ ☞ Te repères tu facilement à l'IME



1.3 Admission – Pré-admission

a/ ☞ Sais-tu pourquoi tu es accueilli ici ?

Oui Non

b/ ☞ Te l'a-t-on expliqué ?

Oui Non

c/ ☞ As-tu visité l'établissement avant ton arrivée



d/ ☞ As-tu parlé de ta venue avec tes parents ?

Oui Non

e/ ☞ Qu'aurais-tu souhaité de plus à ton admission



.....
.....

1.4 Ton arrivée à l'IME



a/ ☞ T'es tu senti bien accueilli le 1^{er} jour

Par les adultes

☺ oui

☹ non

☺ moyen

Par les autres jeunes

☺ oui

☹ non

☺ moyen

b/ ☞ T'a-t-on présenté ton ou tes éducateur(s) référent(s) ?



c/ ☞ As-tu eu un livret d'accueil

Oui Non



d/ ☞ Qu'aurais-tu souhaité de plus à ton arrivée



.....
.....

ANNEXE N°6 : Exemple de grille de dépouillement de l'enquête de satisfaction

ACCUEIL																																			
		PAVILLON : GROUPE: NOMBRE DE QUESTIONNAIRES																																	
N° QUESTIONNAIRE	age / sexe	accompagné ou non	TRANSPORTS										ADMISSION					ARRIVEE A L'IME																	
			A	B	C	C.1	C.2	D.1	D.2	E	A	B	C	D	E	A.1	A.2	B	C	D															
			o	m	n	bus/perso/taxi	o	n	lequel	pr	quoi	o	n	pr	quoi	o	n	o	n	o	n	o	n	avis	o	m	n	o	m	n	o	n	o	n	avis
EXEMPLE																																			

ANNEXE N°7 : Extraits de l'analyse de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des enfants de l'IME, mai 2011

Conclusion :

- Sur le contenu des réponses :

L'enquête de satisfaction a permis de dégager de grandes tendances par rapport à différents items en lien avec les aspects de la prise en charge des enfants. Elle donne ainsi une vision différente de celles des professionnels sur les prestations offertes à l'IME. L'avis de l'utilisateur est essentiel car il est au cœur de tous les dispositifs mis en place et de la démarche d'amélioration continue du service qui lui est rendu.

Dans un premier temps, les résultats ont permis de confirmer certains éléments comme par exemple le besoin de rénover certains pavillons ou l'association essentielle des parents dans l'accompagnement des enfants.

Dans un second temps, certains résultats ont obligé les professionnels à questionner leurs pratiques et à réfléchir sur des nouvelles modalités d'action. Par exemple, il semble aujourd'hui prioritaire de mener une réflexion sur la construction d'outils à la portée des enfants (charte des droits et des devoirs, livret d'accueil ou projet personnalisé). Les modalités pour faire participer les jeunes à leurs différents projets (projet personnalisé, projet personnalisé de scolarisation) doivent être revus pour être améliorés.

- **Sur la forme du questionnaire :**

Les différentes étapes de l'enquête de satisfaction (rédaction / codage des questions / entrée et centralisation des données / analyse des résultats) ont permis de mettre en évidence les lacunes de celle-ci.

En effet, elle apparaît trop longue en raison des difficultés de concentration des enfants de l'IME. On a pu constater que certains enfants, même accompagnés, n'ont pas réussi à remplir tout le questionnaire. Un grand nombre d'éducateurs a dû expliquer aux familles le document et accompagner individuellement les enfants dans cette démarche et parfois sur plusieurs périodes distinctes, ce qui a monopolisé beaucoup de temps pour les équipes éducatives.

Au regard des difficultés de compréhension et de lecture de nombreux enfants, la formulation de certaines questions est à revoir. Il semble nécessaire de ne plus utiliser de sigles et faire appel à des notions plus concrètes, ou alors d'illustrer par des commentaires la question pour en faciliter l'accès.

De plus, il existe dans certaines questions un écart entre la compréhension de l'adulte dans la formulation de la question et l'interprétation que l'enfant a pu en faire. Il serait donc important d'associer d'avantage les enfants à la rédaction des questions. Les difficultés des enfants de l'IME devront être d'avantage prises en considération lors de la réflexion sur la prochaine enquête de satisfaction des usagers. Les rédacteurs devront en effet se mettre à la place de l'enfant lors de la formulation et de l'illustration des questions, tout en essayant de ne pas l'influencer dans ses réponses.

