

Nous commençons la publication d'une série d'articles d'Anne DUSART. Aujourd'hui, celle-ci présente la démarche d'évaluation de la qualité en général, et son application au secteur social et médico-social. Dans les prochains articles, elle donnera des éléments de comparaison entre les différentes méthodes, et la méthode que propose l'Association nationale des CREAI, à laquelle Anne DUSART a largement contribué.

L'évaluation dans le secteur social et médico-social : la généralisation d'une préoccupation ancienne

par **Anne DUSART**, conseillère technique du CREAI de Bourgogne

1. Problématique générale de l'évaluation de la qualité

Un large aperçu s'impose, afin de situer quelques repères dans ce domaine assez neuf et encore peu structuré, que constituent l'évaluation de la qualité et le secteur social et médico-social.

a) Des termes polysémiques pour un objet en cours de construction

Qu'ils soient utilisés ensemble ou séparément, les termes d'*évaluation* et de *qualité* font actuellement florès si l'on en juge par le nombre de publications ou d'intitulés de stages de formation qui les emploient. Pourtant, ces termes flous et encore peu stabilisés dans leur usage renvoient à des contenus très variables.

Le terme d'*évaluation* est initialement ambigu puisque le langage courant l'emploie pour désigner une appréciation globale, intuitive et relativement approximative, qu'il s'agisse de juger des qualités ou des défauts d'une chose ou d'une personne. A l'inverse, qu'il s'agisse d'évaluer les politiques publiques ou le fonctionnement d'une organisation, le champ scientifique utilise la notion d'évaluation pour désigner une approche fine, rigoureuse où l'appréciation recourt à la mesure (pas nécessairement à la quantification), notamment sous la forme d'un écart à des objectifs annoncés ou à un référentiel préétabli. Dans tous les cas, il s'agit bien de porter un jugement de valeur comme l'indique l'étymologie du mot. L'évaluation, comme l'audit et le contrôle, constituent un ensemble de démarches d'étude qui visent l'objectivité, du moins qui cherchent à cadrer les dimensions subjectives de l'appréciation par le recours à des méthodes et des techniques.

Il existe toutes sortes d'évaluations. Le champ de ce qui se dénomme évaluation se présente en effet comme un champ morcelé dont les limites floues défient toute tentative de bornage. Ces évaluations diffèrent par leurs objets plus ou moins vastes (d'une pratique circonscrite à une politique d'ensemble), par leurs critères (évaluation de la pertinence d'un dispositif, de son efficacité, de son efficience,...)¹ et par leurs méthodes (des plus expertales aux plus large-ment participatives à l'égard des acteurs concernés).

Même si le terme d'évaluation est employé dans des acceptions variables, un certain consensus se dessine désormais pour admettre qu'il s'agit d'émettre un jugement de valeur étayé sur une observation rigoureuse des réalités concernées dans la perspective pragmatique d'éclairer une décision (que la décision consiste à reconduire ou modifier une politique, à amender un dispositif ou à améliorer le fonctionnement d'une organisation). La définition la plus régulièrement reprise dans les ouvrages sur la question est celle proposée en 1991 par Pierre-André CONTANDRIOPOULOS : « *L'évaluation est une démarche consistant fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention, une pratique, une organisation, un programme, une politique dans le but d'aide à la décision* »².

¹ Il est désormais convenu dans la communauté intellectuelle de désigner par **évaluation de la pertinence** l'évaluation du rapport entre les besoins et les objectifs d'une action, par **évaluation de la cohérence** le rapport entre les objectifs et les moyens de l'action, par **évaluation de l'efficience** l'évaluation du rapport entre les moyens et les résultats, et par **évaluation de l'efficacité** l'évaluation du rapport entre les objectifs et les résultats.

² Reprise dans « *L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes* », Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol 48, n° 6, décembre 2000.

Une ambiguïté similaire existe concernant le terme de *qualité*, mot du quotidien qui donne lieu à une compréhension spontanée et entre dans un jeu d'opposition valorisant avec la quantité, notion elle-même symboliquement dépréciée. Sa signification paraît aller de soi et incarner la quintessence même de la subjectivité. Il en va de l'idée de qualité comme des goûts et des couleurs : ça ne se discute pas. On en juge à l'aune de ses propres repères, et il ne saurait y avoir de généralisable, voire d'universel, en la matière.

Pourtant des descripteurs de qualité fleurissent en abondance depuis quelques décennies, d'abord pour les produits matériels puis pour les services : standardisation de leurs caractéristiques en tant que produits finis (ou prestations délivrées), puis normes concernant leurs modalités de production. Les normes, reconnues à l'échelle nationale ou internationale, sont désormais innombrables. Concernant les produits, les plus connues de ces normes de qualité en France, sont le label NF délivré par l'AFNOR³ et, concernant les entreprises, les plus mondialement connues des normes de qualité étant la série des normes ISO 9000⁴.

b) La réification d'une notion peu conceptualisée mais commode...

La qualité est devenue une notion proliférante, fondant beaucoup de démarches d'évaluation ou d'amélioration. Il existe une multitude d'ouvrages de type « qualité-slogan » qui font l'impasse sur toute analyse de la qualité pour décrire des changements dans l'organisation dont le moteur est résumé par le terme de qualité. La qualité y fonctionne comme le sésame de tout ce que l'auteur, en général animé d'une vision d'un management participatif néo-libéral, considère comme des mutations positives. Il existe également d'innombrables ouvrages sur la gestion de la qualité où la qualité n'est pas davantage interrogée : des normes étant posées (zéro défaut, temps d'attente minimum, etc), on propose des recettes pour atteindre ces normes et éradiquer la non-qualité (la malfaçon, le rebus, le retard,...). Le discours sur la qualité se veut positif et valorisant ; il se présente comme nécessairement bénéfique pour tous, et n'hésite pas à l'occasion à recourir à un ton messianique ou comminatoire pour entraîner l'adhésion.

Le sociologue Francis MEYER résume de cette manière la posture habituelle des discours de la qualité : *« La qualité fait l'objet d'une prédication. Pour un peu, on voudrait la voir pratiquer comme une religion et ceux qui la prônent en arrivent parfois à se prendre pour des gourous. Ce qui frappe tout observateur, c'est le caractère tout à la fois dogmatique du discours sur la qualité et la confiance totale que manifestent ses adeptes quant à la solidité de ses prémisses. La notion de qualité est présentée comme ayant tellement partie liée avec le travail que toute question sur sa pertinence et/ou ses limites est tenue pour être sans objet et le questionneur renvoyé à son statut de non initié, étranger à l'esprit du temps. Elevée au rang de concept, la qualité est envahissante : elle sera présentée, selon les cas, comme l'élément décisif de la politique commerciale ou industrielle de l'entreprise, comme un nouveau mode de management... mais, curieusement, étrangère au domaine des relations sociales. Et si d'aventure la qualité devient totale, ne faut-il pas s'attendre à ce que sa capacité de dissuasion à l'égard de toute contestation ne devienne elle-même totale ? »*⁵.

Le repère le plus souvent utilisé est la définition proposée par l'AFNOR : *« La qualité est l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites »*. Or, il n'existe pas de besoins en soi : le besoin est créé par les produits ou services offerts. L'attente exprimée ou implicite du demandeur est une fiction, car il n'y a pas d'attente constituée, réelle, close qu'il suffirait d'appréhender (ou même de révéler si elle est implicite). L'attente et sa norme de qualité sont nécessairement des constructions sociales. Quant aux demandeurs, il est bien évident que pour un même service la qualité attendue ne sera pas la même s'il s'agit d'un client, d'un bénéficiaire, d'un financeur ou de l'autorité publique.

³ « Norme Française », certification de conformité à des normes de sécurité et qualité délivrée par l'Association Française pour la Normalisation.

⁴ Normes produites par l'International Organization for Standardisation. Les normes ISO 9001, 9002 et 9003 posent les exigences de qualité des produits et de leur processus de production et les entreprises (ou un de leurs services) peuvent faire l'objet d'une certification sur la base de l'une ou l'autre de ces normes. Quant à la norme ISO 9000, elle donne les principes essentiels et le vocabulaire, et la norme ISO 9004 fournit des lignes directrices pour l'amélioration des performances.

⁵ « L'impact de la normalisation, de la certification et des politiques qualité sur le rapport salarial », « Certifier la qualité ? », Presses Universitaires de Strasbourg, 1998.

L'histoire industrielle montre qu'à chaque type de fonctionnement de l'économie a correspondu une certaine définition de la qualité⁶. Avec l'organisation scientifique du travail, la période tayloriste du début du siècle voyait s'opérer la mécanisation et la standardisation de la production : les pièces produites devaient respecter des caractéristiques très précises. Contrairement à la relation artisanale où les caractéristiques du produit font partie de l'échange, la qualité était définie a priori et de manière extérieure à l'échange, par des organismes définissant des normes⁷ (il s'agissait surtout de production de biens intermédiaires qui n'étaient pas destinés au grand public mais à des entreprises). L'objectif de la gestion de la qualité était de vérifier la conformité des produits sortants aux normes par une inspection systématique de ce qui sortait des chaînes avant l'échange marchand. C'était l'époque de la « **qualité-inspection** ».

Avec le passage au fordisme dans les années 30, la production de masse rend l'inspection systématique trop coûteuse. Les clients sont devenus nombreux, anonymes, lointains ; on passe alors à une gestion de type « **qualité-contrôle** » où la vérification se fait par test sur une fraction de la production. La qualité n'est plus l'exigence d'une conformité absolue mais une adéquation minimale du produit, tolérant une marge d'erreur.

Après-guerre, l'avènement de la société de consommation distend encore davantage le lien entre le producteur et le client. Le producteur a du mal à ajuster son offre à une clientèle mal connue. Ainsi apparaissent les enquêtes de marketing destinées à cerner les attentes du « client-roi » (image de la moyenne des clients réels). On en arrive à l'idée de « **qualité-contrat** » (ou assurance-qualité) : la qualité consiste à produire de manière conforme aux engagements de l'entreprise à l'égard de son « client-roi ».

L'assurance qualité définie par l'AFNOR est : « *L'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à la qualité* ». Cette définition suppose une attitude préventive vis-à-vis des défauts, dysfonctionnements, accidents et effets indésirables dans le domaine considéré. L'assurance qualité est utilisée comme outil de gestion reposant sur des opérations diverses de vérification et contrôle des installations ou d'audits de l'organisation et des pratiques.

Enfin, dans les années 70, émerge l'idée de « **démarche qualité** » : l'entreprise doit réfléchir en interne sur son fonctionnement pour satisfaire au mieux le client. On passe de la qualité du produit à la qualité du processus. La « **qualité totale** » ne s'intéresse plus seulement à la production finale mais à l'organisation même de l'entreprise. Chacun à son niveau est responsable de la qualité. Même les services qui ne sont pas au contact avec les clients doivent s'organiser pour la satisfaction du client. L'entreprise est conçue comme un marché où les différents services entretiennent des relations client/fournisseur les uns par rapport aux autres (notion de « client interne »). Concomitamment à une certaine remise en cause de la consommation de masse et au développement des services, la « qualité » devient un **outil de management**. Il n'est sans doute pas étonnant qu'en période de chômage et de précarisation, la gestion des individus dans les entreprises prenne le dessus, et que l'individu soit en première ligne.

