



« Mener l'évaluation interne : pas de panique ! »

Guide méthodologique

Sommaire

| | |
|--|------|
| Introduction : présentation de la démarche choisie par l'ANITEA et ouverte à la F3A | p.3 |
| Le cadre réglementaire de l'évaluation interne et externe. Quelques repères indispensables | p.5 |
| Cinq caractéristiques d'une démarche d'évaluation interne | p.7 |
| Le vocabulaire et la logique de l'évaluation | p.8 |
| Comment présenter la démarche d'évaluation interne à l'ensemble des acteurs ? Les points de vigilance | p.10 |
| Recueillir la parole des usagers dans un processus d'évaluation. Pourquoi ? Comment ? | p.13 |
| Conseils pour la personnalisation du référentiel | p.15 |
| L'utilisation du référentiel | p.16 |
| Le plan d'action d'amélioration continue de la qualité | p.19 |
| Trame pour la rédaction du rapport d'évaluation | p.20 |
| Bibliographie et sources documentaires | p.21 |

Introduction

Suite à vos nombreuses demandes, l'anitea avait déposé en 2007 un projet auprès de la DGS afin de conduire une réflexion dans son réseau sur l'évaluation interne selon la loi du 2 janvier 2002. Le soutien financier de la DGS nous a permis d'engager et de finaliser ce travail, soutenus par deux consultants qui ont accompagné et animé cette démarche participative. Avec l'avancée du concept d'addictologie et en cohérence avec notre décision de rapprochement, nous avons ensuite ouvert ce travail aux adhérents de la F3A

Cette loi rénovant l'action sociale et médico-sociale a introduit de nouvelles exigences visant à permettre une meilleure prise en compte de l'utilisateur, de ses besoins et de ses attentes. Au-delà de l'exigence réglementaire de procéder tous les 5 ans à l'évaluation de nos activités et de la qualité des prestations que nous délivrons, l'évaluation est une opportunité que nous devons saisir dans le cadre de la réforme du secteur et dans un contexte budgétaire qui incite l'Etat à rationaliser la dépense publique. Cette démarche doit nous permettre de questionner nos pratiques, d'améliorer nos actions en direction du public accueilli, de re-dynamiser les équipes et de conforter ainsi le sens de notre action. Elle doit être participative et dynamique à l'intérieur des associations et des établissements, chaque « acteur » étant concerné.

Ainsi au-delà d'un « outil clé en main », nous avons souhaité à travers ce projet pouvoir vous apporter un soutien et des conseils en cohérence avec la philosophie de l'évaluation et faire que ce référentiel soit issu des pratiques des acteurs de terrain.

Grâce à votre importante mobilisation, nous avons pu tenir cet objectif. Vous avez été plus de 90 personnes à participer à la journée de lancement du projet le 17 mars 2008 qui nous a permis de travailler sur les références et critères des domaines généraux et 65 participants dans les 5 groupes de travail sur les domaines liés aux missions des CSAPA et CAARUD (Accueil et information – Evaluation et orientation – Accompagnement – RDR- Hébergement). Toutes les professions ont été représentées, mais également presque toutes les régions de France, ainsi que la diversité des structures par leur taille, petite, moyenne et grande ou leur engagement dans des dispositifs différents (CSAPA ambulatoire ou hébergement, CAA, CAARUD, prisons etc..). Ce référentiel est applicable à chaque type de service intervenant dans le domaine médico-social en addictologie, avec la particularité que les domaines spécifiques (de 6 à 12 dans le référentiel) ne sont pas rattachés à un dispositif ou à un type de structure. Le domaine RDR, par exemple, ne concerne pas que les CAARUD.

Nous avons fait le choix d'avoir un référentiel, non pas exhaustif, mais très complet pour rendre compte de la richesse et de la diversité des domaines et des pratiques qui sont ressorties de cette démarche participative. Chaque adhérent pourra l'utiliser et l'adapter en fonction des particularités locales, de son projet associatif et d'établissement, de ses priorités. Il ne s'agit surtout pas d'un modèle à respecter intégralement. Chaque centre pourra donc prendre les références et les critères qui lui semblent le plus adaptés à ses missions et/ou personnaliser à l'intérieur des domaines d'autres références et critères. Nous avons donc laissé volontairement des lignes vides.

L'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale précise elle-même dans son document « Mise en œuvre de l'évaluation interne » qu'elle n'oblige pas à mener une évaluation exhaustive. Chaque établissement peut choisir d'explorer plutôt un domaine qu'un autre, c'est à chaque équipe de se donner des objectifs atteignables, en fonction de sa situation. Pour autant, les domaines tels que « Projet d'établissement et de service », « Droits, devoirs, expression et participation des usagers » et « évaluation médicale, psychologique et sociale et orientation » nous semblent particulièrement importants à investiguer. « Piocher » dans ce référentiel ne signifie toutefois pas de « botter » en touche dès qu'une référence ou un critère nous pose problème mais bien de s'interroger sur pourquoi ils nous interrogent.