En raison du grand nombre d'enfants à l'IME et ainsi pour faciliter le déroulement de l'enquête, il a été choisi de rédiger un document unique pour l'établissement. Ce choix devra être réévalué lors de la prochaine enquête de satisfaction car certaines questions ne correspondaient pas à certains enfants. En effet, par exemple, les questions au sujet des chambres ne concernaient pas les pavillons de semi internat et celles sur les ateliers ne concernaient pas les enfants de moins de 14 ans. La question de l'adaptation des questionnaires à l'âge ou au mode de prise en charge devra donc être posée.

Les questions ouvertes ont permis aux enfants de faire des commentaires sur les différents items et ainsi d'ouvrir la réflexion. Mais néanmoins, l'analyse de ces données pose difficulté car elles ne sont pas quantifiables alors qu'elles ne sont pas négligeables. De plus, dans certains questionnaires, on peut constater qu'elles ont pu mettre les jeunes en difficulté en raison de leur souci d'écriture ou de verbalisation de leur sentiment.

ANNEXE N°8 : Extrait de la Recommandation de Bonnes Pratiques, la conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles, ANESM, juillet 2009

PAGE 61 | La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

4. Critères du jugement évaluatif et indicateurs

Un **critère** est un angle de vue, un caractère ou une propriété qui permet de porter un jugement ou une appréciation sur une activité. Il comprend donc un niveau d'exigence (point de référence – norme, règle ou niveau de compétences) – par rapport auquel l'objet est évalué. Un critère peut concerner :

- les activités, les processus et le niveau d'exigence et être quantitatif (*exemple : un projet personnalisé est élaboré pour tous les résidents*) ou qualitatif (*exemple : le projet personnalisé est élaboré après une observation d'un mois*).

- les effets attendus : par exemple, sur la prise en compte des préférences dans les activités, l'opportunité d'accès à certains services ou droits dans le cadre de l'accompagnement.

Dans l'évaluation interne, les critères d'appréciation sont déterminés par les acteurs de l'ESSMS, au regard de la population accueillie, des objectifs poursuivis, et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Les **indicateurs** donnent des informations sur l'atteinte quantitative ou qualitative du niveau d'exigence déterminé auparavant. Ils permettent de mesurer :

- l'activité, les réalisations : il faut les *sélectionner* au moment de caractériser la population et de préciser les objectifs ;

Exemples : durée de séjour, nombre de personnes présentant une pathologie spécifique, niveau d'étude à l'entrée...

- les moyens humains, outils, équipements nécessaires ou réglementaires : ce sont des indicateurs de structure ou de ressources issus des références et normes pour l'activité mise en œuvre dans l'établissement ou le service ;

Exemple : taux effectif d'encadrement (nombre de personnel par résident)

- le suivi des processus (effectivité et fréquence) et les résultats intermédiaires : tout processus peut être décrit comme un ensemble d'étapes dont la succession doit aboutir à un résultat et avoir des effets. Des indicateurs peuvent les renseigner et mesurer l'activité et la qualité de ces différentes étapes ;

Exemple : pour la gestion du projet personnalisé, la fréquence d'actualisation, personnels impliqués, les modalités de transmission des informations actualisées à l'ensemble des personnels (indicateur de processus) ; le délai de prise en compte

- les changements intervenus pour les usagers : ce sont des indicateurs qui rendent compte de la capacité d'action de l'établissement ou *indicateurs de résultats* ;

Exemples : évolution du nombre d'actions collectives développées à l'initiative des usagers; nombre de travailleurs handicapés autonomes en matière de transport, de logement ; évolution des incidents (nombre et nature) ; orientations en sortie de dispositif, évolution de l'accès aux soins, indicateurs de qualité de vie ou d'estime de soi.

Pour construire un indicateur, il est recommandé d'en vérifier :

- la simplicité et l'acceptabilité : il doit être facile à élaborer, à recueillir et calculer ;

- la validité et la pertinence : il fournit les repères nécessaires à l'appréciation de l'évolution de ce que l'on veut mesurer ;

- la fiabilité : il est apte à effectuer une mesure précise et reproductible ;

- la sensibilité et la spécificité : il varie dès que le phénomène étudié est modifié.

L'indicateur a ou peut avoir plusieurs fonctions dans une démarche d'amélioration continue de la qualité :

- connaître le niveau de qualité initial du processus ;

- déterminer des objectifs quantifiés, essentiellement l'importance des problèmes afin de définir les priorités d'action ;

- vérifier que ces objectifs sont atteints, en mesurant l'efficacité des solutions mises en œuvre sous la forme de plans d'actions ;

- suivre dans le temps les résultats obtenus, c'est-à-dire vérifier la pérennisation des changements introduits.