La « qualité totale » se définit volontiers comme l'ensemble des principes et des méthodes, organisés en stratégie globale, visant à mobiliser toute l'entreprise pour obtenir une meilleure satisfaction du client au moindre coût. Il s'agit d'un véritable déplacement de l'objet de la qualité : la qualité n'est plus dans la relation entreprise/client (un produit de qualité pour satisfaire le client), mais dans le fonctionnement même de l'entreprise avec le postulat que si l'entreprise fonctionne bien, le client en bout de chaîne ne peut qu'en bénéficier. Or, dans l'univers concurrentiel, s'agissant de produire et de vendre pour le moins cher possible, les critères de qualité ne constituent pas nécessairement des « plus » pour le consommateur, mais un système de normes et de cotations définissant un seuil d'acceptabilité (dont sa standardisation) du produit. La qualité processuelle concerne souvent l'amélioration, et surtout la rationalisation du processus de production dans le sens d'une réduction des coûts. Par ailleurs, la « qualité » peut agir comme une opération illusionniste en attirant l'attention sur certains aspects de la prestation et en détournant d'autres moins reluisants. L'affichage de chartes qualité ou de démarches qualifiantes relève parfois « d'effet de manches », coup de communication qui fonctionne comme un argument publicitaire

⁶ Pour davantage d'éléments, on peut notamment se référer à :

- COCHOY Franck « *Une petite histoire du client, ou la progressive normalisation du marché et de l'organisation* », Sociologie du travail, n° 44, 2002
- DRAGOMIR R. et HALAIS B. « *Petite histoire de la qualité* », Ministère de l'Industrie, 1995
- GOMEZ Pierre-Yves « *Qualité et théorie des conventions* », Economica, Paris, 1994
- HERMEL P. « *Qualité et management stratégique : du mythique au réel* », éd d'organisation, Paris, 1989
- NEUVILLE Jean-Pierre « *La qualité en question* », Revue française de gestion, n° 108, 1996

⁷ La création de l'AFNOR date de 1926.

sans réel bénéfice pour le client. Il s'agit parfois davantage d'améliorer l'image de l'entreprise que d'améliorer réellement l'entreprise elle-même.

A la limite, l'amélioration du produit et la recherche de la satisfaction du client deviennent secondaires par rapport à la mobilisation des salariés dans un projet plus vaste : le projet d'entreprise⁸. Les propos de tenants de la démarche qualité laissent parfois penser que la satisfaction du client est devenue l'alibi d'une gestion du personnel qui, sous couvert de participation et de responsabilisation, cherche à mieux contrôler les salariés en leur faisant incorporer, sinon l'œil du client, en tout cas l'intérêt de l'employeur en le faisant passer pour l'intérêt commun.

De nombreux chercheurs, notamment des sociologues, ont montré les ambiguïtés de cette responsabilisation, qui sous un discours séduisant, cache un retour déguisé au taylorisme⁹ : formalisation des procédures aboutissant à un travail prescrit à des opérateurs de plus en plus interchangeables, dévalorisation des qualifications au profit des compétences, mésusages d'indicateurs mesurant les performances individuelles, certification des processus et des individus inscrits dans ces processus faisant entrer le rapport salarial lui-même dans la sphère marchande, leurre du management pseudo-participatif,...

Ainsi, par exemple, les économistes Eric FRIES GUGGENHEIM et Guy TCHIBOZO montrent que la démarche qualité n'est pas qu'un aménagement technique et organisationnel qui serait socialement neutre : « Dans la mesure où elle touche à l'organisation du mode de production, l'assurance-qualité touche également inévitablement aux modalités de répartition de la valeur ajoutée produite. Or, les améliorations pour les uns se soldent par des dégradations pour d'autres qui interdisent de parler d'amélioration globale du bien-être et de l'utilité sociale, comme ont tendance à le faire ses défenseurs dans leurs présentations publicitaires et prosélytes. Si elle l'a fait, c'est parce qu'elle perd de vue le caractère collectif et pluriel de la production et de la consommation, pour tout ramener à la meilleure façon rationnelle de procéder qui ne peut de toute évidence qu'être unique, souhaitée et adoptée par tous ! Elle perd de vue le principal attribut de la qualité, qui est la diversité et l'organisation consensuelle ou contractuelle des antagonismes entre intérêts individuels. Au lieu de chercher à tirer profit des différences individuelles et des antagonismes dans un effort collectif de régulation qui capitalise les différences, l'assurance-qualité tend à isoler chaque agent et à le responsabiliser, afin qu'il s'intègre de son propre chef dans un réseau de procédures décidées à un niveau supérieur et qui lui échappent complètement (l'organisme international chargé d'établir les normes, l'organisme de certification,...). En ce sens, l'assurance-qualité joue, au nom du collectif, l'individu contre le collectif, comme le montre la montée en puissance de la notion de compétences et le déclin de la notion de qualification, et elle favorise, au nom du libre arbitre, la soumission des producteurs à la toute puissance des normes. »¹⁰

De manière ironique, le sociologue Frédéric MISPELBLOM indiquait en 1995 que « La qualité, c'est une propriété dont ceux qui ne l'ont pas sont privés » et montrait comment le discours de la qualité totale qui se veut moderne et progressiste s'inscrit en fait dans une longue tradition de « polissage des rapports sociaux, d'euphémisation des rapports de force », et ont à voir avec une nouvelle religion de l'entreprise : « L'insistance sur la qualité apparaît alors, chez ceux qui la prônent, comme une tendance à refouler tout ce qui est jugé malpropre, impur, sale, de mauvaise qualité. Les dimensions religieuses de nombre de démarches qualité, confinant au culte, nous les font qualifier de névrose obsessionnelle de l'entreprise, selon le mot de Freud, parlant, à propos de la religion, de névrose obsessionnelle de l'humanité ».

Nous terminerons ce très schématique aperçu critique de la démarche qualité par l'avis d'Emmanuel TRIBY : « Il faut relever l'apparent paradoxe que comporte la qualité : à partir de cette idée assez parlante tout en étant inconsistante, on a fini par élaborer des procédures de mesure et de formalisation qui produisent des effets sur les pratiques. La rhétorique de la qualité est typiquement un discours performatif (au sens de J-L Austin, « Quand dire c'est faire », Seuil, Paris, 1970) dont l'efficacité n'est effective que s'il passe par le prisme de la croyance »¹¹.

⁸ La version 1994 des normes ISO 9000 poussait les entreprises à faire passer la recherche de la conformité aux procédures avant celle de la satisfaction des clients, ce qui a motivé des modifications lors de la révision en 2000.

⁹ Nous recommandons notamment :

- KARPIC Lucien « Dispositifs de confiance et engagements crédibles », Sociologie du travail, n° 38 (4), 1996
- MISPELBLOM-MEYER Frédéric « Au-delà de la qualité : démarches qualité, conditions de travail et politique du bonheur », Syros, Paris, 1995 (réédition 1999)
- MEYER Francis (sous la direction de) « Certifier la qualité ? », Presses universitaires de Strasbourg, 1998.

¹⁰ « Une analyse économique de la normalisation de l'assurance-qualité » in « Certifier la qualité ? », Presses Universitaires de Strasbourg, 1998

¹¹ « La certification contre les diplômés » in « Certifier la qualité ? », Presses Universitaires de Strasbourg, 1998.

2. L'évaluation de l'action sociale¹²

L'application directe des démarches qualité issue du monde industriel dans le secteur social n'a pas paru pertinente au CREAI. Construire une démarche d'évaluation de la qualité suppose en effet une bonne connaissance du secteur auquel il va s'appliquer, de sa culture, de ses problèmes propres, de ses ressources.

Aussi, nous traiterons ici la manière dont l'évaluation a été abordée dans le Travail Social, en évoquant les ouvertures et les réticences existantes, et en faisant le point sur la récente introduction d'une obligation législative en la matière. Ce faisant, un certain nombre de comparaisons seront opérées avec la question de l'évaluation telle qu'elle se pose également dans le champ sanitaire et dans le domaine des établissements pour personnes âgées. Il s'agit de pointer les aspects les plus significatifs du jeu d'attirances, de malentendus et de rejets dont l'évaluation a fait l'objet dans ce secteur.

a) Les ressorts de la montée de l'exigence évaluative

Toutes les analyses convergent pour considérer que ce sont les facteurs économiques qui ont le plus fortement induit les préoccupations évaluatives. L'essor de la thématique de l'évaluation est en effet fortement corrélé à ce qu'il est convenu d'appeler la fin de l'Etat Providence ainsi que les crises successives du financement de la protection sociale. L'incitation des pouvoirs publics à rationaliser et encadrer les coûts induits par la protection sociale s'est fait de plus en plus pressante.

Si globalement les moyens consacrés par la collectivité publique aux secteurs sanitaire et social ne diminuent pas (loin de là), le resserrement des contraintes financières se traduit par une volonté de rationalisation des critères d'allocation de ressources aux structures. Mais c'est aussi la meilleure connaissance des déséquilibres existants (déséquilibres importants dans le sanitaire comme dans le social et le médico-social que ce soit en termes de répartition géographique des équipements ou de couverture de telle ou telle catégorie de besoins) qui ont conduit les pouvoirs publics, indépendamment de tout souci d'économie, à souhaiter optimiser l'emploi des ressources. Or, les outils de planification existants ont longtemps été insuffisants pour apporter une réponse équitable aux besoins quantitatifs et totalement inaptes à prendre en compte les dimensions qualitatives.

Dans le champ sanitaire, il existe des raisons spécifiques qui poussent à l'évaluation de la qualité des soins sans avoir véritablement d'équivalent dans l'action sociale. C'est d'une part la variabilité des pratiques, tant diagnostiques que thérapeutiques, qui est démontrée, surtout pour les plus invasives d'entre-elles. Elle situe l'ampleur des incertitudes dans le domaine de la santé et les enjeux en terme de qualité des soins. Par ailleurs, la mise à jour continue des connaissances est difficile en raison de la quantité et surtout de la valeur inégale des publications scientifiques. Le choix des informations pertinentes peut être facilité par le développement actuel des synthèses de l'information médicale, mais leur intégration dans la pratique professionnelle reste très aléatoire. L'autre motif poussant à l'évaluation est la constante amélioration des technologies médicales, le plus souvent coûteuses, qui peut conduire à la mise en œuvre de procédures diagnostiques et thérapeutiques de plus en plus complexes dans un environnement à ressources limitées.

En revanche, dans l'action sociale, c'est la faible lisibilité des pratiques et de leurs effets, le peu de consensus sur les méthodes et sur l'identification des difficultés, voire des populations concernées, qui poussent à évaluer pour y voir plus clair. Une crise de la légitimité du Travail Social s'est opérée dans les années 80 (touchant davantage le secteur social que le secteur médico-social), les finalités n'apparaissant plus « aller de soi » comme auparavant. L'évolution des conceptions relatives aux personnes en difficulté ou handicapées, aux moyens à leur consacrer et une transformation des attentes sociales quant aux services proposés par les structures spécialisées ont encouragé le développement de l'évaluation. En contrepartie des ressources mises à disposition par les collectivités publiques, s'est affirmée une exigence de clarification des actions conduites et de lisibilité de leurs effets. L'étape de la décentralisation qui a conféré aux Départements de nouvelles responsabilités en matière d'action sociale a, par exemple, été un des moteurs importants de l'évaluation dans ce secteur ; les nouveaux acteurs du social qu'étaient les

¹² Par commodité, nous proposons de réunir sous le terme **d'action sociale** le secteur social (structures s'occupant de personnes en difficultés sociales) et le secteur médico-social (structures s'occupant de personnes handicapées). Bien qu'administrativement les structures pour personnes âgées relèvent également du secteur médico-social, des différences historiques importantes entre le champ des personnes âgées et celui des personnes handicapées nous amèneront à les évoquer séparément.

Conseils Généraux ayant eu besoin de mieux connaître le secteur et ce qu'il produisait.

Mais un autre facteur a puissamment contribué à l'essor de l'évaluation, du moins de l'évaluation de la qualité des prises en charge : il s'agit de la modification de la place des bénéficiaires et de la montée d'un mouvement consumériste.