Actuellement, le calendrier réglementaire pour procéder à l'évaluation interne est soumis à des modifications. La DGAS à la demande de l'agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale travaille sur un nouveau projet de calendrier et de rythme des évaluations internes et externes selon la loi 2002.2. Une proposition transitoire serait envisagée pour les établissements autorisés entre le 2 janvier 2002 et le 1^{er} janvier 2009. Ils s'inscriraient dans le cycle des évaluations internes et externes prévus sur 15 ans (2 évaluations internes et externes dans les 13 années qui suivent leur autorisation).

La partie concernant l'évaluation dans la circulaire CSAPA de février 2008 peut être différemment interprétée. Dans ce contexte, nous vous invitons à commencer dès le premier passage en CROSMS pour devenir CSAPA votre démarche d'évaluation interne.

Nous comptons sur vous pour expérimenter cet outil et contribuer ainsi à le faire évoluer. S'engager ensemble dans cette démarche nous permettra de promouvoir les actions que nous menons et de valoriser ainsi le secteur médico-social en addictologie.

Jean Pierre COUTERON
Président de l'anitea

Marie VILLEZ
Secrétaire Générale anitea

Louis Michel RELIQUET
Vice président de la F3A
Membres titulaire et suppléant du COS de l'ANESM
au titre du secteur médico-social en addictologie

Le cadre réglementaire de l'évaluation interne et externe : quelques repères indispensables

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fait obligation aux organismes et associations gérant des 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'évaluation sociale et médico-sociale a donc pour objet l'appréciation à intervalles réguliers de :

- ◆ La cohérence (les finalités de l'action sont-elles en cohérence avec les orientations prioritaires ?/ les actions sont elles cohérentes entre elles?)
- ◆ La pertinence (l'action constitue telle une réponse adaptée aux problèmes identifiés ?)
- ◆ L'efficacité (les résultats atteints sont-ils conformes aux objectifs retenus ?)
- ◆ L'efficience (les résultats sont-ils à la mesure de l'ensemble des moyens mobilisés ?)
- ◆ L'impact (quels sont les effets des actions conduites, attendus ou inattendus, souhaités ou non ?)

Cette évaluation est à la fois :

- interne (réalisée par les établissements et services)
- et externe (menée par un organisme extérieur).

➤ **L'évaluation interne**

Références : article 312-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Il s'agit de procéder régulièrement à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées par la structure. L'auto évaluation est réalisée par l'établissement ou le service. Elle doit avoir lieu au moins tous les 5 ans, soit la même durée que le projet d'établissement ou de service avec lesquels elle est de fait couplée. Les résultats de ces auto évaluations sont communiqués tous les 5 ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, aujourd'hui remplacé par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (**ANESM**), a précisé dans un guide publié en septembre 2006 les **quatre grands domaines** sur lesquels l'évaluation interne doit porter en priorité :

- ◆ le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations ;
- ◆ l'établissement ou le service dans son environnement ;
- ◆ le projet d'établissement ou de service et ses modalités de mise en œuvre ;
- ◆ l'organisation de l'établissement ou du service.

➤ **L'évaluation externe**

Références : article 312-8 alinéa 2 à 4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et 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.

Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur habilité.

Cette évaluation s'appuiera sur :

- les recommandations des bonnes pratiques professionnelles validées par l'Agence
- et sur la démarche engagée par la structure avec le support de son référentiel.

Après le recensement des organismes susceptibles de candidater à l'habilitation pour l'évaluation externe en 2007, l'Agence établira la procédure d'habilitation en 2008.

Les résultats de cette évaluation sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

La loi 2002-2 a prévu que l'évaluation externe devait être effectuée au cours des 7 ans suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci.

A ce jour (octobre 2008), la DGAS a prévu de modifier le calendrier permettant de :

- réviser la fréquence des évaluations, internes et externes,
- et d'organiser une période transitoire pour les établissements et services dont l'autorisation arrive à échéance le 2 janvier 2017, ce qui est le cas pour la plupart d'entre eux.

Des hypothèses sont en cours d'examen concernant ces deux points.

Cinq caractéristiques d'une démarche d'évaluation interne

Il nous semble essentiel de préciser cinq points pour mieux définir ce qu'est une démarche d'évaluation interne.

Premier point, l'évaluation consiste, comme son étymologie l'indique, à **donner une valeur** aux effets d'une action, d'un dispositif, d'une politique. Pour que cette valeur ne soit pas jugée en fonction des normes implicites de chacun des intervenants ou des partenaires, il est indispensable qu'existe un **référentiel** précisant les finalités, les valeurs partagées, les principes, les objectifs, les moyens...

Ce référentiel :

- dérive des projets existants : projet associatif, projet d'établissement, projet éducatif, projet d'accompagnement individualisé...
- tient compte du cadre réglementaire : mission de l'établissement, conventions passées avec les financeurs, dispositifs dans lesquels les actions s'intègrent...
- tient compte des recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale.

