



Fédération Addiction – Guide méthodologique Évaluation interne – Saison 2 SOMMAIRE

- Introduction – Saison 1 et saison 2	page 2
- Le cadre réglementaire de l'évaluation interne et externe	page 4
- Les principes de l'évaluation interne	page 9
- Le vocabulaire et la logique de l'évaluation	page 10
- La démarche d'évaluation interne	page 14
- Associer les personnes accueillies et accompagnées à l'évaluation	page 20
- Tableau de correspondance entre référentiel 1 (2008) et référentiel 2 (2013)	page 23
- Le plan d'amélioration continue de la qualité	page 24
- La rédaction du rapport d'évaluation	page 25
- Bibliographie et sources documentaires	page 26
- Glossaire	page 27
- Référentiel simplifié « en lignes »	page 28

Introduction – Saison 1 et saison 2

En 2008, l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie (ANITEA) a obtenu un financement de la Direction Générale de la Santé (DGS) pour aider ses adhérents à définir et mettre en œuvre une démarche d'évaluation interne. Cette action a débouché sur la production d'un guide méthodologique et d'un référentiel s'appuyant sur les missions des CSAPA, adaptable pour les CAARUD, puis sur la mise en œuvre de sessions de formation et d'actions d'accompagnement au sein d'établissements.

En mai 2011, l'ANITEA et la F3A se sont réunies au sein de la Fédération Addiction. La nouvelle entité poursuit ses missions d'animation du réseau et de soutien à ses adhérents, notamment en matière d'évaluation interne, pour laquelle **une « saison 2 » est indispensable.**

En effet, le premier référentiel proposé aux adhérents de la Fédération Addiction a été finalisé en octobre 2008. Depuis, sont parus plusieurs textes et documents ayant modifié ou complété les attendus et les méthodes de l'évaluation interne, et notamment :

- des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, dont « La conduite de l'évaluation interne » (juillet 2009) et « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement et de service » (mai 2010) ;
- un guide de l'OFDT : « Évaluer les interventions de réduction des risques » (septembre 2009) ;
- le décret du 3 novembre 2010 pris en application de la loi HPST, fixant le nouveau calendrier des évaluations interne et externe ;
- la circulaire du 21 octobre 2011 rappelant et reformulant : le périmètre, le calendrier et le rythme des évaluations ; les méthodes et outils ; les liens entre évaluation interne et évaluation externe ; les conséquences de l'évaluation sur l'autorisation ;
- des documents édités par la Fédération Addiction pour aider ses adhérents dans la formulation d'objectifs d'intervention et de projets d'action (série « Pratique(s) », cahiers thématiques « Actal », triptyques...). Ces documents proposent des « contenus » intégrables dans les projets des établissements et services, contenus qui peuvent aussi aider une équipe à préciser les critères de son évaluation.

De ces éléments, ressort la nécessité de **compléter l'évaluation de la pertinence, de la cohérence et des réalisations**, permise par le référentiel actuel, **par une évaluation des effets** (résultats à court terme et impacts à moyen et long terme) des actions et prestations proposées par les établissements. **Une meilleure définition du cadre évaluatif est donc indispensable, en particulier la formulation des objectifs visés par les actions**, ce que ne contiennent pas toujours les projets d'établissements. La saison 2 de l'évaluation interne invite donc les adhérents à **poursuivre et amplifier la démarche déjà entreprise.**

Parallèlement, le régime des appels à projets prévu par la loi HPST commence à être utilisé par les ARS, de façon variable selon les territoires. La Fédération Addiction a repéré également un besoin d'outillage et d'accompagnement de ses adhérents sur ce thème, auquel le présent guide veut répondre. L'objectif est de **promouvoir une « culture du projet »** transposable de l'évaluation interne à la **réponse aux appels à projets** et à **l'élaboration du projet d'établissement ou de service.**

Le **premier référentiel** proposé en 2008 par la Fédération Addiction à ses adhérents est volontairement très complet (mais pas exhaustif). Conçu à partir des **missions des CSAPA**, 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 – Évaluation médicale, psychologique et sociale et orientation
- 9 – Accompagnement
- 10 – Réduction des risques
- 11 – Hébergement
- 12 – Missions et actions particulières (domaine non développé).

Le **deuxième référentiel** est conçu à partir du **cahier des charges de l'évaluation interne** formalisé par la recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM en juillet 2009 et rappelé par la circulaire du 21 octobre 2011 :

- A – Promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale
- B – Personnalisation de l'accompagnement
- C – Garantie des droits et participation des usagers
- D – Protection et prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers
- E – Élaboration du projet au regard des caractéristiques du public
- F – Insertion et ouverture de l'établissement ou du service à et sur son environnement
- G – Organisation interne, ressources humaines et financières, système d'information
- H – Domaines spécifiques (hébergement, missions et actions particulières)

Dans ses grandes lignes, le contenu du référentiel 1 est repris et reventilé dans le référentiel 2. Des critères ont été modifiés, réécrits, voire supprimés. D'autres critères ont été ajoutés. Un **tableau de correspondance** entre les domaines du référentiel 1 et ceux du référentiel 2 est proposé page 23.

Concrètement, les adhérents qui ont commencé leur évaluation interne en utilisant le référentiel 1 peuvent enchaîner avec le référentiel 2, en privilégiant les domaines nouveaux. Pour ceux qui démarrent, le plus simple est d'utiliser le référentiel 2. Sauf demande particulière de votre ARS, votre établissement ou service devra être en mesure de **montrer la cohérence de l'évaluation menée avec le cahier des charges** défini par l'ANESM **avant le renouvellement de son autorisation** (soit, en pratique, au moment où interviendra la deuxième évaluation externe : cf. page 5).

Le cadre réglementaire de l'évaluation interne et externe

(source : circulaire du 21 octobre 2011)

Une démarche continue

L'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médicosociaux (ESSMS), prévue à l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et introduite dans ce code par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, contribue à la **mise en œuvre effective du droit de l'usager à une prise en charge et à un accompagnement de qualité**, adaptés à ses besoins (article L. 311-3, 3° du CASF). L'évaluation doit également permettre **d'apprécier la capacité de l'établissement ou du service concerné à réaliser les missions** qui lui sont confiées et la qualité de ses activités au regard de son autorisation. Cette évaluation est réalisée de façon **interne** (par les établissements et services) et **externe** (par un organisme habilité par l'ANESM).

Les évaluations internes et externes de la qualité des prestations et des activités dans les ESSMS forment un ensemble cohérent d'une **démarche globale** dont les résultats conditionnent la tacite reconduction de l'autorisation initiale ; cette **démarche continue** a vocation à être **retracée chaque année dans le rapport d'activité** prévu à l'article R.314-50 du CASF, en application de l'article D.312-203 du même code.