Pendant longtemps, la non-qualité pouvait être produite sans générer de plainte bien véhémente de la part de l'utilisateur. Qu'il s'agisse du patient à l'hôpital ou du bénéficiaire de l'action sociale, l'utilisateur était en général soumis, n'osant protester, n'osant revendiquer, acceptant sans broncher l'avis des spécialistes et se pliant aux contraintes de l'organisation. Des défaillances graves pouvaient se produire, se renouveler, ou même s'installer en toute impunité, puisque peu de litiges se soldaient par une procédure judiciaire. D'une manière générale, les usagers avaient peu de droits, et méconnaissaient le peu qu'ils avaient ou, compte tenu des rapports sociaux institués, avaient peu accès à ce qui leur permettrait de les faire valoir¹³.

L'évolution qui a eu lieu concernant le statut de la personne handicapée et sa place d'utilisateur d'une structure médico-sociale donne une illustration des transformations en cours. La personne handicapée a d'abord été perçue à travers ses incapacités. Puis, l'éducation spécialisée, valorisant les potentialités de l'utilisateur, a mis en évidence qu'il était susceptible de progrès et des expressions telles qu'enfants « inéducables » ont été répudiées. Bien que les réalités en matière d'intégration et de citoyenneté restent encore très contrastées et très en deçà des intentions affichées, la place des personnes handicapées se modifie. L'action des associations de parents a été déterminante pour une meilleure reconnaissance et une moins grande discrimination¹⁴. Progressivement, le handicap va être reconnu comme phénomène social. Son histoire peut s'analyser à la lumière des réactions de la société face à l'acceptation des différences.

La classification internationale des handicaps¹⁵ adoptée par l'OMS (organisation mondiale de la santé) à la suite des travaux de Philippe WOOD¹⁶ reflète cette évolution en introduisant un chaînage entre déficience, réduction de capacités et désavantage (défini comme difficulté à assurer les actions nécessaires à l'intégration et à l'autonomie sociale). Intégrant le contexte environnemental, la notion de handicap devient alors relative et évolutive. Elle s'analyse comme un préjudice subi socialement du fait de l'incapacité à accomplir un rôle social en conformité avec les normes dominantes. L'environnement (matériel, social, institutionnel) devient constitutif du handicap : ce sont ses caractéristiques qui génèrent (ou atténuent) les conséquences d'une déficience donnée. Cette transformation dans la perception du handicap modifie l'image et le statut de l'utilisateur. Ses droits s'affirment, sa place est mieux reconnue. Il devient sujet, acteur de son projet. Ses attentes ou celles de sa famille s'expriment et sont mieux prises en compte. De la « prise en charge », on évolue vers un « accompagnement »¹⁷.

Une demande forte d'individualisation des prestations se fait jour. En 1989, les Annexes XXIV redéfinissant les normes de fonctionnement des établissements et services pour enfants traduisent cette mutation¹⁸. De plus en plus, c'est l'utilisateur en tant que personne qui oriente la pratique. A la culture de l'institution définie par ses murs, prenant en charge des populations à problèmes repérés par groupes, se substitue (du moins en théorie) un traitement personnalisé des situations individuelles.

¹³ Par exemple, le droit pour un usager de consulter le dossier qu'une administration (et donc par extension une institution) établit à son sujet est reconnu depuis la loi du 17 juillet 1978. Mais cette possibilité n'était pas portée à la connaissance des intéressés, et la plupart des professionnels eux-mêmes méconnaissait cette loi. Il a fallu tout récemment les lois des 4 mars 2002 prévoyant l'accès direct du patient à son dossier médical et le décret du 15 mai 2002 prévoyant l'accès direct de l'intéressé à son dossier judiciaire pour que chacun découvre l'étendue des droits en la matière.

¹⁴ Même si c'est parfois de manière ambivalente car le souci de protection et le souhait de bénéficier de dispositifs adaptés a longtemps prévalu sur celui d'intégration (et persiste dans une certaine mesure).

¹⁵ Devenue classification internationale du fonctionnement, du handicap en avril 2002

¹⁶ *"Setting disablement in perspective"*, International Rehabilitation Medicine, 1, 1978.

¹⁷ Les connotations du terme de « prise en charge » sont de moins en moins en phase avec la manière dont on conçoit l'intervention car l'expression renvoie à une relation très déséquilibrée où l'un serait actif (évidemment il s'agit du professionnel !), prenant l'autre (l'utilisateur) comme objet d'intervention, un « autre » passif, se laissant « prendre en charge » sans participer au mouvement le concernant. C'est pourquoi le terme « d'accompagnement » est désormais davantage utilisé puisqu'évoquant un « cheminer avec » correspondant mieux à la perspective où l'intéressé est invité à être co-constructeur du projet d'intervention le concernant. Sans compter le « poids » du mot « charge » récusé dans ses connotations désobligeantes à l'égard de celui dont on s'occupe : être résumé au fait de constituer une charge (un pesant fardeau !) pour autrui est assez déplaisant même si cela peut bien entendu être subjectivement exact pour l'aidant.

¹⁸ Décret 89-798 du 27 octobre 1989 et circulaire du 30 octobre 1989.

La diversité des réponses à mettre en œuvre, le repositionnement sur la question de l'intégration, induisent une certaine forme de désinstitutionnalisation associant la notion de service à celle d'établissement et recentrant ainsi le fonctionnement autour du « plateau technique ». Cette évolution, plaçant la personne au centre du dispositif, s'inscrit dans une logique de développement de relations de type contractuel, et démultiplie les modalités d'accompagnement, ainsi que les lieux d'exercice professionnel (lieux de socialisation ordinaire, domicile,...). La contractualisation est au cœur du projet individuel négocié avec la personne ou sa famille (et constitue également la base des relations inter-services dans une approche partenariale de travail en réseau). C'est cette évolution que consacrera la loi du 2 janvier 2002 qui introduit l'obligation d'évaluer les activités des structures.

L'évaluation du fonctionnement des structures s'est donc imposée sous l'influence de plusieurs facteurs : la pression des usagers et de leurs familles¹⁹, l'accumulation de scandales très médiatisés, et le souci de prévenir les maltraitances dans un contexte de faible contrôle de la part des tutelles, et pour finir, la volonté affirmée par le législateur et partagée par nombre d'acteurs de répondre de manière plus transparente et participative aux attentes des usagers.

Notons que concernant le secteur des personnes âgées, deux facteurs assez spécifiques ont poussé à la réflexion sur la qualité. Il s'agit, d'une part, de la position de client qu'occupent les personnes âgées dans la mesure où elles payent directement les prestations qui leur sont fournies par la maison de retraite ou le foyer-logement (et à ce titre sont véritablement dans une position de consommateur, clairement légitimé dans ses exigences). Et, d'autre part, l'importance des abus qui ont pu se produire dans des structures où la formation du personnel a longtemps constitué un point faible (allant du simple délaissement à la maltraitance en passant par des atteintes aux ressources) a rendu les familles et les autorités particulièrement vigilantes aux problèmes de qualité²⁰.

Dans le secteur sanitaire, l'évolution de la jurisprudence en matière de responsabilité médicale a sans doute contribué à ce que les évaluations de la qualité se développent. Même si une certaine transparence pouvait initialement inquiéter les praticiens en leur faisant craindre d'être plus exposés en matière médico-légale, l'évaluation est vite apparue comme circonscrivant la responsabilité à l'application des protocoles et déchargeant d'une incertitude de l'action collective par la traçabilité des actes²¹.

Parmi les facteurs ayant trait au rôle des usagers et poussant le secteur sanitaire à l'évaluation de la qualité, citons la pression de la visibilité publique des performances hospitalières qui s'est constituée à partir du moment où les médias ont établi des « palmarès » des hôpitaux en décernant bons points et blâmes aux uns et aux autres. Les reproches méthodologiques adressés à ces « hits parades » ont contribué à développer l'évaluation, et à faire admettre comme légitime le souci de la population de disposer d'informations comparatives pour s'orienter dans le système de soins. Alors que l'action sociale est peu concernée par cette problématique dans la mesure où les équipements sont rarement situés en position de concurrence, l'utilisateur ayant peu de marge de manœuvre en termes de choix au sein de l'offre. Les structures sociales dans leur majorité n'ont en effet jusqu'ici guère été menacées dans leur survie par des pressions extérieures²².

Pour finir ce tour d'horizon, indiquons que l'émergence de la préoccupation qualitative a également été favorisée par la confrontation du secteur avec l'univers culturel de l'entreprise, ou du moins la valorisation du modèle de l'entreprise que véhicule la pensée libérale. Ce n'est pas un hasard si ce sont les CAT (Centres d'Aide par le Travail), plus en contact avec le monde de l'entreprise que les autres structures (sous la pression de leurs donneurs d'ordre puisque la plupart font de la sous-traitance), qui ont été les premiers à appliquer une démarche qualité²³.

¹⁹ Cette pression est inégale, car certaines catégories d'usagers sont puissantes, parce qu'organisées en associations gestionnaires d'équipements et écoutées par les pouvoirs publics (c'est le cas dans le champ du handicap) alors que d'autres (en particulier dans le secteur des personnes en difficulté) sont atomisées et l'invalidation sociale dont ils sont victimes du fait de leurs difficultés, ne leur facilite guère l'organisation sous forme de mouvement de pression.

²⁰ Le référentiel d'évaluation Angélique porte d'ailleurs les traces de ces préoccupations dans certains de ses items.

²¹ Ce qui n'est d'ailleurs pas sans produire une certaine inflation des actes, accomplis pour qu'on ne puisse pas faire de reproche d'un manque de diligence, dans des situations cliniques qui ne le requièrent pas, ce qui bien évidemment s'avère contre-productif en matière de qualité.

²² Ce qui peut expliquer que leurs capacités réactives soient peu développées.

²³ Ils l'ont généralement appliquée à leurs produits et à leurs processus de production, plus rarement à la qualité de leurs prestations auprès des travailleurs handicapés.

b) Evaluer : une préoccupation ancienne dans l'action sociale

Une recherche documentaire autour du concept et de la pratique de l'évaluation permet de constater qu'en France le champ de l'action sociale a été investi par le souci d'évaluer à partir des années 76-77²⁴. Le champ sanitaire l'a été à la même période et celui plus spécifique de la santé mentale au début des années 80. Certes, il s'agissait là de travaux de « pionniers » dans la mesure où le social comme le sanitaire dans leur ensemble ont d'abord fait preuve de méfiance si ce n'est de résistance à l'évaluation comme nous le verrons plus loin²⁵.

Pour ce qui concerne l'action sociale, une première synthèse est opérée en 1982 par le CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations)²⁶ et quatre ans plus tard, la revue *Pour* publie un emblématique numéro intitulé « L'évaluation au pouvoir »²⁷. Bien entendu, les travaux des CREAI des différentes régions de France témoignent de cette préoccupation évaluative²⁸.

Bien avant qu'il n'existe de contrainte législative en matière d'évaluation, avant qu'il s'agisse d'une « mode » et sans qu'elles soient sommées de se justifier par leur tutelle, des équipes s'étaient lancées dans des pratiques d'évaluation. Il s'agissait le plus souvent de réfléchir à leur fonctionnement, de rechercher les critères adaptés pour apprécier l'évolution des personnes confiées, et de questionner l'organisation institutionnelle au regard de ses visées²⁹.

Si les structures sentent bien qu'elles sont de plus en plus instamment invitées à apporter la preuve que les personnes qu'elles reçoivent relèvent bien et bénéficient du type de prise en charge qu'elles proposent, nombre de ces démarches d'évaluation semblent avoir eu lieu hors de toute pression extérieure, impulsées par des dynamiques internes de questionnement des professionnels. Au fil des décennies, la professionnalisation progressive du secteur a conduit les acteurs à rompre avec « l'angélisme » initial de pratiques dont la qualité serait immanente dès lors qu'elles sont fondées sur les volontés *de bien faire* et *de faire du bien*.