Deuxième point, l'évaluation n'est **pas un contrôle**, ni un audit des procédures... Elle peut s'appuyer sur eux, mais elle s'en distingue. Le contrôle vérifie la conformité entre le réel et le prévu, le respect de règles ou d'obligations. Le contrôle, bien évidemment indispensable, est effectué par des experts et ses résultats sont donnés à des décideurs, internes ou externes. L'évaluation permet quant à elle d'apprécier les effets prévus ou imprévus d'une action. Il ne s'agit pas de dire si le travail social est « bon » ou « mauvais », mais de vérifier si le service correspond bien aux attentes ou aux besoins des usagers, s'il est cohérent avec le projet de l'association ou de l'établissement – et avec la commande sociale.

Troisième point, l'évaluation est **un travail sur les causes** : il ne suffit pas de constater des effets ou des changements, positifs ou négatifs, encore faut-il savoir si nous y sommes pour quelque chose. Autrement dit, l'évaluation suppose que les producteurs (et les utilisateurs) du service ou du dispositif, s'y impliquent et y trouvent un intérêt. On peut difficilement évaluer une action sans les personnes, les organisations, qui y contribuent, d'autant que ces acteurs font partie de la situation évaluée comme du changement que l'on voudrait y introduire.

Quatrième point, l'évaluation permet de repérer l'efficacité, l'efficience, la cohérence et la pertinence des actions et prestations, dans la perspective **d'améliorer la qualité** de ces prestations. Il faut donc formaliser les observations, recueillir des faits... tout en sachant que les indicateurs ne seront qu'indicatifs : ils permettront d'objectiver les appréciations mais pas de fonder une certitude.

Cinquième point, il y a peu d'outils propres à l'évaluation. L'évaluation est davantage une **manière** d'utiliser des méthodes et des techniques qui relèvent de la conduite de projet, du management, de l'intervention sociale... Cette manière, autant que possible, gagnerait à être une **démarche participative** et **dynamique**, à l'intérieur des associations et des établissements, comme dans le travail en réseau. L'évaluation renseigne aussi sur le pilotage global du projet et permet de le modifier si besoin. L'évaluation est un processus d'apprentissage, pour les groupes, pour les organisations et pour les politiques publiques. Elle contribue à l'observation des besoins sociaux et à l'évolution des réponses nécessaires.

Le vocabulaire et la logique de l'évaluation

1 – Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles

La définition et la validation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relèvent des attributions de l'ANESM.

Les *bonnes pratiques professionnelles* se définissent comme un passage obligé par rapport à des valeurs communes qui donnent sens aux actes professionnels et éclairent la perspective de l'action. Elles s'expriment au travers de recommandations qui peuvent elles-mêmes donner lieu à des références et des procédures.

La *recommandation* est le socle de la validation de la bonne pratique, toute référence ou procédure découle de recommandations établies au préalable. La recommandation vise à expliciter les valeurs, à rappeler les grandes orientations, à donner du sens. Elle désigne des repères communs pour aider les professionnels et l'usager à rechercher l'intervention la plus appropriée dans un environnement donné.

La *procédure* permet de décrire une séquence ordonnée d'activités ou d'interventions mises en œuvre dans une situation définie.

A l'heure actuelle, l'ANESM a produit quelques recommandations de bonnes pratiques professionnelles, disponibles sur son site www.anesm.sante.gouv.fr :

- "Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale" (mars 2008)
- "Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles" (mars 2008)
- "La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre" (juin 2008).

2 – Le référentiel d'évaluation

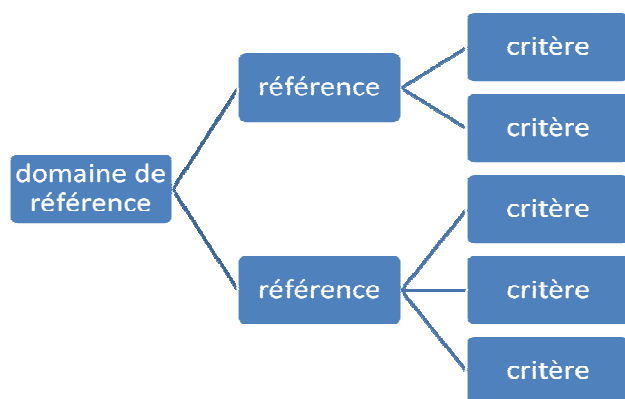
Un référentiel d'évaluation comprend des références, des critères et des indicateurs.

La *référence* se définit comme l'énoncé d'une exigence au regard d'objectifs à atteindre. Elle est rédigée sur le mode affirmatif et de façon positive. Elle est formulée au regard des dispositions législatives et réglementaires, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement.

Les *critères* indiquent comment s'appliquent les références de manière concrète et adaptée aux différents domaines des établissements et services. Ils énoncent le contenu des exigences de réalisation que l'on se fixe et doivent permettre d'apprécier le niveau où se situent les pratiques observées dans la structure.

Les *indicateurs* désignent les informations quantitatives ou qualitatives, les documents, les procédures, qui vont permettre d'objectiver la réponse au critère. Pour chacun des critères, on identifie donc un ou plusieurs indicateurs qui de la manière la plus concrète possible permettent de décrire, voire de mesurer une action, un effet, un impact.