Les ESSMS doivent veiller à ce que **le rythme des évaluations** de leurs activités et de la qualité de leurs prestations **et celui de leur projet d'établissement** ou de service s'articulent, afin d'en garantir la bonne **cohérence**. Le projet d'établissement ou de service, conformément à l'article L.311-8 du CASF, est établi pour une durée maximale de **cinq ans**, après consultation du conseil de la vie sociale (ou, le cas échéant, d'une autre forme de participation), et définit les objectifs de l'établissement, notamment en matière d'évaluation des activités et de la qualité des prestations.

Le décompte du délai des évaluations internes et externes se déclenche à la date de l'autorisation initiale délivrée, conformément à l'article L.313-1 du CASF ; ses modalités sont déterminées par référence à la durée de cette autorisation. **La durée de droit commun de l'autorisation est de 15 ans**. La loi du 10 août 2011 modifiant la loi HPST du 21 juillet 2009 **prolonge l'autorisation de 3 ans** précédemment délivrée aux CSAPA et aux CAARUD dans la limite de ces 15 ans. En clair, un CSAPA autorisé le 1^{er} janvier 2010, par exemple, voit son autorisation prolongée jusqu'au 1^{er} janvier 2025.

Une autorisation de 15 ans, comprenant 3 cycles d'évaluation interne et 2 évaluations externes

➤ *Régime de droit commun, s'appliquant aux établissements et services autorisés depuis la loi HPST (21 juillet 2009)*

Les ESSMS doivent **communiquer les résultats de l'évaluation interne tous les 5 ans**, ou lors du renouvellement de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), à l'autorité ayant délivré l'autorisation initiale. Pendant une **période d'autorisation de 15 ans**, les établissements et services doivent donc communiquer les résultats de **3 évaluations internes**.

Les ESSMS doivent **procéder à 2 évaluations externes au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et 2 ans avant la date de son renouvellement**. Un CPOM peut préciser le calendrier de réalisation des évaluations externes dans le respect de la réglementation applicable. Sur une période d'autorisation de 15 ans, les ESSMS devront donc procéder à 2 évaluations externes, chacune précédée de la communication des résultats d'une évaluation interne et suivies d'une troisième transmission de résultats d'évaluation interne.

La 1^{ère} évaluation externe examinera les suites réservées aux résultats issus de la 1^{ère} évaluation interne et sera suivie de la 2^{nde} évaluation interne. La 2^{nde} évaluation externe appréciera la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations et des activités, à travers notamment les suites réservées aux évaluations internes, dans la continuité de la 1^{ère} évaluation externe.

➤ *Régime dérogatoire pour les ESSMS autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi HPST du 21 juillet 2009*

Ces ESSMS communiquent les résultats d'au moins une évaluation interne, au plus tard 3 ans avant la date du renouvellement de leur autorisation. Ils procèdent au moins à une évaluation externe, au plus tard 2 ans avant la date du renouvellement de leur autorisation.

➤ *Cas particulier des ESSMS autorisés et ouverts avant la date de publication de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002*

Les ESSMS autorisés à la date du 3 janvier 2002 sont autorisés pour une période de 15 ans à compter de cette date. Par voie de conséquence, le renouvellement de leur autorisation interviendra le 3 janvier 2017. Ces ESSMS devront, pendant la période qui reste à courir jusqu'au 3 janvier 2017, procéder à la transmission des résultats d'au moins une évaluation interne, au plus tard avant le 3 janvier 2014, et d'au moins une évaluation externe, au plus tard avant le 3 janvier 2015.

Le cahier des charges de l'évaluation interne

Les évaluations doivent être menées « au regard notamment de procédures, de références et de **recommandations de bonnes pratiques professionnelles** validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux » (premier alinéa de l'article L.312-8 du CASF) et, par voie de conséquence, les résultats et les rapports transmis doivent faire expressément référence à celles qui ont été utilisées pour mener l'évaluation.

Dans sa recommandation relative à *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services* de juillet 2009, l'ANESM précise le contenu, le périmètre et la démarche méthodologique de l'évaluation interne. **Dans le cadre méthodologique ainsi précisé**, les ESSMS sont libres de **choisir leurs outils d'évaluation interne** parmi ceux déjà existants, de les adapter ou même de les créer. Ils communiquent les résultats de leur évaluation interne aux autorités compétentes dans un **rapport** qui précise notamment la méthode et les référentiels utilisés (cf. page 25).

L'évaluation interne porte au minimum sur les 4 grands domaines précisés par l'ANESM :

- **la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale ;**
- **la personnalisation de l'accompagnement ;**
- **la garantie des droits et la participation des usagers ;**
- **la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers.**

Elle porte notamment une appréciation sur :

- l'insertion et l'ouverture de l'établissement ou du service à et sur son **environnement**, l'intégration des différentes ressources internes et externes ;
- son **organisation interne**, ses ressources humaines et financières, son système d'information.

Elle identifie **les effets sur les usagers** des actions entreprises.

Le cahier des charges de l'évaluation externe

Le **cahier des charges de l'évaluation externe** a été défini par le décret du 15 mai 2007, puis repris dans l'annexe 3-10 du CASF. L'ESSMS sélectionne l'organisme habilité qui réalisera son évaluation externe, dans le respect des procédures de mise en concurrence applicables, parmi les organismes habilités figurant sur la liste actualisée et consultable sur le site de l'ANESM. Il appartient à l'ESSMS de s'assurer que l'organisme de son choix propose bien les qualifications et compétences déterminées par l'annexe 3-10 du CASF. Les résultats de l'évaluation externe sont remis sous la forme d'un rapport par l'organisme évaluateur à l'ESSMS qui le transmettra lui-même aux autorités compétentes, accompagné le cas échéant de ses observations écrites.

L'évaluation externe consistera au moins à :

- **porter une appréciation globale** notamment sur :
 - o l'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties ;
 - o la cohérence des différents objectifs entre eux ;
 - o l'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place...
- **examiner les suites réservées aux résultats** issus de l'évaluation interne, comme par exemple :
 - o les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne ;
 - o la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués ;
 - o la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu...
- **examiner certaines thématiques et des registres spécifiques**, parmi lesquels :
 - o l'appréciation des activités et la qualité des prestations au regard des droits des usagers, et les conditions de réalisation du projet personnalisé ;
 - o les activités et la qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement, et des interactions ;
 - o la capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne...
- **élaborer des propositions et/ou préconisations** sur :
 - o des aspects stratégiques ;
 - o des éléments plus directement opérationnels ;
 - o des priorités, en regard de critères explicites.

Le renouvellement de l'autorisation

Le renouvellement total ou partiel de l'autorisation initiale est **exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe**.

Il est **réputé automatique... sauf si**, au moins un an avant la date du renouvellement, l'autorité compétente, au vu de l'évaluation externe, enjoint l'établissement ou le service de présenter dans un délai de six mois une demande de renouvellement.