Dans un secteur qui a longtemps eu tendance à énoncer des visées louables mais si générales qu'elles ne donnaient pas prise à l'évaluation³⁰, le courant dit de la « pédagogie par objectifs » avait, dès les années 70, invité les professionnels à formuler des objectifs opérationnalisables (en décomposant les visées en finalités, buts, objectifs généraux et spécifiques, eux-mêmes devant se traduire en éléments de résultats tangibles)³¹. On peut considérer que cette approche, en permettant de sortir des intentions un peu grandiloquentes et très floues pour désigner des objectifs plus concrets, ouvrait la voie à une évaluation des résultats de l'action (que ce soit à l'échelle de la structure ou au niveau de chaque bénéficiaire).

A partir des années 80, trois principales méthodes d'évaluation se sont développées et ont servi de référence aux débats sur l'évaluation :

²⁴ Par ordre chronologique, citons les travaux suivants :

- « *Réflexions sur l'évaluation dans la pratique sociale* », Connexion, 1976, n° 20
- « *L'évaluation. Tome 1 : questionnement et pratiques, Tome 2 : stratégies et problématiques* », revue *Pour*, n° 55 et 56, 1977
- « *La mesure du social* », Informations sociales, n° 1-2, 1979
- « *Effort, efficacité, efficacité. Quelques résultats sur le milieu, la clientèle, l'évolution et les changements chez les clients* », BOSCOVILLE, Annales de Vaucresson, n° 16, 1979
- « *Des concepts aux indices quantitatifs en travail social* », Rencontre, n° 36, 1980

²⁵ L'ouverture de certains acteurs du champ social à l'égard de l'évaluation peut s'analyser comme une volonté de rompre avec l'origine bénévole et caritative du secteur avec une attente d'outils pour mesurer et faire reconnaître un nouveau savoir-faire autour de la technologie de la relation d'aide.

²⁶ « *L'évaluation dans le champ des pratiques sociales* », Bulletin du CTNERHI, Flash-informations, n° hors série, diffusion PUF, séminaire du 3-4 décembre 1982

²⁷ « *L'évaluation au pouvoir* », revue *Pour*, n° 107, Privat, 1987

²⁸ Pour ne citer que les principales publications :

- CHAUMONT E. et DOUVIER J-M. « *Evaluation d'une action éducative institutionnelle* », Informations techniques, n° 3, CREAI de Lorraine, 1981
- SEGURIER B. « *L'appropriation de l'évaluation par la fonction éducative* », Liaison, documentation, informations, CREAI de Champagne-Ardenne, sep-tembre 1981
- DARTIGUENAVE M. « *A propos de l'évaluation* », Informations, CREAI de Bretagne, 1982
- « *Définition d'une problématique pour des pratiques d'évaluation en travail social* », Convergences, CREAI de Basse-Normandie
- LEONARD J-L « *D'une épistémologie de l'évaluation du travail social* », Le colporteur, n° 78, CREAI Champagne-Ardenne
- « *Les nouveaux objectifs du travail social et son évaluation* », Journées d'études du CREAI de Bourgogne, Avril 1986

²⁹ Parmi d'autres, citons le travail des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques : « *L'évaluation du travail en CMPP. Critères et critères* », Chemin faisant, revue de l'Association Nationale des CMPP, N° 1/88, novembre 1986.

³⁰ Les projets n'hésitaient pas à afficher leur intention de viser « *l'épanouissement optimal des personnes* ».

³¹ « *La pédagogie par objectifs* », ESF, 1990 (réédition).

- la méthode PASS (Programme d'Analyse des Systèmes de Services), appuyée sur le courant dit de « la valorisation des rôles sociaux » importé de l'Amérique du Nord, à la suite des travaux de Wolf WOLFENBERGER et Linda GLENN³². Il s'agit d'une méthode d'évaluation externe (ayant inspiré des évaluations internes) qui, à travers une batterie d'indicateurs pré-construits, cherche à apprécier les efforts que le service réalise en vue de placer les personnes bénéficiaires dans des processus d'autonomisation et d'intégration sociale.
- la méthode expérimentale du GECEPS (Groupe d'Etudes Coordonnées des Effets de Politiques Sociales) animé par Jean-Marc DUTRENIT³³. Il s'agit d'une méthode d'évaluation interne étudiant les effets de l'action sociale. Au sein d'une même population dont une partie bénéficie d'une action sociale et l'autre partie sert de groupe témoin, est comparée une batterie de descripteurs adaptés à chaque structure permettant une quantification à partir de laquelle des scores sont établis.
- la méthode clinique d'Anne-Marie FAVARD mise au point dans le cadre d'établissements de protection de l'enfance de la Sauvegarde de Bayonne³⁴. Il s'agit d'une méthode qui analyse la pratique de la relation d'aide à partir d'études qualitatives de cas individuels prolongés par des études statistiques longitudinales. Il n'y a pas d'indicateurs pré-construits mais co-production de référentiels adaptés à la situation.

D'inspirations très diverses, ces approches ont en commun de refléter que l'évaluation a d'abord été dans le secteur l'affaire de chercheurs et de praticiens. Aujourd'hui, d'autres formes d'évaluation sont devenues la préoccupation de directeurs d'associations ou de structures. C'est au cours des années 80, qu'un certain nombre d'outils managériaux (gestion des ressources humaines, communication, marketing,...) prépare le terrain des démarches qualité³⁵ et transformeront l'objet même de l'évaluation. Il s'en suivra un glissement où l'évaluation tiendra une place restreinte (une auto-évaluation initiale et de simples contrôles ensuite) au profit d'une démarche globale de management.

c) Un développement inégal selon le type d'évaluation considérée

Porter un diagnostic sur le développement actuel de l'évaluation dans l'action sociale n'est pas chose aisée tant le terme d'évaluation renvoie, toujours sous le même vocable, à des contenus fort divers.

A la suite de Marceline GABEL et Paul DURNING, on peut distinguer trois niveaux d'évaluation³⁶ :

- l'évaluation des situations au cas par cas (faite par les professionnels chargés de l'intervention sociale)
- l'évaluation des pratiques et du fonctionnement du système (par exemple, le système de protection de l'enfance en danger)
- l'évaluation des effets des interventions à moyen ou long terme à travers l'étude du devenir des personnes prises en charge.

Sur cette base, il semble que l'évaluation soit assez importante pour ce qui concerne le premier niveau (ce qui ne veut pas dire qu'elle soit nécessairement performante), moyennement développée pour ce qui concerne le second et franchement balbutiante concernant le troisième niveau.

En effet, il n'existe pas dans l'action sociale de culture de l'évaluation des résultats des interventions conduites ou des dispositifs existants. Même les populations concernées sont mal connues des administrations, méconnaissance qui s'étend jusqu'à leur chiffrage, puisque les sources statistiques sont aléatoires et le recueil de données très imparfait dans beaucoup de secteurs. Tout le monde est unanime

³² « PASS 3 : programme d'analyse des systèmes de services : méthode d'évaluation quantitative des services humains ». Editions des deux continents, Genève, 1998 (4^{ème} édition).

³³ « Gestion et évaluation des services sociaux », éditions economica, Paris, 1989.

³⁴ « L'évaluation clinique en action sociale », ERES, Paris, 1991.

³⁵ Parmi les auteurs ayant fait entrer la logique managériale dans le secteur social, citons :

- DOBIECKI B. « Intelligence et pratique du social : la méthode marketing au service des associations », éditions des Deux Continents, 1995

- BAPTISTE René « Le social mérite mieux ! », éditions des Deux Continents, 1996 et « Le social est à partager ! », édition TSA, 1998

- JOINING Jean-Luc « Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux », ESF, 1998.

³⁶ « Evaluation(s) des maltraitances », Fleurus, Paris, 2002

pour déplorer l'absence de données chiffrées fiables³⁷, carence imputable à de multiples difficultés (difficultés théoriques et méthodologiques pour saisir des populations aux contours flous, faiblesse des dispositifs d'observation et des outils statistiques en matière d'épidémiologie, difficulté d'accès aux terrains de recherche,...).

Si le chiffrage est défaillant, a fortiori, les trajectoires des populations sont très mal connues, ce qui bien évidemment ne permet guère l'évaluation globale des politiques ou de ce que produit un dispositif ou une structure. La mise en place des observatoires fut en effet tardive et partielle³⁸.

En revanche, l'analyse des besoins individuels et des pratiques des professionnels constitue une tradition spécifique de ce secteur. Des « réunions de synthèse » rassemblant l'équipe d'intervenants auprès d'un enfant handicapé, d'un adulte désinséré ou d'une famille en détresse, permettent d'étudier conjointement les besoins et l'évolution des usagers. De même, l'expression « analyse de la pratique » est très utilisée dans le Travail Social. Les professionnels se questionnent en effet volontiers sur les situations professionnelles qu'ils rencontrent et l'action qu'ils mènent. Dans nombre de structures, des réunions spécifiques ont lieu à cet effet, les psychologues étant en général chargés d'aider à l'analyse. De même, la formation initiale et continue des travailleurs sociaux intègre souvent des séquences d'« analyse de la pratique » avec des méthodologies diverses (étude de cas, étude de situations, observations outillées, méthodologies de projets,...).

Sans doute peut-on discuter la rigueur de ces « évaluations », voire leur contester l'appellation même d'évaluation. La faiblesse méthodologique, l'appui sur des « grilles » bricolées localement, la traditionnelle prégnance des modèles psychologisants dans le secteur, l'usage parfois dogmatique de certaines références théoriques, l'inégale qualité d'animation de ces espaces d'échange, tout cela peut limiter l'efficacité de l'évaluation des besoins des usagers ou des pratiques des professionnels, ou focaliser l'analyse sur des aspects pouvant paraître parcellaires pour l'observateur extérieur³⁹.

Mais d'une manière générale, la tradition de réflexivité interne sur le travail dans l'action sociale est incontestable et nettement supérieure et plus ancienne à ce qui existe dans les hôpitaux ou dans les maisons de retraite. Dans le domaine sanitaire, la réflexion collective sur le travail et l'interpellation mutuelle est faible ou récente : il semble que la culture médicale peu ouverte à la critique et au débat ouvert et transparent, le modèle d'une pratique libérale par essence individualiste (y compris chez les hospitaliers du secteur public) et la hiérarchisation des professions ne favorisent guère la tenue régulière de réunions d'évaluation des pratiques associant l'ensemble des équipes concernées⁴⁰. Pour ce qui concerne les établissements pour personnes âgées, c'est sans doute la faible qualification des personnels et la faible ambition des projets qui ont longtemps limité la réflexion sur les pratiques.

Par ailleurs, il existe dans l'action sociale une culture du projet qui est ancienne. Même si là aussi il y aurait beaucoup à dire sur la teneur très variable, l'inégale qualité ou l'irrégulière actualisation de ces documents, il n'y a pas un Institut Médico-Educatif, pas un Centre d'Aide par le Travail, pas un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ou de Maison de l'Enfance qui soit dépourvu d'un projet d'établissement, projet en général élaboré avec les équipes qui le mettent en pratique. Aussi, bien avant que des projets d'établissement n'apparaissent dans les hôpitaux ou les établissements scolaires (et non de manière spontanée mais souvent à la demande de l'autorité de contrôle) et que la récente loi fasse du projet d'établissement une obligation, les structures sociales et médico-sociales disposaient de projets tentant

³⁷ Dès 1967, le rapport BLOCH-LAINE insistait sur la difficulté de connaître la population handicapée. Plus récemment, Jean-François RAVAUX et Michel FARDEAU signalent qu'« *Il convient d'insister sur les difficultés que rencontre, presque nécessairement, toute tentative d'évaluation rigoureuse dans ce domaine* » in « *Insertion sociale des personnes handicapées : méthodologies d'évaluation* », CTNERHI-INSERM, Paris, 1994.