Le référentiel proposé par l'ANITEA et la F3A à leurs adhérents est structuré en 12 domaines de référence, comportant chacun de 2 à 7 références. Chaque référence se décline en critères. Les indicateurs ne sont pas mentionnés dans le référentiel : il appartient à chaque équipe de les repérer lors de l'utilisation du référentiel (cf. page 16).



La logique de l'évaluation : du recueil d'informations à l'élaboration d'un avis argumenté

Bien souvent, engagés dans l'exploration d'un domaine de référence, on peut avoir tendance à proposer une action d'amélioration avant d'avoir récolté tous les faits significatifs nécessaire à l'analyse. La logique de l'évaluation suppose de raisonner en respectant un certain nombre d'étapes :

- 1^{ère} étape : collecter une information cohérente, significative et tangible concernant le critère examiné
 - Attention à la difficulté d'établir la matérialité des faits : on a tendance au jugement préconçu, à la représentation, ou à l'interprétation (ex : une "bonne" participation relève du jugement ; une participation de 80 % des personnes invitées est un fait tangible sur lequel on peut s'appuyer).
 - Attention à la subjectivité de l'observateur individuel (l'objectivité n'existe pas) qui introduit forcément des biais, d'où l'intérêt de la confrontation des regards, des subjectivités, dans le respect des points de vue des uns et des autres.
- 2^{ème} étape : retranscrire l'information de manière descriptive, précise et concise
 - Des faits, rien que des faits! relatant :
 - ce que l'on fait = les réalisations
 - ce que cela produit = les résultats
 - S'assurer que les termes et les mots employés ont la même signification pour tous (de quoi parle-t-on quand on emploie le mot accueil ; citoyenneté, par exemple).
- 3^{ème} étape : faire le diagnostic, attacher une valeur (positive, négative, paradoxale) aux faits recensés
 - Opérer des croisements et des recoupements entre les informations. C'est en cumulant les indices et en croisant les points de vue, que l'argumentation prendra du sens.
 - Donner une appréciation, prononcer un avis et l'exprimer de manière explicite (en le distinguant de la description des faits observés, puisque cet avis découle de l'interprétation de l'information de base).
 - On mesure l'écart entre la performance observée dans les faits et une "norme", ou un "idéal" définis par le critère du référentiel et/ou par le projet de la structure.
 - On pondère le jugement en mettant en regard les dysfonctionnements (points faibles, points à améliorer) et les ressources (points forts), en accordant une valeur relative aux différentes composantes de la réalité évaluée.

Comment présenter la démarche d'évaluation interne à l'ensemble des acteurs? Les points de vigilance

1 – Rappeler le cadre règlementaire

2- Présenter les objectifs possibles de l'évaluation interne (*cf. Guide de l'évaluation interne, septembre 2006, CNESMS*)

- ▶ faire évoluer en continu les pratiques et les compétences : un processus d'apprentissage
- ▶ produire de la connaissance pour nourrir les décisions
- ▶ rendre lisible et valoriser l'action conduite
- ▶ s'adapter et anticiper les besoins
- ▶ interpellier pour contribuer à l'évolution du secteur
- ▶ ...

3 – Expliquer les principes selon lesquels elle va être conduite

- ▶ une démarche intégrée à la politique de l'établissement
- ▶ une démarche impliquant les instances décisionnelles
- ▶ une démarche légitimant l'action par sa mise en débat au sein d'espaces de réflexion
- ▶ une démarche éthique et déontologique garantissant le respect du point de vue de chacun : règles de discrétion et de confidentialité
- ▶ une démarche structurée et rigoureuse
- ▶ une démarche favorisant l'exercice de prise de distance (pluridisciplinarité, confrontation de points de vue différents)
- ▶ une démarche "systémique" : penser à la fois le contexte, l'intrication des projets, les articulations
- ▶ une démarche impliquant toutes les composantes de l'Institution, à travers son projet : les personnels, les usagers

4 – Expliquer le mode de pilotage de ce projet d'évaluation interne

Dans une structure importante, on pourra constituer :

- un comité de pilotage, composé de "décisionnaires", dont le rôle sera de valider les étapes, d'arbitrer, de hiérarchiser les propositions d'amélioration et de définir le plan d'amélioration continue de la qualité
- un ou des référents ou coordinateur, dont le rôle sera d'orchestrer la réalisation de l'évaluation : motiver le groupe chargé de l'évaluation, rassembler des informations, inviter des personnes ressources aux réunions, et rendre compte régulièrement au comité de pilotage
- le groupe chargé de l'évaluation, composé de représentants des différents métiers, dont le rôle est de réaliser l'évaluation en travaillant sur le référentiel (on veillera alors particulièrement à une communication régulière à l'ensemble de l'équipe concernant les travaux de ce groupe).

Dans une structure plus restreinte, c'est l'équipe dans sa quasi-totalité qui peut être impliquée dans le travail d'évaluation à partir du référentiel.