Le mécanisme de **tacite reconduction** a pour but de concentrer l'attention des autorités compétentes sur les ESSMS dont le fonctionnement rend nécessaire l'examen de la pertinence d'un renouvellement d'autorisation. C'est donc **par exception à ce principe** que l'autorité compétente peut enjoindre l'établissement ou le service, au vu des résultats de l'évaluation externe, de présenter un an avant le terme de son autorisation et dans un délai de six mois un dossier de renouvellement. Pour l'établissement ou le service, cette demande constitue une opportunité d'améliorer son fonctionnement. **Le renouvellement de l'autorisation est uniquement fondé sur des critères de qualité et ne peut en aucun cas être un instrument de planification de l'offre.**

Si nécessaire, l'autorité devra, après **examen des rapports d'évaluation interne** qui lui sont transmis, appeler l'attention par tout moyen, y compris de manière formalisée par lettre recommandée avec accusé de réception, des représentants des ESSMS concernés, sur les insuffisances du ou des rapports d'évaluation interne susceptibles de porter atteinte ultérieurement à la qualité des résultats de l'évaluation externe antérieure au renouvellement de l'autorisation. Ce signalement doit être le point de départ d'un dialogue entre l'institution et l'autorité compétente, sur la base du cahier des charges de l'évaluation interne pour examiner les moyens de **remédier aux défauts de l'évaluation interne**.

Au vu des **résultats de la seconde évaluation externe** d'un ESSMS, l'autorité peut :

- conditionner le renouvellement de son autorisation à la communication des résultats d'une nouvelle évaluation externe, dans un délai de 6 mois ;
- conditionner le renouvellement de son autorisation au changement d'organisme évaluateur, en cas de défaillance ou manquement du précédent, et à la communication des résultats d'une nouvelle évaluation externe, dans un délai de 6 mois ;
- empêcher la tacite reconduction du renouvellement de son autorisation, en l'enjoignant de présenter une demande de renouvellement.

En application de l'article D.313-11 du CASF, deux mois avant la date du renouvellement de l'autorisation, la personne physique ou la personne morale de droit public ou privé détentrice de l'autorisation saisit la ou les autorités compétentes afin que soit conduite la **visite de conformité** aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement prévue à l'article L. 313-6 du même code.

Les principes de l'évaluation interne

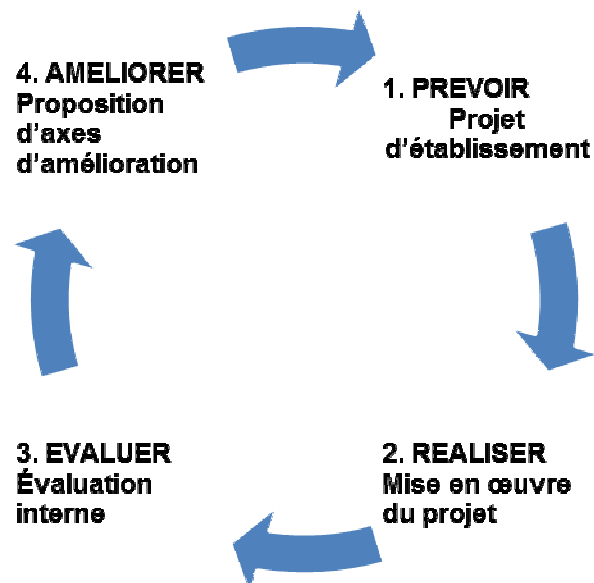
- L'évaluation consiste à mesurer les **effets**, et à apprécier le **sens** et la **valeur** d'une action sociale ou médico-sociale, au regard notamment de recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Il s'agit de vérifier si le service correspond bien aux attentes ou aux besoins des usagers, s'il est cohérent avec le projet de l'association ou de l'établissement – et avec les missions pour lesquelles celui-ci est conventionné.
- L'évaluation interne porte sur des systèmes et non sur des personnes ; elle questionne l'**éthique** et la **méthode** des **pratiques collectives**.
- La démarche d'évaluation doit respecter les **personnes accueillies** dans leur singularité, et se référer à la charte des droits et libertés de la personne accueillie.
- L'évaluation est un **travail de connaissance** méthodique et rigoureux qui interroge le projet et les pratiques, et cherche à leur donner du sens. En cela, l'évaluation se différencie du contrôle, qui vérifie la conformité et le respect de règles ou d'obligations.
- L'évaluation est un **processus participatif** associant toutes les parties concernées (personnes accueillies, équipe...), de la conception à la mise en œuvre.
- L'évaluation est conduite de manière transparente, notamment dans ses objectifs et ses méthodes. Elle doit être lisible, visible et compréhensible par tous. Cette condition est la base d'une relation de **confiance** entre acteurs et partenaires.
- L'évaluation est une **démarche ouverte et dynamique**, créatrice de changement. Ses résultats doivent donc être intégrés dans le projet de l'établissement ou du service, selon un cycle « prévoir » (définition du projet d'établissement) – « réaliser » (mise en œuvre du projet) – « évaluer » (évaluation interne) – « améliorer » (plan d'amélioration continue de la qualité) – « suivre les changements » – « prévoir » (modification du projet d'établissement)... (Cf. schéma page 10).
- L'évaluation contribue à clarifier les relations entre les pouvoirs publics et les organismes gestionnaires, en rendant compte des résultats et des effets des actions engagées ou réalisées, en expliquant la façon dont ils ont été, ou non, atteints. Elle est un support au **dialogue** et à la concertation entre les différentes parties.
- L'évaluation interne des établissements et services contribue à la connaissance des **besoins** et à l'amélioration des dispositifs sanitaires et sociaux sur les territoires.

Le vocabulaire et la logique de l'évaluation

L'évaluation a pour objet l'appréciation à intervalles réguliers de :

- la **cohérence** (les finalités de l'action sont-elles en cohérence avec les missions de l'établissement ? les actions sont-elles cohérentes entre elles?) ;
- la **pertinence** (l'action constitue-t-elle une réponse adaptée aux problèmes identifiés, aux attentes et aux besoins des personnes ?) ;
- 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 ?).

Les finalités, les missions, les objectifs, les actions... sont décrits et expliqués dans le projet d'établissement ou de service. **L'évaluation interne est donc l'évaluation de la mise en œuvre et de la pertinence du projet**, qu'elle permet d'améliorer selon un cycle représenté par « la roue de Deming » :



Retour sur la méthodologie de projet

Qu'il s'agisse de monter un projet d'action, de répondre à un appel à projets ou de rédiger le projet d'établissement ou de service, la première opération intellectuelle consiste à **définir les objectifs** du projet.

Selon les sources et les approches théoriques et méthodologiques, les objectifs sont habituellement classés en trois niveaux :

- les objectifs globaux, ou visées : effets à long terme (impacts) ;
- les objectifs spécifiques : effets à court terme (résultats) ;
- les objectifs opérationnels : actions (réalisations).

Nous proposons pour simplifier de distinguer :

- des **objectifs d'action**, qui désignent les **réalisations** projetées : « qu'allons-nous faire ? »
- des **objectifs d'effets**, qui explicitent les **résultats** attendus à court terme et les visées ou **impacts** à moyen voire long terme : « pourquoi allons-nous le faire ? », « que cherchons-nous à obtenir ? ».