³⁸ Ainsi par exemple, l'ODAS (Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale) qui rassemble depuis 1993 des informations auprès des départements permettant de mieux connaître l'enfance en danger n'a pas d'équivalent dans d'autres domaines. Certains secteurs ont cependant connu une évolution significative sous Michel ROCARD avec la mise en place de dispositifs d'évaluation associés aux nouvelles politiques (RMI, politique de la ville). Mais d'une manière générale, l'évaluation des politiques publiques a pris tardivement son essor en France (avec le décret du 18 novembre 1998 créant le Conseil National d'Evaluation) et connaît encore un développement modéré.

³⁹ On a ainsi pu constater que les professionnels privilégient la description de l'utilisateur et des difficultés auxquelles il est confronté au détriment de l'évaluation de leurs propres actions, stratégies et méthodes d'intervention. Il peut également arriver que les questions organisationnelles envahissent les débats, que des discours d'auto-légitimation empêchent toute véritable analyse, voire que des conflits institutionnels stérilisent ces espaces de réflexion.

⁴⁰ Il semble que la mise en place de la réduction du temps de travail ait récemment encore amenuisé le temps consacré aux « staffs » des équipes.

d'articuler leurs objectifs et leurs moyens.

Quant à l'écrit, il est aussi assez développé dans l'action sociale : on a beaucoup glosé sur les difficultés de certains professionnels du social à écrire (tout particulièrement les éducateurs), alors qu'il existe de fait une véritable tradition de consignation des observations (sur la situation et l'évolution de l'usager) et des projets d'intervention. Ces écrits vont d'ailleurs au-delà du descriptif pour inclure des éléments d'analyse, exercice forcément difficile s'agissant de réalités complexes, multifactorielles et toujours délicates à mettre en mots, car renvoyant aux registres de la souffrance, de la plainte, de la stigmatisation, de l'exclusion.⁴¹

Si tout cela ne suffit pas pour constituer une évaluation, cela peut y prédisposer⁴². En effet, disposer d'un projet, se livrer régulièrement à une réflexion collective, admettre l'échange critique et avoir l'habitude d'écrire prépare le terrain à une évaluation davantage instrumentée. Nous verrons que les réticences du secteur social et médico-social à l'encontre de l'évaluation se sont jouées sur d'autres terrains.

Depuis une vingtaine d'années, l'idée d'évaluations plus structurées tend à s'affirmer dans l'action sociale. Les démarches visant à porter un jugement de valeur sur une situation, une organisation ou une pratique, après avoir été souvent contestées dans leur fondement même, ne trouvent plus aujourd'hui de véritables détracteurs. Que ce soit au niveau des projets d'établissements ou des projets individuels, la mise en relation de résultats avec une intention première se formalise peu à peu et imprègne les pratiques professionnelles.

Reste que les évaluations existantes concernant l'action sociale sont actuellement très parcellaires. S'il est difficile dans un champ aussi vaste et polymorphe d'imaginer une démarche d'évaluation capable d'étudier d'un même mouvement les rapports entre besoins et objectifs, objectifs et moyens, moyens et résultats, il manque très certainement à l'action sociale deux catégories d'évaluations :

- d'une part, des évaluations des résultats en rapport avec les finalités, à condition que ces évaluations sachent prendre en compte dans les résultats les effets non escomptés de l'action (qui parfois confinent à des effets pervers mais pas toujours), et sachent analyser dans les visées la part implicite des attentes, non énoncée dans les objectifs officiels, mais correspondant bel et bien à la logique du système⁴³ ;
- d'autre part, une évaluation liant l'analyse des besoins à l'analyse de la qualité des interventions. Cela suppose de considérer le besoin comme un objet complexe qui ne se réduit pas à la demande tout en incluant les attentes des usagers, mais en prenant également en compte une lecture objective de leur situation et des facteurs environnementaux générant ou modérant les difficultés ainsi que les attentes de la société dans son ensemble⁴⁴. Quant à la qualité des interventions, elle ne se résume pas à la satisfaction immédiate de l'usager, mais tient tout à la fois d'un respect des missions, d'une compétence technique, d'une cohérence organisationnelle, d'une bonne mobilisation des moyens et d'une capacité à inscrire l'usager dans une logique participative et si possible promotionnelle.⁴⁵

d) Réticences, ambiguïtés et débats

Il est difficile de résumer en peu de mots la situation de l'action sociale au regard de l'évaluation tant se combinent à la fois, comme nous l'avons vu, une ouverture historique du secteur à la préoccupation évaluative et en même temps, comme nous allons le voir, de fortes réticences qui s'atténuent mais persistent à l'heure où l'évaluation de la qualité des structures est devenue une obligation légale.

⁴¹ Là encore des critiques sont formulées sur le manque de rigueur de ces écrits, la présence d'approximations ou d'interprétations hasardeuses, le caractère discutable de la consignation de certains éléments dans les dossiers,...

⁴² Pour ce qui nous concerne, nous ne partageons pas les reproches pourtant régulièrement adressés à un secteur dont on dit qu'il fonctionnerait en faisant l'économie d'une réflexion critique, qu'il serait incapable de la moindre rigueur, qu'il nagerait dans l'ineffable de la relation, qu'il fonctionnerait dans l'auto légitimation permanente, dans un dilettantisme suffisant et se contenterait d'approximatif (critiques que l'on retrouve tout particulièrement chez des auteurs tels que Jean-René LOUBAT).

⁴³ Cela supposerait sans doute de revenir à des analyses socio-politiques du Travail Social, domaine de réflexion quelque peu délaissé au profit d'approches utilitaristes du travail social.

⁴⁴ Nous renvoyons à l'analyse des rapports entre offre, besoin et demande opérée par Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* », Seli Arslan, Paris, 2000.

⁴⁵ L'ambition du guide de l'ANCREAI correspond à ce tout dernier point. Il est clair pour nous que l'évaluation de la qualité de l'intervention ne saurait constituer qu'une partie de l'effort évaluatif auquel l'action sociale doit donner lieu.

Il nous semble que pour une part ces réticences peuvent s'analyser comme un malentendu sur une notion aux visées pas toujours suffisamment explicitées, l'évaluation renvoyant encore souvent à quelque chose de si imprécis que chacun y projette ses propres représentations, attentes ou craintes. Mais les réticences exprimées nous paraissent aussi relever tantôt de la simple frilosité, tantôt d'une saine vigilance.

D'une manière générale, la question de l'évaluation a historiquement suscité beaucoup de réticences chez les professionnels. C'est le rapport BIANCO et LAMY sur l'aide sociale à l'enfance (1980) qui a ouvert la porte à une perspective évaluative et gestionnaire (sous la forme de la fameuse « rationalisation des choix budgétaires »). Comme dans la santé, la volonté de déterminer le lien entre les ressources engagées et l'efficacité des actions conduites a donné lieu à de vives réactions.

Cependant, l'idée de rendre des comptes aux représentants de l'intérêt général fut progressivement admise, et la perspective de se placer dans un horizon d'allocation optimale des ressources a fait son chemin. A l'instar de ce qui s'est passé à l'égard des considérations économiques dans le monde médical⁴⁶, les acteurs de l'action sociale ont progressivement, sinon intériorisé le raisonnement du décideur politique, du moins admis la légitimité de son regard interrogatif sur l'action sociale (la décentralisation y ayant beaucoup contribué).

Reste que la perspective d'une évaluation conduisant à une réduction de moyens inquiète et, depuis la mise en place de l'accréditation, s'appuie souvent sur des informations erronées en provenance du sanitaire⁴⁷. Dans la mesure où les pouvoirs publics justifient volontiers leur intérêt pour la qualité par la nécessaire maîtrise des coûts sociaux, l'évaluation est bel et bien perçue comme une manière de faire admettre une réduction des moyens. Aussi, c'est avec scepticisme que la profession a accueilli, au moment de la préparation de la loi du 2 janvier 2002, les propos de Pierre GAUTHIER, directeur de l'action sociale au Ministère des Affaires Sociales, indiquant que « l'évaluation n'est ni un moyen de contrôle budgétaire, ni un mode de gestion du personnel, ni un support permettant d'attribuer les ressources, mais un outil permettant de produire des recommandations sur les bonnes pratiques ».

En mars 1999, le « Lien Social », hebdomadaire professionnel très diffusé, titrait : « *Le social doit-il avoir peur de l'évaluation ?* » avec un article emblématique des hésitations du secteur « *L'évaluation : contrôle ou recherche de sens ?* ». L'éditorial d'André JONIS faisait état des préoccupations suivantes : « *La démarche qualité, en gros, c'est le recours à des techniques d'évaluation permettant de savoir si on fait bien ou mal son boulot. Pas pour le plaisir de se décerner un satisfecit ni le devoir de s'infliger un blâme, mais parce qu'il y a des usagers auxquels on est censé donner satisfaction. Et aussi... parce qu'il y a des patrons qui souhaitent savoir si avec moins on ne pourrait pas faire mieux. [...] L'évaluation n'est pas chose facile dans le secteur. Mais elle est incontournable. La preuve : si l'éviter habilement compte encore des adeptes, la refuser catégoriquement ne dispose même pas de porte-voix. Alors, pour évoluer, évaluons donc ! Reste juste à se garder des « gestionneux »...* »

Quelques temps plus tard, la même revue intitulait son dossier : « *Peut-on évaluer le travail social ?* », et le même éditorialiste débutait en écrivant « *Il est difficile de rejeter systématiquement l'évaluation. Au contraire, les travail-leurs sociaux, de plus en plus nombreux, appelleront de leurs vœux une démarche qualité sur leurs services. Celle-ci est a priori à leur avantage. En effet, si elle peut décréter que des équipes sont pléthoriques et provoquer ainsi des coupes sombres, elle peut tout autant faire apparaître des besoins qui ne sont pas couverts et générer des embauches. Tout dépend si l'objectif de l'évaluation est d'aboutir sur du profit à tous crins ou bien de rechercher l'intérêt de l'utilisateur.* »

⁴⁶ Il y eut une période où les professionnels de santé ignoraient les dimensions économiques sous-jacentes à leurs activités (le soignant réalisait ses actes et la collectivité payait dans une relation de confiance totale sur la pertinence et la qualité des soins prodigués) ; puis une période de confrontation où l'idée de maîtrise des dépenses apparaît, ce que les professionnels de santé dans leur ensemble vivent comme une menace et une atteinte à la santé des personnes avec un refus d'intégrer le raisonnement économique dans le développement des activités de soins ; puis, avec les réformes successives instrumentalisant l'obligation collective d'apporter aux populations des soins de qualité à moindre coût, les professionnels de santé s'approprient, petit à petit, les notions médico-économiques, non plus au sens de restriction de la capacité d'intervention mais au sens d'aide à l'optimisation de celle-ci.

⁴⁷ Circule la croyance en une jonction forte entre l'accréditation et les budgets hospitaliers, alors que la négociation budgétaire n'est (pour le moment) absolument pas connectée sur le registre de la sanction aux résultats de l'accréditation (elle ne s'appuie même que très partiellement sur l'activité des établissements hospitaliers, appréciée à partir des points ISA). Aucun établissement hospitalier n'a été fermé, ou n'a vu ses crédits baisser, à la suite d'une accréditation. A l'inverse, il peut arriver que des moyens exceptionnels soient octroyés dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens, si l'accréditation a fait apparaître des réserves dont la levée requiert un effort de financement particulier (équipement défaillant, mise aux normes de sécurité nécessaire,...).

L'écart de ton séparant ces deux éditoriaux traduit bien l'abord maintenant moins défensif à l'égard de l'évaluation : on espère en tirer profit pour que les missions soient plus claires et les moyens mis en avant (y compris dans leurs insuffisances⁴⁸). Le propos traduit aussi les incertitudes qui persistent à un moment où la loi imposant l'obligation évaluative se discutait encore et où la configuration finale du dispositif était inconnue⁴⁹.