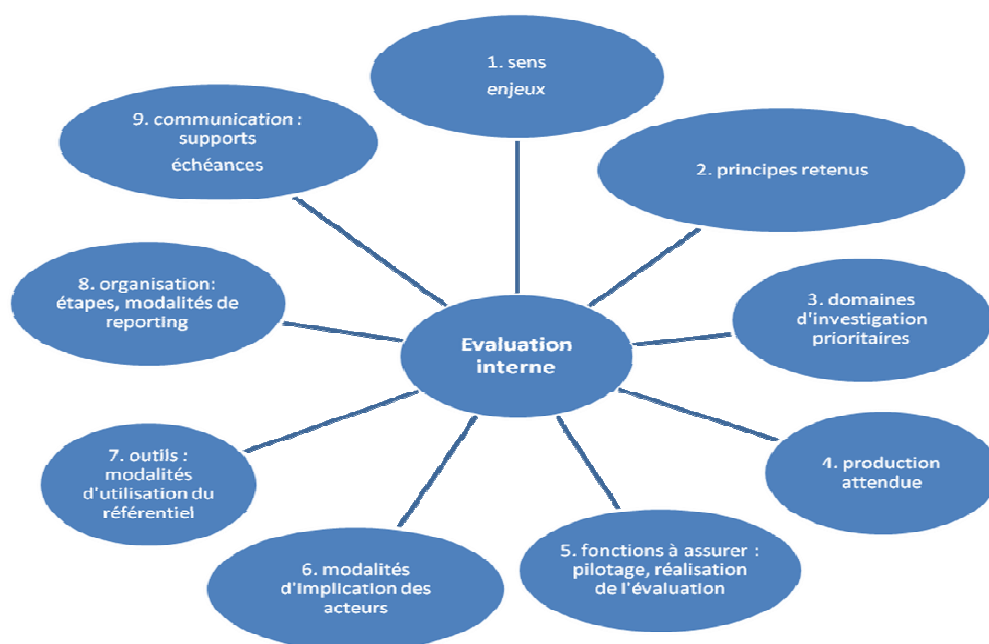
6 – Expliquer les étapes de la démarche

- ▶ Conception de la démarche d'évaluation interne et cadrage
- ▶ Sensibilisation et information de l'équipe
- ▶ Appropriation, enrichissement éventuel du référentiel
- ▶ Travail sur les domaines de référence choisis

- ▶ Définition progressive de propositions d'amélioration
- ▶ Mise en perspective des différentes propositions élaborées dans les différents domaines de référence explorés
- ▶ Définition d'un plan d'action d'amélioration continue de la qualité
- ▶ Mise en œuvre de ce plan
- ▶ Evaluation et formulation de nouveaux objectifs
- ▶ Actualisation du projet d'établissement

Le schéma suivant peut vous aider à concevoir le document de cadrage qui servira à la fois :

- à structurer votre communication à vos équipes
- à structurer l'introduction à votre rapport d'évaluation



Le plan d'une communication pourrait ainsi reprendre les points suivants :

- ▶ L'engagement des instances dirigeantes dans la démarche.

La référence aux textes règlementaires

Les enjeux. Le sens que prend cette démarche pour les établissements et les services

- ▶ Les principes de la démarche

Par exemple :

- La participation de tous à des degrés divers
- Le statut des informations recueillies dans le cadre de l'évaluation :
 - elles sont communiquées sur un mode global, sans indications nominatives
 - respect des personnes et non jugement de valeur

- ▶ Les thèmes prioritaires sur lesquels l'évaluation interne va se focaliser

- ▶ Les résultats attendus :

Pour chaque thème :

- un recueil de données
- une analyse
- la mise en évidence de points faibles et de points forts

- la rédaction d'un bilan
 - des propositions d'actions d'amélioration
 - qui serviront à élaborer le plan d'amélioration continue de la qualité des prestations
- ▶ La méthode et le plan de travail
- ↳ Utilisation/ adaptation / enrichissement du référentiel de l'ANITEA et de la F3A
 - ↳ Les acteurs :
 - le comité de pilotage : composition et rôle
 - le(s) référent(s)/ coordinateur(s) : rôle
 - les "contributeurs" : équipes, personnes ressources, usagers, partenaires : à quel moment et sur quels thèmes on les associe, de quelle manière?
 - ↳ La gestion du temps :
 - mise à disposition du (des) coordinateur(s) à raison de...
 - nombre et rythme des réunions
 - ↳ Le calendrier :
 - travaux du groupe chargé de l'évaluation ou de l'équipe
 - points de validation par le comité de pilotage
- ▶ Les points de communication prévus à destination des équipes, CA, usagers, et éventuellement partenaires.

Recueillir la parole des usagers dans un processus d'évaluation. Pourquoi? Comment?

Nous l'avons déjà dit, l'évaluation trouve son sens dans la confrontation de points de vue divers et complémentaires :

- points de vue des différents métiers représentés dans l'équipe ;
- point de vue des usagers ;
- et éventuellement point de vue de partenaires.