Les effets visés peuvent concerner les publics accueillis ou accompagnés, la structure, l'équipe, le partenariat, le dispositif...

Concernant les personnes accueillies, les effets sont de deux natures, en cohérence avec les conceptions courantes de l'accompagnement :

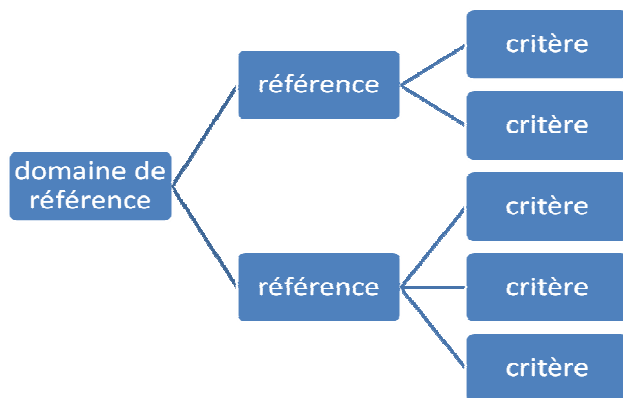
- les **résultats**, qui relèvent de la **résolution de problèmes** (ouverture de droits sociaux, démarches d'insertion entreprises, obtention d'un logement, suivi de soins, accès à un TSO...) : ces **résultats sont directement observables** ;
- les **impacts**, ou effets proprement dits, qui témoignent de **changements d'attitudes** (responsabilisation, restauration de la confiance en soi, développement des capacités de négociation et de communication...), lesquels sont autant d'étapes sur le chemin des objectifs globaux que sont l'autonomie, l'insertion..., inévaluables en tant que tels car justement trop globaux. Ces impacts peuvent être perçus à partir d'observations du comportement mais leur mesure plus fine demande des moyens complexes, allant du recueil de l'expression du ressenti des personnes concernées jusqu'à des études longitudinales menées dans la durée, en passant par l'analyse des projets personnalisés à partir de la mise en place d'outils collaboratifs (DIPC...), de synthèses partenariales, de bilans effectués avec les personnes accompagnées....

Pour « définir le cadre évaluatif », comme nous y invite l'ANESM (cf. page 14), il faudrait donc **écrire le projet d'établissement ou de service sous la forme d'un référentiel d'objectifs**, comprenant des objectifs d'action et des objectifs d'effets, ainsi que des indicateurs qui permettront de savoir si les objectifs sont atteints. Les indicateurs d'action ou de réalisation se déduisent facilement des objectifs s'ils sont bien formulés (exemple : mettre en place une permanence psychologique hebdomadaire dans trois lieux de soins). Les indicateurs de résultats et d'effets sont plus difficiles à écrire et, de ce fait, à évaluer. La **même démarche** de formulation d'objectifs d'action et d'effets est à suivre pour répondre à un **appel à projets** ou monter un simple **projet d'action**.

Un référentiel pour faciliter l'évaluation

Quand le projet d'établissement n'est pas formulé de façon suffisamment précise, le recours à un référentiel peut aider à réaliser l'évaluation (cf. page 15).

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



Un **domaine** concerne un champ d'activité, un thème, une mission...

La **référence** se définit comme l'énoncé d'une exigence à laquelle l'établissement doit satisfaire. 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, du projet associatif et du projet d'établissement ou de service.

Les **critères** correspondent aux objectifs à atteindre pour satisfaire la référence. Ils indiquent comment s'appliquent les références de manière concrète et adaptée. 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 (effectivité).

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 réalisation, un résultat, un effet, un impact.

À la suite de la Haute Autorité de Santé (HAS), l'ANESM invite à **distinguer plusieurs types d'indicateurs**, suivie en cela par certaines ARS :

- indicateurs de structure ou de ressources (moyens, budget) ;
- indicateurs de processus ;
- indicateurs d'activité ou de réalisation ;
- indicateurs de résultats, d'effets ou d'impact.

La définition d'indicateurs de ressources, de processus et d'activité est utile dans le cadre d'un projet d'action. Cependant, quand il s'agit d'évaluer un établissement, nous proposons pour simplifier la démarche d'identifier :

- des **indicateurs de réalisation** : « que fait l'équipe ? », « comment le fait-elle ? », « quels sont les processus mis en place ? », « quels moyens ont été utilisés ? »...
- et des **indicateurs de résultats ou d'effets** : « quel est le résultat des actions conduites ? », « qu'est-ce que cela change pour les personnes accueillies ? »...

La démarche d'évaluation interne

La démarche, selon les recommandations de l'ANESM, doit comprendre **quatre phases** :

- 1 – Définir le cadre évaluatif de l'établissement ou du service
- 2 – Recueillir des informations fiables et pertinentes
- 3 – Analyser et comprendre les informations recueillies
- 4 – Piloter les suites de l'évaluation.

1 – Définir le cadre évaluatif de l'établissement ou du service

Les repères et méthodes présentés dans ses recommandations par l'ANESM invitent à :

- centrer la visée évaluative sur **la pertinence de la réponse aux besoins et attentes des usagers** comme socle et finalité des interventions ;
- recueillir des données précises sur les conditions de mise en œuvre des activités pour les usagers ;
- interroger les autres domaines qui caractérisent l'établissement ou le service (organisation, ouverture sur l'environnement et mise en œuvre du projet).

Pour l'ANESM, « évaluer les activités déployées exige de mettre en évidence les missions, les caractéristiques des populations accompagnées, les objectifs poursuivis et les résultats attendus (niveau de mise en œuvre et effets pour les usagers) : ce sont les **critères**, élaborés par l'établissement ou le service, qui permettront de choisir puis d'analyser les informations pertinentes et de porter un avis sur la qualité du service rendu. »

La **définition du cadre évaluatif** passe donc par trois étapes :

- 1) **énoncer les fondements** des activités déployées (missions, valeurs, réglementation et objectifs généraux)
- 2) **caractériser le profil des populations** concernées
- 3) **spécifier les objectifs** de l'accompagnement et les critères d'appréciation des activités dans quatre domaines prioritaires :
 - la promotion de l'autonomie, de la qualité de vie et de la santé à travers les actions de soin, de socialisation, d'éducation, d'insertion (objectifs principaux de l'accompagnement) ;
 - la personnalisation de l'accompagnement ;
 - la garantie des droits et la participation des usagers ;
 - la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers.

L'utilisation du **référentiel** proposé par la Fédération Addiction facilite la définition de ce cadre évaluatif mais ne l'épuise pas. Le référentiel s'appuie sur les objectifs généraux des CASAPA et CAARUD et sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, mais étant généraliste, ne dispense pas l'établissement d'effectuer la caractérisation de ses publics et la spécification de ses objectifs (voir pour ce faire les tableaux proposés par l'ANESM en annexe à la recommandation de juillet 2009, pages 54 à 57).

Après l'étape de définition du cadre évaluatif, qui consiste à repreciser les missions, les profils des publics, et les objectifs de l'accompagnement, l'utilisation du référentiel va permettre d'explorer les différentes composantes du fonctionnement et des pratiques du service, et de s'interroger sur les effets produits.