En matière de conséquences de l'évaluation, il est une toute autre réticence, plus marginale mais très significative. Il existe en effet par endroit une contestation du bien fondé même de l'idée de consacrer du temps et des moyens à l'évaluation, en considérant que l'essentiel des travers du système est déjà bien connu des pouvoirs publics sans qu'il y soit remédié⁵⁰, ou que les conditions de travail sont telles que parler d'évaluer et d'améliorer la qualité en écartant d'emblée toute idée d'augmentation de moyens est un leurre inacceptable⁵¹.

Cette attitude pose la question fondamentale de la volonté des décideurs politiques et financiers de tirer les leçons de l'évaluation, c'est-à-dire de s'appuyer réellement sur ses conclusions pour corriger, améliorer, redéfinir de manière pertinente des politiques répondant aux besoins des populations.

Ce scepticisme sur l'intérêt d'évaluer semble surtout concerner le secteur social, souvent confronté à des problématiques d'urgence et à des situations de désespérance qui ne mettent pas au premier plan la préoccupation d'évaluation de la qualité ou rendent tout simplement indisponible pour s'y atteler. Nous y voyons un des facteurs rendant compte du moindre engagement de ce secteur dans les problématiques et les expérimentations en matière d'évaluation⁵².

Dans un tout autre registre, il existe une réticence ancienne à l'évaluation que l'on pourrait qualifier de méthodologique ou d'épistémologique, qui utilise parfois des arguments éthiques, et qui s'arrime à l'idée d'inévaluabilité foncière de l'action sociale⁵³.

La faisabilité des évaluations, en particulier celles portant sur les résultats de l'action, a fait l'objet de vifs débats. François LE POULTIER a montré combien le Travail Social, très imprégné d'une conception psychologique et psychanalytique de l'éducation spécialisée et de l'assistance sociale, est conduit à privilégier une approche évaluative à dominante intuitive et peu instrumentalisée⁵⁴. Il a eu à faire face à des chercheurs voulant appliquer des démarches d'évaluation de type expérimental et qui se sont heurtés à la complexité du secteur et à la multidimensionnalité des facteurs pouvant rendre compte de la trajectoire d'une personne en difficulté ou des progrès d'autonomisation d'une personne handicapée. Le dialogue fut difficile, les travail-leurs sociaux dénonçant l'illusion scientiste de quantifications dénuées de sens, les chercheurs dénonçant l'opacité d'un secteur résistant à l'investigation scientifique.

Du chemin a été fait de part et d'autre, les chercheurs délaissant ou assouplissant le modèle expérimental dont la pureté réductionniste ne pouvait appréhender la complexité du social, et les professionnels admettant progressivement que des méthodologies pouvaient saisir bien des facettes du Travail Social, que des indicateurs judicieusement choisis et correctement interprétés pouvaient rendre compte d'effets du travail accompli. Le développement des sciences humaines appliquées (psychosociologie, sociologie des organisations, ergonomie,...), la confrontation des chercheurs et des praticiens aux problèmes et limites de la quantification des données qualitatives et la production d'outils transposables semblent avoir facilité l'atténuation de cette incompréhension mutuelle.

⁴⁸ Des directeurs qui se sont lancés dans l'évaluation ont bien compris le parti qu'ils pouvaient tirer auprès de leur autorité de contrôle des résultats d'une évaluation au moment de la négociation budgétaire.

⁴⁹ Ce qu'elle est toujours puisque les décrets d'application ne sont toujours pas publiés.

⁵⁰ On peut prendre l'exemple de la non-qualité indéniable que produisent des dispositifs tel que celui dit de « l'amendement Creton » dans le secteur des jeunes handicapés où, faute de places suffisantes dans les structures pour adultes, une mesure qui devait être provisoire, maintient durablement de jeunes adultes dans des établissements pour enfants ou adolescents où il est difficile qu'un projet adéquat leur soit proposé.

⁵¹ On peut penser par exemple aux services d'AEMO (Assistance Educative en Milieu Ouvert) où certains travailleurs sociaux suivent jusqu'à 40 à 50 mesures de protection de l'enfance, avec des situations souvent d'une grande complexité, et considèrent que prétendre évaluer la qualité dans ce contexte frise l'indécence.

⁵² L'autre facteur étant sans doute la pression considérablement moindre que dans le médico-social exercée par les usagers.

⁵³ Le fameux « hymne à la singularité » qu'on a tant reproché au secteur social d'entonner dès qu'il était question d'évaluer son action.

⁵⁴ « Principe d'une recherche évaluative en travail social », Connexions n° 56, 1990.

Cependant, la méfiance à l'égard de l'irruption de tiers reste forte. L'évaluation reste un mot qui fait peur, faisant émerger l'idée d'un regard extérieur qui serait tout sauf bienveillant. B. DELAGE montre comment ceux qu'il appelle les « gens du social » (quelle que soit leur place et leur statut) font spontanément obstacle à toute forme d'évaluation visant la transparence⁵⁵. Comme dans l'univers hospitalier, le secret professionnel est facilement utilisé bien au-delà de sa définition pour être opposé à la curiosité des chercheurs comme à celle des associations d'usagers⁵⁶. A cet égard, les professionnels de l'action sociale ne semblent pas prêts à envisager « la publicité » des évaluations, c'est-à-dire que leurs conclusions soient accessibles à tout un chacun, à commencer par les premiers concernés que sont les usagers (par exemple via internet comme c'est le cas pour le résumé du rapport d'accréditation).

Il est impressionnant de voir combien dans un milieu historiquement pétri de valeurs humanistes, la traditionnelle bienveillance à l'égard de l'utilisateur se transforme aisément en défiance dès qu'il est question d'octroyer à celui-ci davantage de droits et surtout de moyens concrets lui permettant de les exercer. Or, l'évaluation de la qualité, outre qu'elle vérifie si les droits élémentaires des usagers sont bien respectés, passe nécessairement par une consultation des usagers au sujet des services qui leurs sont rendus, et débouche logiquement sur un accès aux résultats de l'évaluation, ce qui n'est bien évidemment pas sans (re)donner aux usagers un certain pouvoir.

Il apparaît que nombre de professionnels redoutent que l'utilisateur éclairé (ou son représentant) ne se transforme en consommateur exigeant, en client revendicatif, voire récriminant. On agite volontiers l'image de l'utilisateur abusant inconsidérément des droits octroyés, de l'utilisateur tyrannique réclamant l'impossible sans tenir compte des contraintes et logiques du service qu'il a en face de lui, ou bien encore l'image de l'utilisateur choisissant « à la carte » parmi un éventail de prestations proposées ce qui lui convient (faisant perdre aux professionnels une part centrale de leur légitimité : savoir ce qui est bon pour l'autre).

On répugne à faire le pari de la capacité de l'utilisateur à utiliser valablement ses droits⁵⁷ et à contribuer de manière constructive à l'évaluation de ce qu'il connaît de son point de vue d'utilisateur. On doute de la possibilité d'un dialogue constructif rééquilibré avec l'utilisateur en pensant plutôt aux mésusages qu'il pourrait faire de ses nouveaux droits ou d'une plus grande transparence sur le système qui s'occupe de lui que générerait inévitablement toute évaluation de la qualité.

Dans un tout autre registre, il existe des réticences spécifiquement soulevées par les démarches qualité importées du monde de l'entreprise. Outre que ce modèle véhicule des références marchandes qui suscitent incompréhension ou méfiance dans un univers aux valeurs traditionnellement opposées, la rhétorique en vigueur en matière de démarche qualité suscite volontiers un agacement dans le secteur social. De colloques en publications, les professionnels s'interrogent sur cette notion de « qualité » tour à tour séduisante, emphatique, incantatoire. Or, les peu modestes « qualité totale » ou « excellence » s'avèrent aux anti-podes de la culture du secteur, et les professionnels s'irritent parfois des travers de certains tenants des démarches qualité, qu'il s'agisse d'ouvrages fourre-tout, mal organisés, ramassés de recettes, de pseudo-évidences ou d'idéologies discutables à peine déguisées⁵⁸, ou de la paresse conceptuelle qui conduit au flou des appellations chez les donneurs de leçons en matière de rigueur⁵⁹.

⁵⁵ « L'évaluation des interventions sociales publiques. Beaucoup de bruit pour pas grand chose », Les cahiers de l'Actif, n° 288-291, 2000.

⁵⁶ Alors qu'il est destiné à protéger des données individuelles, le secret médical sera par exemple utilisé pour refuser de communiquer des données statistiques concernant l'activité d'un établissement.

⁵⁷ Même si cette capacité n'est pas sans doute pas spontanément acquise et peut requérir, comme tout processus d'émancipation, un temps de maturation.

⁵⁸ A titre d'exemple, citons le vocabulaire religieux utilisé par un auteur pour énoncer de plates évidences ou des règles bien naïves. Il est question des « tables de la loi » et des « dix commandements de la qualité sociale », et il est par ailleurs question d'entrer dans le « nirvana qualitatif » ! Les 5 « préceptes » sont les suivants : « Tu ne t'engageras à faire que ce que tu sais et peux faire ; tu essaieras toujours de faire mieux ; tu garderas trace de ce que tu as fait ; tu contrôleras régulièrement les étapes du travail ; tu associeras tes collaborateurs aux améliorations continues ».

⁵⁹ Dans le même ouvrage, un paragraphe rassemble trois libellés contradictoires et non définis sans que cela ne semble poser problème à l'auteur, alors qu'il existe des efforts de conceptualisation distinguant ces termes. Sous le titre « *Maîtriser les projets individualisés* », on peut lire : « Si le lecteur a été suffisamment patient et rigoureux pour atteindre cette partie du livre sans sauter de chapitres, il aura compris que « le » service qu'attendent les usagers des services sociaux et médico-sociaux, à savoir un projet personnalisé qui répond à leurs besoins, ne souffre pas l'amateurisme... Au centre de la démarche qualité, le projet individuel (qu'il soit thérapeutique, éducatif, social...) est encore trop souvent une formule simple qui recouvre des interprétations contradictoires du travail social. » (c'est nous qui soulignons).

Au-delà de la réaction épidermique, c'est aussi un modèle de management qui peut être récusé, où, sous couvert de participation et de responsabilisation, on restreindrait l'autonomie des professionnels. La présentation du modèle libéral comme seul exemple efficace de bonne gestion peut être contestée, et certaines techniques managériales donnent motifs à provoquer des méfiances dans un univers qui reste marqué par des idéaux égalitaristes⁶⁰.

Par ailleurs, la sophistication et le formalisme de certaines procédures font redouter d'être piégé dans une entreprise de normalisation bureaucratique produisant un cadrage normatif des pratiques. Alors qu'il pourrait susciter l'espoir d'être l'aiguillon de la créativité interne, il existe une crainte que le souci actuel de la qualité n'aboutisse à une stérilisation frileuse des pratiques. Le zéro défaut étant recherché dans une standardisation rationnellement optimale des procédures, on redoute que cela génère un appauvrissement des capacités d'adaptation de la part des acteurs et de fait un abaissement de la qualité.

Plus fondamentalement, s'amorce un débat très vif sur l'évaluation de la qualité comme étape vers la marchandisation du social. Au-delà du fait que des notions issues de l'économie marchande rebutent (ne serait-ce que le débat sur l'opportunité d'employer le terme de « client » pour désigner l'utilisateur de services sociaux ou médico-sociaux), certains craignent que l'évaluation ne soit qu'un prétexte à une récupération rampante par l'économie libérale.

L'évaluation de la qualité serait une facette de l'économisme ambiant tendant à promouvoir des critères de rendement, d'efficacité et surtout d'efficience à propos de tout. Ce qui peut conduire à ne valider, et donc financer, que les seuls services qui correspondraient aux besoins de segments repérés d'usagers dans une logique de satisfaction de la clientèle parfois contradictoire avec la question de l'intérêt général (voire de leur propre intérêt). Considérer l'usager comme un simple consommateur dont il faut contenter l'exigence immédiate, telle serait la conception que proposent de grands groupes industriels lorgnant sur le secteur des services aux personnes, à commencer par l'intervention auprès des personnes âgées, et rêvant d'une future déréglementation de l'ensemble du secteur.