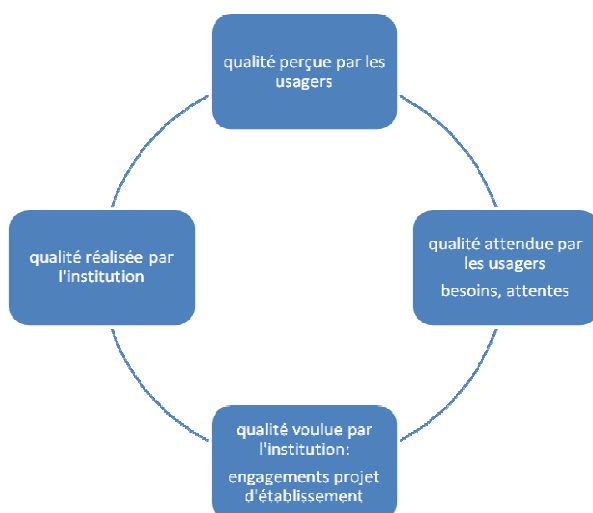
Impliquer les usagers dans l'évaluation interne

Pourquoi?

- un enjeu d'ordre éthique :
 - o l'utilisateur est un citoyen qui a son mot à dire (principe de reconnaissance)
 - o on met en avant ses potentialités et capacités d'analyse
- un enjeu de connaissance : l'utilisateur doit être systématiquement consulté sur ce qu'il perçoit des intentions affichées, sur la manière dont il utilise les services, sur les effets sur sa vie des actions menées (effets attendus, effets induits). Ces avis sont discutés, pondérés, analysés, comparés à d'autres éclairages émanant de l'équipe, ou de partenaires.
- un enjeu d'ordre décisionnel : la parole des usagers doit être intégrée au processus de prise de décision, comme un élément essentiel au même titre que d'autres (données, contexte, avis d'autres acteurs...)
- c'est aussi une incitation légale.

Les principes :

- neutralité et humilité : pas de préjugé, pas de jugement de valeur
- chercher à comprendre l'avis de l'utilisateur
- croiser les points de vue, mettre en perspective
- analyser les écarts



Sur quoi?

- les prestations offertes
- l'organisation et les procédures
- les effets constatés

Comment?

Différentes modalités sont possibles, en fonction des publics accueillis, de la culture de l'établissement.

Quelques conseils :

- définir l'objectif de la consultation
- identifier quelle est la population pertinente
- choisir le mode de consultation le mieux adapté :
 - o l'oral est souvent plus "productif" que l'écrit anonyme
 - o il permet de reformuler une question mal comprise
 - o il permet de faire préciser un point de vue
 - o il permet de creuser des remarques non prévues dans le questionnaire
 - o il permet de situer d'où proviennent les avis et de pondérer éventuellement
- construire des outils de questionnement simples, courts
 - o permettant de donner un avis et demandant de l'argumenter
 - o proposant aux usagers de se positionner sur une échelle évaluative
- impliquer une personne non investie dans l'accompagnement personnalisé de l'utilisateur
- veiller à bien présenter la démarche :
 - o l'objectif
 - o garantir que tout le monde peut s'exprimer sans conséquences négatives
 - o valoriser le temps de la consultation : une opportunité de participer, de proposer des améliorations
- rendre compte des résultats des analyses produites.

Conseils pour la personnalisation du référentiel

Le référentiel proposé par l'ANITEA et la F3A à leurs adhérents est un référentiel volontairement très complet (mais pas exhaustif), construit à partir des propositions faites par les membres des groupes de travail, et qui veut rendre compte de la richesse et de la diversité des domaines et des pratiques. Il comprend 12 domaines de référence :

- 1 – Projet d'établissement et réponse aux besoins des publics
- 2 – Partenariats et inscription dans l'environnement
- 3 – Droits, devoirs, expression et participation des usagers
- 4 – Management des ressources humaines
- 5 – Gestion administrative et financière
- 6 – Premier accueil
- 7 – Information
- 8 – Evaluation médicale, psychologique et sociale et orientation
- 9 – Accompagnement
- 10 – Réduction des risques
- 11 – Hébergement
- 12 – Missions et actions particulières (domaine non développé).

Les domaines 1 à 5 correspondent à des fonctions « générales » des établissements et services.

Les domaines 6 à 12 décrivent des « missions » ou des « domaines d'activité », qui ne sont pas rattachés à un dispositif ou à un type de structure : par exemple, le domaine 10, réduction des risques, ne concerne pas que les CAARUD. Bien évidemment, si un établissement ne propose pas d'hébergement, il n'aura pas lieu d'évaluer ce domaine. Et s'il mène des actions particulières (consultations de proximité, actions de formation...), il lui faudra développer les références et critères d'évaluation de ce domaine à partir de ses objectifs et de ses pratiques.

Cet outil a été pensé comme une aide pour les établissements et services, et non comme un modèle à respecter dans son intégralité. Chaque établissement peut donc « piocher » parmi ces 12 domaines de référence ceux qui correspondent le mieux à ses missions et ses priorités. Et à l'intérieur des domaines, les références et critères sont eux-mêmes personnalisables, modulables...

