

SESSION 2011

---

**CAPET**  
**CONCOURS EXTERNE**  
**ET CAFEP**

**Section : SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO-SOCIALES**

**ÉCRIT 1**  
**ÉPREUVE DE SYNTHÈSE**

Durée : 5 heures

---

*L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique (y compris la calculatrice) est rigoureusement interdit.*

*Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.*

*De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.*

**NB : Hormis l'en-tête détachable, la copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.**

**Tournez la page S.V.P.**

« Le développement d'une culture de l'évaluation créera progressivement les conditions d'une appropriation des outils économiques. Il deviendra alors possible de déployer toutes les potentialités de l'évaluation, y compris celle de fonder sur de meilleures bases l'affectation de ressources publiques limitées aux différents objectifs de santé. Le respect des exigences indissociables de rigueur et de transparence, de pluralisme et de pluridisciplinarité, permettra ainsi à l'évaluation de remplir son objectif ultime : au-delà du jugement sur le passé, orienter l'évolution des politiques. »

Source : CASES Chantal, GREMY Isabelle et PERRET Bernard, *L'évaluation en santé publique*, In Revue ADSP n°69, décembre 2009, p17.(extrait)

« Les établissements et services [sociaux et médico-sociaux] procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. [...]

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

Source : *Evaluation et systèmes d'information*, Article L312-8 Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 124, Code de l'action sociale et des familles, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr), consulté le 11 juin 2010.(extrait)

**1.1. Montrez en quoi le contexte de la société contemporaine a permis d'imposer progressivement la culture de l'évaluation en matière de santé publique et d'action sociale.**

**1.2. Analyser l'impact de cette culture de l'évaluation dans la mise en œuvre des politiques sociales et de santé.**

**Annexes :**

- **Annexe 1** : Avis, recommandations et rapports du HCSP d'octobre 2009 à janvier 2010, revue ADSP n°69, décembre 2009 p 6-7. Extraits.
- **Annexe 2** : CONTANDRIOPOULOS André-Pierre, CHAMPAGNE François, SICOTTE Claude et SAINTE-MARIE Geneviève , *L'évaluation de la performance au service d'un pilotage décentralisé du système de santé* , In revue ADSP n°69, décembre 2009, pp21 à 26. Extraits.
- **Annexe 3** : Article 24 de la constitution Française du 4 octobre 1958 / Conseil constitutionnel. Décision n°2009-581 DC du 25 juin 2009. [www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr)
- **Annexe 4** : Enquête nationale 2008 auprès des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux ( ANESM ), extrait. <http://www.anesm.sante.gouv.fr>
- **Annexe 5** : GRANGER Emmanuel, *Evaluation : éclairage sur des débuts laborieux*, IN ASH n° 2651, 19/03/2010.

## ANNEXE 1 : Avis, recommandations et rapports du Haut Conseil de la santé publique ( extraits )

### Avis :

20 OCTOBRE 2009

● **Avis relatif aux mesures d'hygiène pour la réalisation de la vaccination antigrippale A (H1N1) v présentée en flacon multidose (Pandemrix®)**

La réalisation du vaccin antigrippal A (H1N1) v en présentation multidose, actuellement mis à disposition des établissements de santé pour la vaccination des professionnels de santé, nécessite, d'une part, une opération préalable de reconstitution pour ajouter l'adjuvant et, d'autre part, l'injection successive des différentes doses de vaccin.

Le Haut Conseil de la santé publique rappelle l'intérêt du respect des précautions d'hygiène afin de prévenir un éventuel risque infectieux.

20 OCTOBRE 2009

● **Recommandations sur la prise en charge et la prévention des infections cutanées liées aux souches de Staphylocoque aureus résistant à la méticilline communautaire**

Le SARM Co (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline, dit communautaire) est responsable dans la grande majorité des cas d'infections cutanées. Le caractère hautement pathogène de cette bactérie, sa virulence et son potentiel de diffusion rapide au sein des collectivités ont amené plusieurs pays comme les États-Unis, la Grande-Bretagne et le Canada à la rédaction de recommandations pour mieux maîtriser sa propagation et pour la prise en charge thérapeutique et préventive.

Le ministère de la Santé a saisi le Haut Conseil de santé publique et, à travers lui, la commission spécialisée Sécurité des patients (CsSP) pour établir des recommandations françaises.