Le *Guide de l'animateur*, **proposé aux adhérents de la Fédération Addiction**, permet à la ou les personnes qui vont animer les séquences d'évaluation de préparer chaque réunion. Il comprend :

- un rappel des missions des CSAPA et CAARUD, et des obligations légales auxquels ils sont soumis ;
- quelques explications concernant l'architecture du référentiel ;
- le cheminement du questionnaire évaluatif ;
- l'ensemble des domaines et références, précédés d'une « cartouche » présentant des documents de référence ;
- et, à la fin de chaque thème ou sous thème, un ensemble de questions permettant d'enrichir la réflexion.

Nous insistons sur l'importance de la préparation. **En effet, ce référentiel demande à être adapté à la spécificité de chaque service.** Bien sûr, il y a les obligations légales à respecter, et les pictogrammes vous les indiquent de manière distincte pour les CSAPA et les CAARUD. Il y a également les guides de recommandations de l'ANESM dont vous devez prendre connaissance pour vous en inspirer. **Mais c'est à vous, au travers de la sélection des critères, voire de la création de critères nouveaux, et du choix des questions à poser, de façonner ce référentiel au regard de votre projet associatif/d'établissement/de service, afin de valoriser les actions que vous menez.**

En termes d'organisation

La **première phase** porte notamment sur la définition des grandes lignes de la démarche de l'établissement ou du service : objectifs spécifiques à l'établissement, pilotage, animation, acteurs, déroulement, phases, calendrier, articulation avec les démarches précédemment engagées le cas échéant...

La **posture du directeur et des cadres** est également à préciser avant de débiter l'évaluation : place dans le pilotage et l'animation, degré de participation souhaité, mode de délégation à d'autres acteurs... Le directeur tient une place éminente dans la démarche, qui est placée sous sa responsabilité.

L'appui des dirigeants ou du comité de pilotage, l'**accompagnement** de la démarche par un consultant ou par des personnes ressources sont aussi à étudier avant de lancer l'évaluation.

Le choix des **acteurs** à associer portera sur leur statut :

- salariés (et bénévoles éventuels)
- personnels des équipes socio-éducatives et des services généraux
- personnes accueillies (ou élus du CVS)
- partenaires internes et/ou externes...

... et sur leur **place** dans la démarche :

- participation à l'ensemble des travaux
- consultation, écrite ou orale, sur des thèmes précis
- association ponctuelle à telle phase de travail
- participation à une enquête, à des entretiens individuels ou de groupe...

... en tenant compte du **temps** nécessaire :

- temps de préparation et de réunion
- horaires des réunions selon les participants
- temps de synthèse et de rédaction
- réunions plénières de lancement et de restitution
- étalement de la démarche dans la durée...

Le choix d'un mode de pilotage et de **réalisation** de l'évaluation interne pourra conduire aux configurations suivantes (exemples) :

- 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 coordinateurs, dont le rôle sera d'orchestrer la réalisation de l'évaluation : animer et motiver les groupes chargés de l'évaluation, rassembler des informations, inviter des personnes ressources aux réunions, rendre compte régulièrement au comité de pilotage...
- un groupe projet chargé de l'évaluation, composé de représentants des différents métiers (et éventuellement de personnes accueillies), dont le rôle est de réaliser l'évaluation en travaillant sur le référentiel (système combiné avec des allers et retours réguliers avec l'ensemble de l'équipe et/ou des personnes accueillies)
- un groupe projet, sur le modèle précédent, avec des temps d'évaluation de la démarche suivie et d'ajustement
- l'équipe dans sa totalité, impliquée dans le travail d'évaluation à partir du référentiel et/ou d'autres supports...

La première phase comprend également des opérations de :

- choix et étalement sur plusieurs années des domaines à évaluer (sauf demande contraire de l'ARS), en veillant à la cohérence de ces choix avec les domaines sur lesquels portera l'évaluation externe et sans oublier les domaines incontournables préconisés par l'ANESM (dans le référentiel de la Fédération Addiction, les redondances entre certains critères s'expliquent par la volonté de proposer des domaines « complets », évaluables sur une large période de temps) ;
- sensibilisation et information de l'équipe et des personnes accueillies : présentation et explication des supports proposés par la Fédération Addiction (guide méthodologique, référentiel...), organisation d'une journée d'échanges ou de formation, d'une rencontre avec des collègues d'autres structures ayant lancé leur évaluation interne... ;
- programmation : phasage, calendrier, nombre et rythme des réunions... ;
- appropriation et personnalisation du référentiel... (une méthode de travail est proposée dans le *Guide de l'animateur* publié par la Fédération Addiction, cf. ce document).

2 – Recueillir des informations fiables et pertinentes et 3 – Analyser et comprendre les informations recueillies

La **deuxième phase** consiste principalement en :

- la réalisation de l'évaluation strictement dite (notamment par l'exploration du référentiel, cf. le *Guide de l'animateur*) ;
- le recueil de l'avis des personnes accueillies (enquête, entretiens...) ;
- la mise en évidence de points forts et de points faibles, et la formulation de propositions d'amélioration.

La logique de l'évaluation est en effet d'aller du recueil d'informations à l'élaboration d'un avis argumenté.

Cela suppose de :

- collecter une information cohérente, significative et tangible concernant les critères étudiés :
 - il est parfois difficile d'établir la matérialité des faits, ce qui peut conduire à privilégier le jugement préconçu, la représentation ou 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) ;
 - la subjectivité de l'observateur individuel 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.
- retranscrire l'information de manière descriptive, précise et concise :
 - ce que l'on fait (les réalisations) et ce que cela produit (les effets : résultats et impacts) ;
 - en employant des termes ayant la même signification pour toutes les parties prenantes.

- faire le diagnostic, attacher une valeur (positive, négative, paradoxale) aux faits recensés :
 - opérer des croisements et des recoupements entre les informations ;
 - donner une appréciation, prononcer un avis et l'exprimer de manière explicite (en le distinguant de la description des faits observés) ;
 - noter ces avis et appréciations sous une forme synthétique et « parlante » (par exemple : points forts et points faibles).

Il importe de diversifier les sources d'information. Les principales **techniques de recueil d'informations** sont :

- le comptage et le chiffrage ;
- l'observation de comportements, de flux ou de lieux ;
- les grilles de lecture, d'analyse, d'observation ;
- les questionnaires et les enquêtes ;
- l'analyse de comptes rendus de réunions ou d'entretiens ;
- l'analyse de rapports (admission, prise en charge, renouvellement, synthèse...) ;
- la description et l'analyse de parcours (contrats et objectifs individualisés...) en vue de l'étude de cas ou de la rédaction de monographies ;
- la consultation d'acteurs, de partenaires ;
- les entretiens individuels ou de groupe (expression du ressenti des personnes)...