L'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale n'oblige pas à mener une évaluation exhaustive (cf. le document « Mise en œuvre de l'évaluation interne »). A chaque équipe de se donner des objectifs atteignables, en fonction du temps qu'elle peut consacrer à l'évaluation, du rythme prévisible des séances de travail, des possibilités de mobilisation de ses membres...

L'utilisation du référentiel

Référence 1 1 : Le projet d'établissement se fonde sur un diagnostic des profils et besoins des usagers, et de leurs évolutions

| | <i>critère</i> | <i>commentaire : points forts/ points faibles</i> | <i>indicateurs</i> | <i>cotation</i> | <i>axes d'amélioration</i> |
|-------|----------------|---|--------------------|-----------------|----------------------------|
| 1.1.1 | | | | | |
| 1.1.2 | | | | | |
| 1.1.3 | | | | | |
| 1.2.4 | | | | | |
| 1.1.5 | | | | | |
| 1.1.6 | | | | | |
| 1.1.7 | | | | | |
| 1.1.8 | | | | | |

| SYNTHESE DE LA REFERENCE 1.1 | |
|------------------------------------|-----------------------|
| POINTS FORTS | POINTS FAIBLES |
| PROPOSITIONS D'AMELIORATION | |

1 – Le cheminement : du recueil de données à la proposition d'amélioration

- collecter une information cohérente et significative (indicateurs) pour évaluer la satisfaction au critère
- formuler ces constats de manière descriptive
- analyser ces constats : diagnostiquer les points forts, les points faibles
- prononcer un avis :
 - écart entre constat et critère
 - pondération par échanges au sein du groupe évaluateur
 - cotation
- mettre en forme, rédiger de manière rigoureuse et explicite
- proposer une action d'amélioration

2 – La cotation

Le principe :

- il s'agit, après avoir débattu des points forts et des points faibles, d'apprécier collectivement le degré de réalisation de chaque critère en lui attribuant une note, puis, une fois qu'on a examiné l'ensemble des critères d'une même référence, de coter de manière plus globale la référence
- la cotation facilite la synthèse d'appréciations qualitatives, et reflète une opinion argumentée

Les modalités :

- de 1 à 4 : 1 indique que l'établissement satisfait au critère
2 indique que l'établissement satisfait en grande partie au critère
3 indique que l'établissement satisfait partiellement au critère
4 indique que l'établissement ne satisfait pas au critère
- la cotation est complétée par un argumentaire sur points faibles/points forts et proposition d'actions d'amélioration

3 – La notion d'indicateurs... et comment les trouver

Les indicateurs sont les informations, documents, procédures instituées, réalisations... qui permettent d'objectiver l'appréciation portée par les acteurs : « sur quoi s'appuie-t-on pour affirmer que la structure satisfait au critère... ? ».

Ce sont des « instruments de mesure » quantitatifs et/ou qualitatifs.

Exemples d'indicateurs et de sources d'information

- Documents cadres : projet associatif, projet d'établissement, conventions, agréments...
- Procédures d'accueil, d'admission, de décision, de délivrance, de sécurité...
- Documents remis aux usagers : livret d'accueil, règlement de fonctionnement...
- Modalités de remise de ces documents, affichage, explication...
- Documents de suivi de la prise en charge : dossier de l'utilisateur, contrat de séjour, projet d'accompagnement individualisé, dossier médical, synthèses, bilans...
- Modalités d'utilisation de ces documents
- Documents relatifs à la participation et à l'expression des usagers : comptes rendus des réunions du CVS...
- Courriers, réponses aux demandes des usagers...
- Délais de réponse, de traitement, motivation des avis favorables ou non...
- Actions réalisées : actions collectives, réunions d'information, activités...
- Taux de participation, de fréquentation, de turn-over...
- Statistiques
- Locaux, équipement, utilisation
- Documents d'organisation : organigramme, fiches de poste, plan de formation, livret d'accueil des salariés/des stagiaires, cahier de liaison, registres, outils de gestion...
- Comptes rendus des réunions d'équipe
- Qualifications du personnel, pluridisciplinarité, formation continue, perfectionnement...
- Conventions de partenariat, inscription dans des réseaux, modalités d'orientation vers les partenaires...
- Démarche d'évaluation, plan d'action d'amélioration continue de la qualité, enquête de satisfaction...
- ...

Techniques de recueil d'informations

- Comptage
- Chiffrage
- Observation de comportements
- Observation de flux
- Observation de lieux
- Grilles de lecture, d'analyse, d'observation
- Questionnaire, enquête
- Analyse de comptes rendus de réunions, d'entretiens
- Analyse de rapports (admission, prise en charge, renouvellement, synthèse...)

- Description et analyse de parcours (contrats et objectifs individualisés...)
- Consultation d'acteurs, de partenaires
- Entretiens individuels ou de groupe (expression du ressenti des personnes)
- ...