Dans un certain modèle de la qualité, il existe en effet un risque de limiter le social à la vision d'un marché qui relierait un prestataire à un client : la dérive se situe dans le remplacement de la culture du projet d'établissement qui répond à des besoins analysés⁶¹ par la culture du service (ou sens du « libre service » et s'illustrant dans l'expression « prestation de service »), qui répond aux désirs d'un consommateur de prestations, désirs qu'il définirait dans la solitude ou avec le seul soutien de son entourage. Au passage, ce schéma renverrait alors le professionnel à une posture de simple prestataire de service voyant son autonomie professionnelle se restreindre aux dimensions les plus techniques de son activité.

C'est tout le débat qui commence à se développer sur la compensation du handicap, dans la foulée du rapport BLANC⁶² et dans la perspective de la refonte de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées. L'idée généreuse de compenser intégralement le surcoût que génère un handicap en laissant la personne handicapée elle-même choisir les aides matérielles et humaines qui lui conviennent bouleverserait effectivement de fond en comble le paysage⁶³. L'analyse de cette perspective déborde de notre propos. Nous nous contenterons d'évoquer les réserves que nous inspire une politique qui s'en tiendrait, au nom de l'intégration, à solvabiliser la demande individuelle plutôt que de jouer sur l'offre, notamment l'offre de droit commun, afin de contraindre les structures ordinaires à s'ouvrir aux publics différents, afin de ne pas admettre la persistance du mouvement ségrégatif (qu'il s'incarne dans l'architecture des bâtiments, la conception urbanistique, l'école, le monde du travail ou dans n'importe quelle autre institution de socialisation ordinaire)⁶⁴.

Signalons pour finir qu'il est une réticence, conjoncturelle mais non négligeable, qui touche le champ sanitaire, et non celui de l'action sociale, et qui a trait au contexte et à la manière différente dont

⁶⁰ Par exemple lorsque la performance est érigée en critère qui déterminerait non seulement les budgets de la structure mais aussi les salaires individuels des personnels.

⁶¹ Analyses qui sans doute ne tenaient pas suffisamment compte des attentes des usagers et ne les faisaient pas assez participer à la définition de leurs besoins et à la détermination des réponses adéquates, que ce soit individuellement dans les projets de chacun ou collectivement dans l'élaboration des schémas d'équipement ou des politiques nationales.

⁶² BLANC Paul " *Compensation du handicap : le temps de la solidarité* ", rapport d'information n° 369, 2002.

⁶³ Idée tellement généreuse qu'elle ne verra peut-être pas de concrétisation...

⁶⁴ Pour un parallèle qui nous semble fécond, nous renvoyons aux analyses critiques qu'avait développé Pierre BOURDIEU sur les effets préoccupants des mesures « d'aide à la personne » au détriment des « aides à la pierre » en matière de politique du logement.

l'évaluation a été amenée dans les deux secteurs. En effet, l'impératif d'évaluer la qualité arrive dans des structures hospitalières en souffrance, sous des contraintes réglementaires et économiques croissantes, et à une époque où la disponibilité du personnel est moindre (difficultés de recrutement d'infirmières et de certaines catégories de médecins, effets de la réduction du temps de travail). Il est alors difficile de vaincre le scepticisme des professionnels qui se voient imposer dans un contexte économique défavorable, des contraintes supplémentaires dans leur exercice⁶⁵. De ce point de vue, la situation est beaucoup moins difficile dans l'action sociale où l'évaluation est venue plus progressivement, a largement pu être expérimentée avant de devenir une obligation légale, et laisse davantage d'ouverture aux structures (puisqu'il n'y aura, semble-t-il pas d'imposition d'un référentiel et d'organisme d'évaluation externe unique).

Ce temps « d'apprivoisement » de l'idée d'évaluation de la qualité semble avoir beaucoup compté dans l'évolution des mentalités des professionnels de l'action sociale, et il a permis le développement de nombreuses initiatives en matière de propositions d'outils d'évaluation de la qualité.

Pour l'heure, la démarche évaluative suscite toujours des réactions diverses dans le secteur : il y a ceux qui la récusent complètement (devenus rares), ou du moins affichent un grand scepticisme ; ceux qui s'enthousiasment et manifestent une confiance immodérée dans tout ce qui se présente comme méthode d'évaluation ; ceux qui en ont compris le caractère inéluctable sans s'y précipiter pour autant, préférant attendre de voir arrêter précisément le dispositif réglementaire en la matière ou préférant prudemment ne pas être les premiers à expérimenter telle ou telle méthode ; ceux, enfin, qui ont saisi l'intérêt d'une telle démarche et se sont informés pour choisir la méthode et le référentiel qui leur conviennent le mieux et n'attendent pas l'obligation légale pour s'y lancer.

Il semble que dans leur majorité, les acteurs du champ médico-social (usagers, professionnels, employeurs, autorité de contrôle et de financement) revendiquent cette exigence de qualité (pour des motifs d'ailleurs contradictoires comme on a pu le voir). Cette attente, révélatrice du tournant historique que connaît ce secteur, ne peut se satisfaire de formes diverses d'auto-justifications mais relève de la qualité objectivement attestée. Et si ce n'est pas sans inquiétude que les professionnels ont vu le législateur opter pour l'évaluation externe, c'est dans leur grande majorité en en admettant la légitimité, voire l'utilité.

Il apparaît qu'il y a aujourd'hui un accord pour vérifier si l'on met bien en œuvre dans les structures l'obligation de moyens à laquelle on est tenu, mais persiste, comme dans le champ sanitaire, la crainte de glisser vers une obligation de résultats.

Si l'évaluation a pu être envisagée avec suspicion et que des inquiétudes demeurent, elle apparaît plus souvent aujourd'hui comme une bonne occasion pour faire le point. Certains professionnels y voient même un moyen de mettre en valeur la complexité de leurs activités et la réalité de leurs compétences, parfois mises en doute à une époque où le Travail Social subit une crise de légitimité.

Quoi qu'il en soit, le débat sur une évaluation pour qui et pour quoi faire est loin d'être clos.

e) L'évaluation de la qualité devenue une obligation légale

Le passage de l'évaluation, comme préoccupation à l'évaluation, comme obligation, s'est fait de manière décalée au sein des trois secteurs qui nous intéressent. C'est d'abord dans le secteur sanitaire que l'autorité publique a imposé l'évaluation de la qualité, puis une partie du secteur médico-social a été concernée (celle des établissements pour personnes âgées dépendantes), et enfin, c'est très récemment que le législateur a introduit l'obligation d'évaluer dans le reste du secteur médico-social (celui concernant les personnes handicapées ou inadaptées) et le secteur social (celui concernant les personnes en difficulté : protection de l'enfance, personnes en difficulté sociale ou en situation d'exclusion).

Nous évoquerons les repères législatifs instaurant cette obligation d'évaluation en pointant les principales différences d'approches.

Pour ce qui concerne le sanitaire, on peut considérer que le concept d'évaluation de la qualité des soins apparu en France dans les années 70, et que la volonté politique de voir se développer l'évaluation de la qualité des soins hospitaliers se sont concrétisées au début des années 80 par une lettre du Ministère de la

⁶⁵ Alors que dans leur ensemble, les professionnels de la santé étaient tout aussi réticents, sinon plus, à l'idée d'une évaluation obligatoire de la qualité.

Santé aux présidents des CME (Commissions Médicales Consultatives) des hôpitaux publics, préconisant une réflexion générale sur l'évaluation, ses méthodes et les structures nécessaires. Puis, la loi du 31 janvier 1984 a institué la production annuelle par la CME d'un « *rapport sur l'évaluation de la qualité des soins dispensés dans l'établissement qui est transmis au Conseil d'Administration et au Comité Technique Pari-taire* ». Un Comité National de l'Evaluation Médicale est créé par décret le 3 juin 1987. Suite aux conclusions du rapport ARMOGATHE en 1989⁶⁶, le ministre de la santé crée l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale), chargée d'expérimenter l'évaluation dans les établissements hospitaliers qui deviendra en 1996 l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) avec l'ordonnance, dite ordonnance Juppé.

La loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991 retenait déjà plusieurs dispositions ambitieuses concernant l'évaluation de la qualité des soins :

- « *Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité* » (Art L.710-3)
- « *Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience. L'évaluation des pratiques médicales doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art.* » (Art L. 710-4)
- « *Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité. Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes des prises en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins.* » (Art L. 710-5)

La mise en place du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), contemporaine de l'instauration du budget global pour les établissements hospitaliers publics⁶⁷, a constitué le principal outil d'une évaluation essentiellement restée dans une optique d'allocation des ressources (bien que l'outil recèle d'autres potentialités). Concernant les soins eux-mêmes, se développaient dans certains domaines des évaluations cliniques comparant à l'aide de critères déterminés les pratiques de soins à des références admises par la communauté médicale, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et les résultats obtenus, avec l'objectif d'améliorer les soins.

L'évaluation de la qualité, du moins une certaine évaluation de la qualité, débutera véritablement avec la réforme Juppé qui demande « *à tous les établissements sanitaires, publics et privés, de procéder à une évaluation dénommée accréditation, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, sur leurs pratiques cliniques et sur les résultats de leurs différents services et activités* »⁶⁸. Cette accréditation, conduite par l'ANAES, est une évaluation externe visant à apporter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement et portant sur « *l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques* ». Engagée à l'initiative de l'établissement, « *cette procédure d'accréditation est obligatoire pour tous les établissements de santé dans un délai de 5 ans à compter de la publication de l'ordonnance, sa finalité étant d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* ».⁶⁹

L'accréditation est une procédure d'évaluation de la qualité, née aux Etats-Unis, qui a été inspirée en France par les travaux du conseil canadien d'agrément des établissements de santé. Elle prend en compte la satisfaction des patients⁷⁰, mais contrairement à l'ambition du texte, elle porte sur des processus et non

⁶⁶ ARMOGARTHE Jean-François « *Pour le développement de l'évaluation médicale : rapport au Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale* », Documentation Française, Paris, 1989, 204 p.

⁶⁷ C'est-à-dire décidé en 1984, mais de fait entré en phase opérationnelle en 1995, et étendu aux établissements privés en 1996.

⁶⁸ L'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 et le décret d'application du 7 avril 1997.

⁶⁹ L'application de ces dispositions s'avère longue à mettre en place : fin 2000, seulement 10 % des établissements avaient entamé la procédure d'accréditation dans laquelle ils devaient s'engager avant avril 2001 et qu'ils devront renouveler tous les 5 ans.

⁷⁰ « *La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation définie à l'article L 710-5* » (article L 710-1-1 de l'ordonnance du 24 avril 1996).

des résultats. Elle est dans son principe indépendante de l'autorisation et du contrôle des établissements. Elle vise surtout l'amélioration de la sécurité et de la qualité des services rendus.

L'ANAES a élaboré un manuel d'accréditation qui sert de base à cette procédure, d'abord en étant utilisé par les équipes pour une évaluation interne, ensuite pour la visite d'accréditation. Le manuel d'accréditation explore trois grands chapitres (1. le patient et sa prise en charge ; 2. le management, la gestion et la logistique ; 3. la qualité et la prévention) qui fixent chacun des objectifs de qualité à atteindre. Lors de la visite d'accréditation, 3 à 6 « visiteurs » selon la taille de l'établissement⁷¹, confrontent le rapport d'auto-évaluation à leurs propres investigations (consultation de documents, observations directes, rencontres avec des membres du personnel et des patients). Ils rédigent ensuite un rapport avec leurs observations, recommandations et éventuelles réserves, qui peuvent être contestées par l'établissement avant que le collège d'accréditation n'établisse le rapport définitif dont un compte rendu sera rendu public. Contrairement à une inspection, les réserves, même majeures, n'ont pas de portée coercitive (les visiteurs ayant cependant l'obligation de signaler des défaillances mettant en jeu la sécurité des patients).