Dans la mesure du possible, on s'appuiera sur le **système d'information** existant dans l'établissement ou le service. L'évaluation interne permettra de pointer les éventuelles insuffisances en la matière : absence de formalisation, procédures non actualisées ou non diffusées, recueil d'informations non systématique, documents insuffisamment expliqués, décisions non appliquées... A minima, **pour préparer l'évaluation externe**, un référencement plus rigoureux sera à mettre en place, de façon homogène pour les différents établissements d'une même association, en s'inspirant de la liste des documents à communiquer à l'évaluateur externe : statuts du gestionnaire, autorisation, organigramme, projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, comptes rendus des réunions du CVS, documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité... (cf. chapitre III, section 3 de l'annexe 3-10) du CASF.

La **troisième phase** repose principalement sur l'analyse et la synthèse des informations recueillies, des avis exprimés et des différentes propositions élaborées dans les domaines explorés. À ce stade de la réflexion, toutes les **propositions** exprimées sont à prendre en compte ; leur importance relative, et donc leur priorisation, seront étudiées au moment de l'élaboration du plan d'amélioration (cf. page 24).

Il importe de produire une analyse commune des informations, ce qui pourra demander des temps de « **traduction** » afin de donner à toutes les parties prenantes les clés de compréhension nécessaires au débat.

Dès la conception de la démarche, doivent être choisis les acteurs chargés de **prendre des notes**, de **rédiger** les comptes rendus et les documents d'étape afin de conserver une mémoire des échanges et des travaux, d'animer le travail d'analyse et de synthèse...

4 – Piloter les suites de l'évaluation

La quatrième phase comprend plusieurs étapes :

- définition d'un **plan d'amélioration continue de la qualité** (cf. page 24) ;
- tenue d'une réunion de restitution de la démarche à l'ensemble des acteurs ayant participé à l'évaluation ;
- mise en œuvre du plan d'amélioration ;
- rédaction du **rapport d'évaluation interne** (cf. page 25) ;
- préparation de l'évaluation externe ;
- actualisation du projet d'établissement...

Associer les personnes accueillies et accompagnées à l'évaluation

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.

Les usagers des services doivent être au minimum consultés au cours de la démarche d'évaluation. Le guide de recommandations de bonnes pratiques relatives à la participation des usagers dans le secteur de l'addictologie se réfère à l'échelle de participation suivante :

- informer les usagers est une démarche unilatérale qui consiste à donner des éléments de compréhension sur un thème donné ;
- consulter consiste à solliciter des avis et des points de vue, à susciter un débat autour d'un projet (la démarche n'engage pas les commanditaires) ;
- organiser une concertation permet d'associer les personnes à la mise en œuvre d'un projet, à la recherche de solutions à un problème ;
- co produire avec des usagers implique une collaboration tout au long du processus : diagnostic, définition des objectifs et mise en œuvre de toutes les étapes du projet jusqu'à l'évaluation.

On pourra se référer également à l'échelle de la participation de Hart, plus complète, comportant 8 niveaux, elle-même issue de celle de Sherry Arnstein (*Essay on adult participation*, 1969). Selon le profil de l'établissement et sa culture propre, on choisira de consulter les usagers ou, éventuellement, de les associer à toute la démarche d'évaluation. On pourra également impliquer les usagers dans la mise en œuvre des actions d'amélioration définies à l'issue du travail d'évaluation.

Pourquoi impliquer les usagers dans l'évaluation interne ?

- 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.

En respectant quels principes ?

- neutralité et humilité : pas de préjugé, pas de jugement de valeur ;
- chercher à comprendre l'avis de l'utilisateur, l'aider à le formuler si nécessaire ;
- croiser les points de vue, mettre en perspective ;
- analyser les écarts entre les perceptions des usagers, entre les perceptions des usagers et celles des professionnels.

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, du caractère inhabituel ou intégré de la participation des usagers... Il n'est pas nécessaire de rechercher à tout prix la représentativité : ce qui importe, c'est le dialogue qui s'instaure entre différents acteurs.

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 un 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 expliquer l'objectif ;
 - o garantir que tout le monde peut s'exprimer sans conséquences négatives ;
 - o valoriser le temps de la consultation comme une opportunité de participer, de proposer des améliorations ;
- rendre compte des résultats des analyses produites.

Quelques exemples :

- Après avoir exploré le thème de l'accueil, l'équipe d'un CSAPA fait quelques hypothèses concernant les perceptions des usagers. Elle élabore une fiche de questionnaire très simple :

Questions	Appréciation				Vos commentaires, vos idées, vos propositions
					
Que pensez-vous de... ?					
Vous sentez vous ... ?					
Connaissez-vous ... ?					
...					

Ce questionnaire a été proposé aux personnes fréquentant le centre, par les secrétaires d'accueil et par certains professionnels, pendant une semaine. Il était très clair que la consultation n'avait aucune prétention de toucher un échantillon représentatif de l'ensemble des personnes accueillies. Elle a permis de recueillir un peu plus d'une vingtaine d'avis qui ont, soit conforté certaines hypothèses de l'équipe, soit apporté un éclairage imprévu et intéressant. Des améliorations ont pu ainsi être mises en place.

- Une équipe de centre thérapeutique résidentiel (CTR) a consulté le Conseil de Vie Sociale (CVS) de l'établissement sur les thèmes d'évaluation. Les perceptions, avis, remarques, propositions ont été ensuite confrontés aux analyses des professionnels. Dans un CTR où il existe de fait une « vie sociale », le président du CVS peut être invité aux réunions d'évaluation.
- Une autre équipe, après avoir exploré différents thèmes d'un référentiel, a créé un guide d'animation semi directive destiné à soumettre certaines questions à un groupe d'usagers hébergés en appartements thérapeutiques. Le groupe a été co animé par un professionnel et un stagiaire. Après une présentation de l'objectif de la consultation et des modalités de restitution des analyses, les animateurs ont posé des questions ouvertes faisant appel à l'expérience concrète des personnes accueillies, assorties parfois de questions de relance destinées à tester ou à approfondir certaines hypothèses. A la fin, une question permettait de synthétiser : « 3 points forts et 3 points faibles ? » et d'ouvrir sur des propositions : « s'il fallait améliorer une chose, ce serait quoi selon vous ? ».
- D'autres équipes extraient d'un domaine de référence les critères intéressant directement les usagers et élaborent un guide de questionnement à partir de ces critères.

Tableau de correspondance entre référentiel 1 (2008) et référentiel 2 (2013)

Les domaines du référentiel 1 sont numérotés de 1 à 12 ; les domaines du référentiel 2 sont nommés de A à H. Tous les domaines du référentiel 1 sont repris dans le référentiel 2. Tous les critères du référentiel 1 ne sont pas repris dans le référentiel 2, qui comprend des références et des critères nouveaux.

A – Promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale

6 – Premier accueil

7 – Information (synthétisé)

8 – Évaluation médicale, psychologique et sociale, et orientation

9 – Accompagnement (en partie)

B – Personnalisation de l'accompagnement

9 – Accompagnement (en partie)

C – Garantie des droits et participation des usagers

3 – Droits, devoirs, expression et participation des usagers

D – Protection et prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers

10 – Réduction des risques

E – Élaboration du projet au regard des caractéristiques du public

1 – Projet d'établissement et réponse aux besoins des publics

F – Insertion et ouverture de l'établissement ou du service à et sur son environnement, intégration des ressources internes et externes

2 – Partenariat et inscription dans l'environnement

G – Organisation interne, ressources humaines et financières, système d'information

4 – Management des ressources humaines

5 – Gestion administrative et financière

H – Domaines spécifiques

11 – Hébergement

12 – Missions spécifiques (domaine non développé)

Le plan d'amélioration continue de la qualité

L'ANESM recommande l'élaboration par la direction de l'établissement ou du service d'un plan d'amélioration comprenant :

- un diagnostic de la situation constitué par les constats et l'analyse réalisés précédemment ;
- une priorisation argumentée des objectifs d'amélioration à atteindre ;
- les résultats et les effets attendus, précisés par des indicateurs de suivi et de résultat ;
- la déclinaison des moyens humains, matériels, financiers et d'information nécessaires et un calendrier.

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 le **plan d'amélioration** :

- 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) ;
- des recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par l'ANESM ;
- des besoins des personnes accueillies et du respect de leurs droits ;
- de l'organisation et du fonctionnement de la structure (ressources, contraintes...)...

Idéalement, le plan d'amélioration est traduit en une ou deux pages, sous forme d'un **tableau de bord** très synthétique et sert à son propre suivi par pointage des réalisations et des actions restant à réaliser.

Axe 1 :						
	Objectif de l'action	Effets attendus Sens, finalité	Coordinateur	Moyens, méthodes	Echéance prévue	Points de bilan prévus
Action 1						
Action 2						
Action						

Chaque action complexe fait l'objet d'une **fiche action**, qui la décline plus précisément, notamment les indicateurs d'évaluation : réalisations, effets...

Trame pour la rédaction du rapport d'évaluation

Le référentiel renseigné par les équipes n'est pas un document à fournir en tant que tel aux partenaires et financeurs (c'est un document de travail, qui sera communiqué à l'organisme effectuant l'évaluation externe). En revanche, le rapport d'évaluation interne est destiné aux autorités de tarification et de contrôle. Il doit être concis, clair, compréhensible par des personnes extérieures. Par ailleurs, ce rapport d'évaluation peut être présenté aux acteurs de la démarche (équipes, personnes accueillies, partenaires...), lors d'une réunion de restitution, par exemple. Le **rapport d'évaluation**, selon les recommandations de l'ANESM, doit être structuré en trois parties (cf. le plan détaillé donné en pages 46 et 47 de la recommandation de juillet 2009 sur « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ») :

- **Présentation de l'établissement ou du service et des éléments de cadrage des activités**
 - présentation des missions, du cadre réglementaire et des objectifs principaux ;
 - caractérisation de la population ;
 - spécification des objectifs.

- **Éléments de méthode**
 - protocole d'évaluation ;
 - modalités de l'implication des instances, des professionnels et des usagers dans la démarche ;
 - grandes modalités de la remontée des informations (indicateurs retenus, référentiels utilisés, études ou recherches spécifiques, grilles...).

- **Présentation des résultats**
 - présentation synthétique des principaux constats ;
 - plan d'amélioration du service rendu (actions classées par ordre de priorité, précisant les effets attendus sur les usagers) ;
 - moyens mobilisés ou à mobiliser.

L'établissement ou le service pourra en outre aborder l' « **évaluation de l'évaluation** » (selon le moment où le rapport est rédigé), en mentionnant les évolutions constatées en termes de :

- modifications de pratiques professionnelles et relations avec les personnes accueillies ;
- réajustement du projet d'établissement, ou des outils 2002-2 ;
- réajustement de la démarche d'évaluation interne et lien avec l'évaluation externe ;
- intégration de la démarche dans l'établissement ;
- contribution au diagnostic de besoins et au repérage des lacunes sur le territoire...

Des chapitres du rapport d'évaluation peuvent être **rédigés au fur et à mesure** de la démarche (cadre évaluatif, méthode utilisée, points forts et faibles...).

Bibliographie et sources documentaires

Quelques ouvrages

- Les Cahiers de l'Actif, *La méthodologie et les outils de l'évaluation interne au service de la qualité*, juillet/octobre 2005.
- F. Charleux, *Outils pour réussir l'évaluation en action sociale*, ESF, collection « Les guides Direction(s) », 2010.
- F. Charleux et D. Guaquère, *Réussir l'évaluation interne en action sociale*, ESF, 2009.
- P. Ducalet et M. Laforcade, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Seli Arslan, 3^{ème} édition, 2008.
- D. Gacoin, *Guide de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2010.
- R. Janvier, *Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale*, Dunod, 2009.
- R. Janvier et Y. Matho, *Comprendre la participation des usagers*, Dunod, 2011.
- P. Savignat, *Évaluer les établissements et les services sociaux et médico-sociaux*, Dunod, 2009.

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux). Toutes les recommandations sont téléchargeables gratuitement sur le site de l'ANESM : www.anesm.sante.gouv.fr.

En voici quelques-unes, parmi la trentaine de recommandations disponibles :

- Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services (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)
- Mission du responsable et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance (décembre 2008)
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (juillet 2009)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009)
- La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie (avril 2010)
- Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010)
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (octobre 2010)
- Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale (mai 2012)...

La plupart des recommandations de l'ANESM ont donné lieu en 2012 à la publication de documents courts : « **Éléments d'appropriation** » (1 ou 2 pages) et « **Synthèses** » (4 à 6 pages). À lire absolument...

Glossaire

Luttons contre la polysémie ! Que de réunions gâchées par d'interminables affrontements au sein du groupe quant au sens exact d'un mot pourtant banal, comme « accompagnement », ou d'une locution simple, comme « premier accueil », sans parler bien sûr des redoutables concepts de « transdisciplinarité » et, le pire, d' « évaluation » ! Notre conseil : prévoir de s'accorder avec l'équipe, si nécessaire, sur ce que chacun met derrière les mots avant – ou pendant – les réunions d'évaluation. Quant au vocabulaire de l'évaluation, en voici un glossaire simplifié pour vous faire gagner un peu de temps...

Cohérence – Adaptation des ressources mobilisées et des actions mises en œuvre au regard des objectifs poursuivis.

Contrôle – Vérification de la conformité ou du respect d'une procédure, d'une obligation, d'un engagement.

Critères – Objectifs à atteindre pour satisfaire la référence.

Domaine – Champ d'activité, thème, mission permettant d'évaluer un sous-ensemble homogène (personnalisation de l'accompagnement, qualité de l'accueil...).

Effets – Changements effectifs ou attendus pour les usagers, modification de leur situation.

Efficacité – Degré d'atteinte des objectifs poursuivis par le projet (d'établissement ou d'action).

Efficiace – Rapport entre les moyens mobilisés et la quantité et la qualité des résultats obtenus.