### Rapports :

12 NOVEMBRE 2009

● **La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladies chroniques**

Par leur caractère durable et évolutif, les maladies chroniques engendrent des incapacités et difficultés personnelles, familiales, professionnelles et sociales importantes. Elles constituent un véritable défi d'adaptation pour les systèmes de santé, qui ont été conçus et développés pour répondre à la prise en charge de maladies aiguës, aussi bien dans leur mode de pensée, d'organisation, que de financement. Le dispositif médico-administratif dit des affections de longue durée (ALD), qui vise à gérer la prise en charge, tant médicale que financière de ces maladies, est progressivement devenu inadapté : aujourd'hui, il ne permet pas de constituer une base d'amélioration des pratiques, ni de respecter la maîtrise des dépenses de santé, ni d'assurer une équité de répartition des restes à charge.

Le système de santé s'est engagé, depuis de nombreuses années, dans des réformes structurelles visant à mieux organiser cette prise en charge, et en 2007 un ambitieux Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques a été lancé, qui doit être décliné jusqu'en 2011. Dans cette perspective, le Haut Conseil de la santé publique propose des recommandations visant à accompagner, renforcer ou proposer des mesures adaptées au regard des enjeux.

12 NOVEMBRE 2009

● **L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours**

L'éducation thérapeutique aide les personnes atteintes de maladies chroniques et leur entourage à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Pour bon nombre de pathologies, il est démontré que l'éducation thérapeutique des patients améliore l'efficacité des soins et permet de réduire la fréquence et la gravité des complications.

À côté des programmes - qui évoquent un processus limité dans le temps, dont le contenu et le déroulement sont précisés à l'avance -, il existe une éducation thérapeutique intégrée à la pratique des professionnels de premier recours, en particulier à celle du médecin traitant. Ce

rapport s'attache à la décrire et à identifier les mesures qui permettront son développement et son articulation avec les programmes mis en œuvre par diverses structures.

12 NOVEMBRE 2009

● **Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité**

Les inégalités sociales de santé (ISS) existent à un niveau élevé dans notre pays et ont tendance à s'accroître. Elles traversent l'ensemble de la population française selon un gradient continu, dans lequel la situation des populations en situation de précarité représente l'extrême. Elles témoignent du fait que si les politiques publiques de santé se sont traduites par une amélioration de l'état de santé moyen, parallèlement les écarts sociaux se sont creusés.

Certains pays européens ont déjà mis en œuvre des politiques explicites pour réduire les ISS. L'enjeu actuel est la mise en œuvre en France d'un plan de réduction de ces inégalités.

Dans ce rapport, le Haut Conseil de la santé publique souligne le rôle majeur des déterminants socio-économiques, tout en rappelant les enjeux liés à l'impact des évolutions du système de soins sur les inégalités sociales de santé, et formule une série de propositions en termes d'objectifs, de conditions à remplir pour suivre les évolutions et de mise en place d'interventions et de politiques publiques.

11 DÉCEMBRE 2009

● **Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique**

En 2004, une annexe de la loi pour une politique de santé publique présentait les cent objectifs du gouvernement, associés à des indicateurs permettant au HCSP d'évaluer leur atteinte.

Mandaté par cette même loi pour contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, le HCSP recommande de conserver une telle démarche en l'améliorant et fait des préconisations pour la prochaine loi de santé publique.

## **ANNEXE 2 :**

### **Extrait :**

#### **« L'évaluation de la performance au service d'un pilotage décentralisé du système de santé »**

Les outils nécessaires pour piloter les transformations requises des systèmes de santé, en France, au Québec, comme dans tous les pays développés, font l'objet de discussions et d'efforts considérables. Partout, les effets conjugués du développement des connaissances et des techniques, du vieillissement de la population et de la dégradation de l'environnement créent de nouvelles demandes pour les systèmes de santé. La crise qui résulte de la rencontre de ces deux mouvements oblige à proposer des réformes majeures des systèmes de santé. Ces réformes visent toutes à améliorer l'intégration des soins ? Elles proposent de nouvelles instances se situant entre, d'une part, le niveau micro où les activités cliniques des professionnels se déroulent sans véritable coordination dans des organisations peu articulées les unes avec les autres et, d'autre part, le niveau macro où se prennent les décisions stratégiques (l'Etat, le ministère de la Santé) . Ces instances visent, sur un territoire donné, à coordonner les ressources pour permettre à toute la population d'avoir accès de façon efficiente à des services de qualité ; exemples : au Québec, la loi 25 qui a créé des centres de santé et de services sociaux. En France, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » qui crée les agences régionales de santé (ARS) « *pour renforcer résolument le pilotage territorial de notre système de santé* » et exercer, en reprenant les termes du Rapport Ritter « *un pilotage territorial unifié et responsabilisé tant en matière de politique de santé que de maîtrise des dépenses* ».