De son côté, le secteur des personnes âgées a également vu s'instaurer l'obligation légale d'évaluer. La loi du 24 janvier 1997 relative à la prestation dépendance, puis le décret du 26 avril 1999 sur la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes (instaurant l'allocation personnalisée d'autonomie) en font mention. Des démarches d'auto-évaluation et d'amélioration continue de la qualité doivent être inscrites dans les conventions établies entre chaque établissement, l'assurance maladie et le Conseil Général sur la base d'un cahier des charges, et un référentiel est recommandé (Angélique). A ce stade, il ne s'agit pas d'une procédure d'évaluation externe.

Après l'accréditation dans le sanitaire et l'auto-évaluation dans le secteur des personnes âgées, le tour de l'action sociale est donc arrivé. La configuration politique s'avère très différente et l'on verra que le terme d'accréditation n'est pas retenu (sans doute parce que mal vu dans le secteur, car associé à une sanction et à des pratiques de gestion. Une évaluation externe est cependant bel et bien mise en place), alors que l'idée d'une agence nationale à l'instar de l'ANAES, est repoussée, sans doute parce que ses conséquences seraient trop onéreuses pour le budget de l'Etat. La loi crée un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, chargé de valider ou d'élaborer les bonnes pratiques professionnelles, et de donner son avis sur le cahier des charges et sur les organismes habilités. Par ailleurs, l'imposition d'un outil unique (comme le manuel d'accréditation ou la grille Angélique) n'a pas paru possible ou opportun.

Pour éclairer la question, il faut revenir un peu en arrière. Deux textes, adoptés à la même date du 30 juin 1975, structurent l'essentiel du secteur social et médico-social : la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales. Ni l'une, ni l'autre ne prévoyait la moindre évaluation, les institutions étant unique-ment soumises au contrôle témoignant de leur conformité à la réglementation.

Ces deux lois fondatrices ont connu plusieurs retouches, dont l'une a été l'occasion d'une timide apparition de l'évaluation (la loi du 6 janvier 1986 intégrant les principes de la décentralisation) : l'évaluation des actions conduites est préconisée à propos des conditions d'élaboration des schémas départementaux de planification des équipements, mais aucun dispositif spécifique n'est prévu à cet effet.

La révision de ces deux lois est en passe d'opérer une véritable refondation du secteur⁷². La loi relative aux institutions adoptée le 2 janvier 2002 entend donner une véritable impulsion à l'évaluation avec comme objectif principal d'obtenir la garantie que les droits et les attentes des usagers sont bien au centre des préoccupations des professionnels⁷³. Quant à la réforme de la loi concernant les personnes handicapées, actuellement en chantier, elle prévoit d'élargir le champ des droits, notamment en les ouvrant à la compensation des conséquences du handicap.

L'évaluation devient donc incontournable pour les quelques 25 000 établissements et services sociaux et

⁷¹ Les visiteurs comprennent nécessairement un médecin, un soignant et un gestionnaire.

⁷² BAUDURET Jean-François et JAEGER Marcel « *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoire d'une refondation. Pour comprendre la loi du 2 janvier 2002* », Dunod, Paris, 2002.

⁷³ Le renforcement du droit des usagers correspond à l'idée de passer d'un modèle protecteur, qui maintient les personnes dans l'assistance et la dépendance aux institutions, à un modèle promoteur qui vise à développer les potentialités des usagers et à les accompagner, autant que possible, dans une dynamique de participation sociale. Pour donner corps à ces droits, plusieurs outils deviennent obligatoires : projet d'établissement, livret d'accueil, charte des droits et libertés, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, conseil de la vie sociale, possibilité de recours à des personnes qualifiées pour faire valoir ses droits.

médico-sociaux (dont une part importante de maisons de retraite). La loi prévoit deux évaluations de la qualité des activités et des prestations délivrées par les structures : une évaluation interne tous les 5 ans à mener au regard de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées, et une évaluation externe, réalisée tous les 7 ans par un organisme tiers habilité. Les décrets d'application préciseront prochainement la manière dont s'organisera le dispositif⁷⁴.

Les résultats de ces deux évaluations seront communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Par ailleurs, les autorisations de fonctionnement ne sont plus données à durée indéterminée, mais sont valables 15 ans, durant lesquels les structures seront donc évaluées à deux reprises⁷⁵.

La loi du 2 janvier 2002 tente de mettre en cohérence besoins sociaux et services rendus en posant également une amélioration de la planification : l'adéquation entre les besoins et les réponses doit être améliorée par le renforcement des schémas d'organisation territoriale des équipements⁷⁶.

Après un débat serré sur l'opportunité d'imposer une évaluation externe, le dispositif final adopté ressemble à une quasi accréditation, à ceci près que le lien entre l'évaluation de la qualité et l'existence même de l'établissement est plus clairement établi, ainsi que l'évoque Marcel JAEGER : « *Ces questions ont un enjeu décisif pour l'avenir des établissements et services, puisque le renouvellement de l'autorisation tous les 15 ans est désormais exclusivement subordonné aux résultats des évaluations. C'est là un des changements les plus radicaux introduits par la loi du 2 janvier 2002. Outre que les institutions sont désormais mortelles et que leur devenir est conditionné par la démonstration de leur utilité sociale, le législateur a prévu un chaînage entre planification – programmation – évaluation – autorisation – financement* ». ⁷⁷

D'après les textes régissant le champ sanitaire, l'accréditation est dite indépendante de l'autorisation de fonctionnement et de l'attribution des moyens budgétaires, mais le rapport d'accréditation est adressé à l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) qui délivre ou retire les autorisations de fonctionner, attribue les budgets et signe des contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements : le rapport d'accréditation n'est transmis à l'ARH que pour information, la loi précisant que l'ARH ne peut contraindre directement l'hôpital à corriger les défauts observés que si la sécurité des malades est en cause. Ceci étant, en cas de problèmes graves, on voit mal pourquoi l'ARH ne s'appuierait pas sur les réserves contenues dans un rapport d'accréditation pour fermer un établissement. Et on voit mal également comment l'attribution du financement ne tiendrait pas compte à terme des critères de qualité des soins, que ce soit pour sanctionner un établissement défaillant ne cherchant pas à se réformer ou pour donner un coup de pouce aidant à remédier aux problèmes constatés⁷⁸.

En revanche, dans le secteur des personnes âgées, le lien entre financement et qualité est plus clair : le cahier des charges assurant la qualité des services aux personnes âgées doit permettre de définir, dans les conventions entre les maisons de retraite et le Conseil Général, « *les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil* » (arrêté du 26 avril 1999). Les conventions de financement seront donc négociées sur la base des résultats de l'évaluation de la qualité des prestations. Il est d'ailleurs prévu que des fonds soient orientés

⁷⁴ Le projet de décret prévoit que le conseil soit divisé en 4 sous-sections thématiques : exclusion, personnes âgées, handicapés et enfance-famille qui valideront sans doute les outils correspondant à leur champ s'ils existent, ce qui n'est pour l'heure pas le cas dans le champ de l'exclusion. Quant aux organismes habilités à pratiquer les évaluations externes, c'est pour l'heure la grande inconnue.

⁷⁵ Signalons au passage, que le contrôle des structures par les services de l'Etat est renforcé, en précisant davantage le contenu des inspections et les rôles respectifs des médecins inspecteurs de santé publique et des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales.

⁷⁶ Afin de favoriser la lisibilité des actions et la communication entre diverses instances, est visée une mise en œuvre concertée de systèmes d'information, organisés notamment sous la forme de tableaux de bord, compatibles entre eux et s'intégrant dans un réseau commun d'information.

⁷⁷ « *La loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale et les enjeux de l'évaluation des institutions* », La nouvelle revue de l'AS, n° 20, 4^{ème} trimestre 2002.

⁷⁸ Dans le cadre de la réduction des inégalités régionales de santé, le HCSP a mené ce débat sur l'hypothèse de financer les hôpitaux proportionnellement à la qualité des services offerts, calqué sur le système de calcul des budgets sur la valeur du point ISA. Cette formule n'a pas été retenue, la redistribution des moyens sur la base de l'activité étant déjà très limitée.

vers des actions précises à entreprendre : à toute convention devront être assorties des actions à même de réduire les insuffisances relevées dans le diagnostic établi.

Restera à terme la question de l'évaluation, de l'évaluation telle qu'elle a été conçue et appliquée. Ainsi, peut-on se demander si l'accréditation est efficace et suffisante pour améliorer la qualité. Alors que 80 % des hôpitaux sont accrédités aux Etats-Unis, un rapport met en évidence que 100 000 décès de patients hospitalisés surviennent tous les ans à cause de « medical errors » (terme générique pour désigner les erreurs liées aux activités de l'ensemble des professionnels de soins) dont une partie pourrait être évitée⁷⁹. La question se pose de la même façon dans de nombreux pays, quelle que soit l'ancienneté de leur système d'accréditation, laissant penser que l'accréditation, telle qu'elle est réalisée, n'est sans doute qu'un élément vers davantage de qualité qui doit être complétée par d'autres solutions. Centrée sur les procédures, n'évaluant ni les besoins, ni les résultats, l'accréditation offre nécessairement une évaluation très partielle de la qualité du dispositif sanitaire.

Comme l'indiquait Jean-Yves BAREYRE avant que la loi ne soit votée : « *La principale « dissidence » logique introduite par le projet de loi rénovant l'action sociale (dissidence d'ailleurs annoncée quelques 10 ans plus tôt par la réforme des Annexes XXIV) concerne certainement le fait de mettre la personne au centre ou au cœur des dispositifs d'action sociale. Concevoir des réponses sociales à partir de l'analyse de la situation des personnes implique de mettre en avant l'évaluation en continu de ceux-ci. C'est rompre avec une logique d'équipement pour entrer dans une logique de services. C'est donc aussi placer en aval une évaluation de la qualité des services rendus en fonction de cette évaluation des besoins. La qualité n'est donc pas « une tâche en plus », un changement technique, une réforme isolée d'autres aspects de l'action sociale, elle s'intègre à une nouvelle manière de penser le social.* »⁸⁰

Pour sa part, l'autre loi cadre de l'action sociale, la loi contre les exclusions (loi du 26 juillet 1998) comporte peu de dispositions précises à l'égard de l'évaluation, mais elle met clairement en inter-action l'évaluation des besoins et l'évaluation des ressources. Elle prévoit que les régions réfléchiront régulièrement aux moyens humains et aux formations nécessaires pour assurer les services nécessaires (avec la volonté de mettre en œuvre des schémas régionaux des formations sociales tous les 5 ans).

Juridiquement très en retard, du fait qu'elle constitue le dernier secteur à faire l'objet d'une obligation d'évaluation, l'action sociale bénéficie cependant d'un contexte de mise en place plutôt favorable, puisqu'on a vu qu'elle alliait une tradition de réflexivité interne, une maturation progressive face à l'arrivée de l'obligation évaluative et, a priori, une relative souplesse dans la mise en place ; et ce, pour une évaluation capitale, puisqu'elle met en jeu l'existence même des structures, de par sa connexion aux renouvellements d'autorisation de fonctionner.

⁷⁹ Cité par GOLDBERG James, SEGOUIN Christophe et BRUNEAU Charles « *Système d'accréditation hospitalière : comparaison et évolution* », Actualité et dossier en santé publique, n° 35, juin 2001.

⁸⁰ Entretien avec Philippe DUCALET, Dossier du SNASEA, n° 47, avril 2001.