Évaluation – « L'évaluation est une activité de rassemblement, d'analyse et d'interprétation de l'information concernant la mise en œuvre et l'impact des mesures visant à agir sur une situation sociale ainsi que la préparation de mesures nouvelles »(Conseil scientifique de l'évaluation, 1990). « Évaluer un objet (politique, programme, dispositif ou activités d'un organisme), c'est juger de sa valeur au regard de critères explicites et sur la base d'informations spécialement rassemblées et analysées » (ANESM, 2009).

Impacts – Effets à long terme, positifs et négatifs, induits par une intervention, une action.

Indicateurs – Informations quantitatives ou qualitatives permettant d'objectiver la réponse au critère, de la manière la plus concrète possible, de décrire, voire de mesurer une réalisation, un résultat, un effet, un impact.

Objectifs d'action – Définition des réalisations projetées pour atteindre les effets visés (synonyme partiel de « objectifs opérationnels »).

Objectifs d'effets – Définition des résultats attendus à court terme et des visées ou impacts à moyen voire long terme (synonyme partiel de « objectifs spécifiques », pour les résultats, et de « objectifs généraux », pour les visées et les impacts).

Pertinence – Degré de correspondance d'une intervention avec les besoins et les attentes identifiés.

Référence – Exigence à laquelle l'établissement doit satisfaire, au regard des dispositions législatives et réglementaires, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, du projet associatif et du projet d'établissement ou de service.

Référentiel – Document structuré en plusieurs domaines, regroupant des références et des critères d'évaluation, ou des objectifs.

Résultats – Changements observables à court terme, concernant les usagers ou la structure.

Système d'information – Méthode de collecte, de traitement et de classement de l'ensemble des documents nécessaires à la définition des objectifs, au fonctionnement et à l'évaluation d'un établissement.

Référentiel simplifié « en lignes »

A – Promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale

Qualité de l'accueil

A.1 : Le centre offre des conditions d'accueil adaptées aux publics visés

A.2 : Le centre accorde un soin particulier à la qualité de l'accueil, base d'une relation de confiance

A.3 : Le centre mène des actions visant à aller à la rencontre des personnes concernées par les addictions

Évaluation médicale, psychologique et sociale et orientation

A.4 : Le centre met en œuvre une évaluation globale de la demande et de la situation de l'utilisateur

A.5 : L'évaluation de la demande et de la situation de l'utilisateur est conduite selon une procédure formalisée dans le projet d'établissement

A.6 : Le centre oriente l'utilisateur en interne et/ou en externe vers les réponses les mieux adaptées

Coordination transdisciplinaire pour un accompagnement global

A.7 : Le centre propose un accompagnement qui prend en compte toutes les dimensions de la situation, de l'expérience, du mode de vie de l'utilisateur

A.8 : Le centre assure un suivi médical

A.9 : Le centre assure un accompagnement psychologique

A.10 : Le centre assure un accompagnement social et éducatif destiné à réactiver les compétences et ressources de l'utilisateur, afin de favoriser le développement de son autonomie et de sa participation sociale

A.11 : Le centre offre à l'utilisateur une palette de modalités d'intervention

A.12 : Le centre propose ou facilite l'accès de l'entourage à différentes formes de soutien

B – Personnalisation de l'accompagnement

B.1 : L'élaboration et le suivi du projet personnalisé font l'objet d'une procédure explicite dans le projet d'établissement

B.2 : Une analyse approfondie de la situation et des attentes de l'utilisateur est réalisée préalablement à l'élaboration du projet personnalisé

B.3 : Un projet personnalisé est co-élaboré avec l'utilisateur

B.4 : Le projet personnalisé prend en compte toutes les dimensions de la situation, de l'expérience, du mode de vie de l'utilisateur

B.5 : Le projet personnalisé fait l'objet d'une évaluation régulière avec la personne

C – Garantie des droits et participation des usagers

C.1 : Le centre favorise la connaissance par les usagers de leurs droits et devoirs

C.2 : Le centre respecte les droits fondamentaux des personnes

C.3 : Le centre favorise l'expression et la participation des usagers à son fonctionnement

C.4 : Le dossier personnalisé satisfait aux exigences réglementaires

C.5 : Le centre recueille les réclamations et plaintes des usagers et y répond

D – Protection et prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers

D.1 : Le centre prévient et/ou traite les infections et les dommages

D.2 : Le centre prévient les risques d'intoxication aiguë et de décès liés aux circonstances de consommation

D.3 : Le centre assure une mission de veille sanitaire

D.4 : Le centre inscrit sa stratégie de réduction des risques en complémentarité d'autres dispositifs

D.5 : Le centre favorise la responsabilisation de l'utilisateur en ce qui concerne ses pratiques de consommation et ses choix

E – Élaboration du projet au regard des caractéristiques du public

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

E.2 : Le projet d'établissement répond aux exigences réglementaires

E.3 : Le projet d'établissement fait référence pour les équipes et les partenaires

F – Insertion et ouverture de l'établissement ou du service à et sur son environnement, intégration des ressources internes et externes

F.1 : Le centre se positionne de manière active dans son territoire d'implantation

F.2 : Le centre veille à connaître et à se faire connaître et reconnaître des institutions, associations, professionnels, riverains

F.3 : Les professionnels coopèrent au quotidien avec des partenaires et des réseaux en vue d'accompagner au mieux les personnes

F.4 : Le centre facilite les liens entre les personnes accompagnées et leur territoire de vie

G – Organisation interne, ressources humaines et financières, système d'information

Management des ressources humaines

G.1 : La gestion des ressources humaines est organisée et formalisée

G.2 : Le centre a défini une politique de formation professionnelle et de gestion prévisionnelle des compétences

G.3 : Le centre est vigilant concernant les conditions de travail et les risques psychosociaux

G.4 : Le mode de management favorise l'expression et la participation des salariés

G.5 : Le management favorise la coordination et la cohésion des équipes

Gestion administrative et financière

G.6 : Le centre dispose de procédures et d'outils de gestion adaptés

G.7 : Les délégations sont formalisées

G.8 : Les relations avec les autorités de tarification et de contrôle sont suivies

H – Domaines spécifiques

Hébergement

H.1 : Le centre propose un mode d'hébergement correspondant aux besoins de l'utilisateur

H.2 : L'attribution et le renouvellement d'un hébergement suivent une procédure formalisée

H.3 : Les conditions d'hébergement respectent les droits des usagers

Missions et actions particulières (À développer par les centres selon leurs actions)

H.4 : Le centre met en œuvre des consultations de proximité et un repérage précoce des usages nocifs

H.5 : Le centre développe des actions de prévention, de formation et de recherche

H.6 : Le centre prend en charge les addictions sans substances

H.7 : Le centre intervient en milieu pénitentiaire

Le référentiel complet, avec les critères d'évaluation, existe sous la forme d'un tableau téléchargeable par les adhérents sur le site de la Fédération Addiction : www.federationaddiction.fr.