Dans la mesure du possible, s'appuyer sur le système d'information existant dans la structure. L'évaluation interne permet de pointer les insuffisances en la matière : absence de formalisation, procédures non actualisées ou non diffusées, recueil d'informations non systématique, documents insuffisamment expliqués, décisions non appliquées... Il peut être utile d'élaborer un système de recueil de certains documents de référence, sous la forme d'un classeur de procédures, par exemple, en évitant tout les excès trop formalistes !

Le plan d'action d'amélioration continue de la qualité

Après utilisation du référentiel, les propositions d'actions d'amélioration peuvent être listées, par domaine de référence.

L'étude de cette liste permettra de définir un plan d'action d'amélioration continue de la qualité :

- en examinant la cohérence des propositions de manière transversale ;
- en priorisant parmi toutes les actions envisagées celles qui justifient par leur importance et/ou leur urgence une action rapide ;
- en classant ces actions dans quelques axes ;
- en définissant à l'intérieur de chaque axe des objectifs d'amélioration ;
- et en précisant autant que faire se peut qui coordonne, qui réalise, et à quelle échéance.

Pour définir les priorités, on peut aussi tenir compte :

- du contexte institutionnel (politiques publiques, projet associatif, projet d'établissement)
- de l'organisation et du fonctionnement de la structure (ressources, contraintes...)
- des besoins des usagers et du respect de leurs droits...

Idéalement, le plan d'action « ACQ » tient sur une ou deux pages, sous forme d'un tableau très synthétique et sert à son propre suivi par pointage des réalisations et des actions restant à réaliser.

Trame pour la rédaction du rapport d'évaluation

Précisons tout d'abord que l'outil référentiel renseigné par les équipes n'est pas un document à fournir à la tutelle. C'est un document à usage interne. En revanche, le rapport d'évaluation sera communiqué à l'autorité de tutelle. Il doit être concis, clair, compréhensible par des personnes extérieures.

Plus les équipes auront rédigé leurs évaluations de manière rigoureuse et explicite tout au long de la démarche, plus le rapport sera simple à réaliser. Par exemple, si un document de cadrage de la démarche est rédigé dès le début (cf. le paragraphe : comment présenter la démarche d'évaluation interne à l'ensemble des acteurs), il pourra être intégré au rapport d'évaluation. De même, les bilans réalisés tout au long de l'évaluation prendront leur place dans le rapport.

Par ailleurs, on a tout intérêt à présenter ce rapport d'évaluation aux acteurs de la démarche (équipes, usagers...).

Le rapport d'évaluation pourra comprendre les chapitres suivants :

- Présentation de la structure
- La démarche d'évaluation interne
 - Le sens de la démarche dans la structure : philosophie, enjeux, aspects stratégiques
 - La manière dont la démarche a été conçue et mise en œuvre : mode participatif, pilotage, acteurs, principes et modalités, critères de choix des questions prioritaires, élaboration du référentiel...
- Les résultats de l'évaluation
 - Bilans des domaines de référence explorés : points forts et marges de progression
- Le plan d'action d'amélioration continue de la qualité
 - Axes et objectifs prioritaires retenus : tableau synthétique
 - Modalités de mise en œuvre et de suivi
- « Evaluation de l'évaluation » :
Constata-t-on des évolutions en termes de :
 - Modifications de pratiques professionnelles
 - Réajustement du projet d'établissement
 - Réajustement de la démarche d'évaluation interne
 - Intégration de la démarche dans l'établissement
 - Relations avec les usagers
 - ...
- Evaluation par les usagers
 - Modalités et supports utilisés
 - Synthèse des avis exprimés
- Contribution au diagnostic de besoins et au repérage des lacunes sur le territoire / contribution à la conception et à la mise en œuvre des politiques territoriales.

Bibliographie et sources documentaires

Site de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) : www.anesm.sante.gouv.fr

Toutes les publications de l'ANESM sont téléchargeables, et notamment les recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- « Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services », avril 2008
- « Expression et participation des usagers », avril 2008
- « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », juillet 2008
- « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », juillet 2008...

Voir aussi le site de la DGAS (Direction générale de l'action sociale) : www.sante.gouv.fr, sur lequel des documents sont téléchargeables, dont un guide sur « Le dossier de la personne accueillie ou accompagnée ».

Merci pour les contributions reçues :

- Pour un référentiel Appartement thérapeutiques relais – ANIT IDF
- Référentiel d'auto-évaluation du Lac Argent – Annecy
- Référentiel d'évaluation du CAARUD Boutique 18 – Association Charonne - Paris
- « Recommandations de bonnes pratiques » sur les missions CSST - DRASSIF

Membres du COPIL « Evaluation interne » :

- Jean Marie Brunnin – membre du CA anitea – L'espace du possible
- Jean Pierre Couteron – président de l'anitea – Cedat
- François Hervé – membre du CA anitea – Aurore
- Nathalie Latour – déléguée générale anitea
- Catherine Pecquart – Adhérente anitea – Charonne
- Louis Michel Reliquet – Vice président F3A – Service Alcoologie OCHS
- Marie Villez – secrétaire générale anitea – Cèdre Bleu
- Odile Vitte – membre du CA anitea – APSC Contact