LA QUALITE DES PRESTATIONS

PRESTATIONS HOTELIERES

1.1	implantation (accueil, quartier, environnement)
1.2	accueil (signalétique, contacts, espace d'accueil)
1.3	hébergement (équipement, décoration, fonctionnalité)
1.4	restauration
1.5	transport (transport en commun ou taxi)
1.6	entretien du linge
1.7	entretien des locaux (ménage et maintenance)

PRESTATIONS EDUCATIVES

2.1	apprentissage et aide dans les actes essentiels (toilette, repas, besoins physiologiques)
2.2	apprentissage des tâches ménagères
2.3	travail d'autonomie pour les trajets
2.4	activités à vocation créative et artistique (bricolage, décoration, peinture, musique, etc)
2.5	activités à vocation cognitive et intellectuelle (informatique, jeux de langage, de logique et de mémoire, etc)
2.6	activités à vocation expressive (théâtre, danse, marionnettes, etc)
2.7	sociabilisation (communication et comportements sociaux les plus adéquats, apprentissage de la vie en groupe, travail de l'autonomie dans tous les domaines)

SUIVI EN MATIERE DE SANTE

3.1	prévention, dépistage et suivi de la santé (vaccination, examens, etc)
3.2	tenue du dossier médical
3.3	observance des traitements
3.4	prévention et éducation à la santé (alimentation, hygiène, contraception, etc)
3.5	réalisation des soins
3.6	coordination équipe médicale / thérapeutique avec les autres professionnels (information, prise de rendez vous, travail en commun)
3.7	échanges avec les familles sur les informations et suivi médical
3.8	bilans et suivis psychiatriques adaptés
3.9	bilans et suivis psychologiques adaptés
3.10	bilans et suivis rééducatifs adaptés (orthophonie, psychomotricité)
3.11	bilans et suivis adaptés pour les autres formes de thérapie (art thérapie, Shiatsu, atelier thérapeutique contes)

PRESTATIONS PEDOGOGIQUES

4.1	évaluation des aptitudes scolaires
4.2	aménagement du dispositif classe
4.3	apprentissages fondamentaux
4.4	préparation à l'intégration scolaire et suivi
4.5	soutien scolaire
4.6	mise en œuvre d'un projet pédagogique individuel
4.7	connaissances de l'environnement (sorties culturelles et pédagogiques)

SECURITE ET PROTECTION

5.1	sécurité des biens et des effets personnels
5.2	protection contre les incendies et les autres risques environnementaux
5.3	surveillance de nuit et astreintes
5.4	affichage des consignes de sécurité
5.5	prévention des risques de maltraitance des personnes accueillies
5.6	traitement des situations de maltraitance

PRESTATIONS ANIMATION LOISIRS

6.1	activité à vocation sportive
6.2	activité à vocation culturelle
6.3	loisirs, sorties, transferts
6.4	évènements festifs, activités conviviales

PRESTATIONS D'INSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

7.1	évaluation des potentiels et des compétences
7.2	sensibilisation au monde du travail et aux gestes à caractère professionnel
7.3	élaboration et accompagnement du projet professionnel de l'utilisateur
7.4	découverte des différents milieux professionnels (recherche de stages, visite de lieux de travail)
7.5	adaptation des prestations socioprofessionnelles aux souhaits de l'utilisateur

PRESTATIONS SOCIALES

8.1	apprentissage de la citoyenneté (participation à des élections et des instances comme le CVS par exemple)
8.2	accès aux droits et devoirs fondamentaux
8.3	aide à la recherche d'un lieu d'hébergement adapté
8.4	aide au suivi budgétaire et accès aux aides financières
8.5	information et aide pour les démarches citoyennes et administratives

PANCHOUT

Stéphanie

Décembre 2011

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion 2010 - 2011

**L'inscription de l'évaluation interne d'un service
médico-social dans une démarche globale
d'amélioration continue de la qualité**

Résumé :

La loi du 2 janvier 2002 impose aux établissements et services sociaux et médico-sociaux de procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.

L'IME Le Chant du Loup, service de l'IDFHI de Seine Maritime, s'est engagé dans l'évaluation interne des prestations délivrées aux enfants, dont les résultats ont été repris dans un plan d'action. Le service doit désormais entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, au service des besoins des enfants, pour arriver un système global et pérenne.

La compréhension des concepts utilisés, des recommandations diverses et de la méthodologie employée a permis une approche du sujet. Un diagnostic a ensuite pu être fait sur le système mis en place au sein de l'IME et au sujet des problématiques rencontrées.

A partir de ces constats, une série de préconisations autour du management et de l'organisation à déployer a pu être posée.

Mots clés :

DEMARCHE QUALITE, MANAGEMENT PARTICIPATIF, IME, SECTEUR MEDICO SOCIAL, AMELIORATION, DIRECTEUR, REFERENTIEL, EVALUATION, SATISFACTION USAGERS, PRATIQUES PROFESSIONNELLES, ETHIQUE, DROITS DES USAGERS

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.