L'implantation de ces instances régionales consacre l'existence d'un pilotage décentralisé du système de santé. Elle implique une redistribution importante des responsabilités entre les différents niveaux du système de santé et elle oblige à concevoir de nouveaux outils pour permettre aux décideurs d'exercer leurs responsabilités et, en particulier, de nouveaux systèmes d'évaluation de la performance des instances régionales, des établissements et des projets cliniques pour pouvoir donner un sens aux réformes en cours, pour orienter les changements et pour gérer de façon responsable.

A partir des études que nous menons au Québec, nous montrons qu'il est utile de concevoir les systèmes régionaux de santé et les organisations qui les composent comme des systèmes organisés d'actions complexes qui s'emboîtent et qui s'articulent les uns avec les autres, et qu'il est possible d'évaluer de façon globale et intégrée la performance de ces systèmes complexes de façon à produire des informations utiles pour les différents preneurs de décisions, aux différents niveaux où ils exercent leurs fonctions. L'idée maîtresse qui a guidé nos travaux réside dans le fait que l'utilité d'une évaluation est d'autant plus grande qu'il existe une forte adéquation entre la complexité de l'intervention à évaluer et le dispositif d'évaluation choisi.  
[...]

ANNEXE 3 : Article 24 de la constitution Française du 4 octobre 1958 / Conseil constitutionnel.

Décision n°2009-581 DC du 25 juin 2009

**3.1 : Article 24 de la constitution Française du 4 octobre 1958.**

**Titre 4 : Le parlement**

**Art. 24.** - Le Parlement vote la loi. Il contrôle l'action du Gouvernement. Il évalue les politiques publiques.

Il comprend l'Assemblée nationale et le Sénat.

Les députés à l'Assemblée nationale, dont le nombre ne peut excéder cinq cent soixante-dix-sept, sont élus au suffrage direct.

Le Sénat, dont le nombre de membres ne peut excéder trois cent quarante-huit, est élu au suffrage indirect. Il assure la représentation des collectivités territoriales de la République.

Les Français établis hors de France sont représentés à l'Assemblée nationale et au Sénat.

**3.2 : Conseil constitutionnel. Décision n°2009-581 DC du 25 juin 2009**

*(Considérants 57 et 58)*

(...)

En ce qui concerne l'article 129 de la résolution :

**57.** Considérant que l'article 129 de la résolution insère, dans la première partie du titre III du règlement, un chapitre VII comportant les articles 146-2 à 146-7 ; que l'article 146-2 institue un comité permanent d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, détermine sa composition et définit les modalités de vote en son sein ; que l'article 146-3 fixe son champ de compétence, détermine les conditions de sa saisine et son mode de fonctionnement ; qu'il dispose, en particulier, dans son quatrième alinéa, que le comité peut demander l'assistance de la Cour des comptes pour l'évaluation des politiques publiques, ainsi que le concours d'experts extérieurs à l'Assemblée ; qu'il prévoit également, dans son sixième alinéa, que la présentation des rapports est organisée en présence des responsables administratifs de la politique publique concernée et donne lieu à un débat contradictoire ; qu'il dispose, dans son septième alinéa, que les recommandations du comité sont transmises au Gouvernement et, dans son huitième alinéa, qu'à l'issue d'un délai de six mois ces recommandations peuvent faire l'objet d'un rapport de suivi ; que l'article 146-4 dispose que le comité reçoit communication des conclusions des rapports d'information réalisés par les missions d'information communes et par les rapporteurs spéciaux de la commission chargée des finances ; que les articles 146-5 et 146-6 donnent la possibilité audit comité d'être saisi des documents qui rendent compte de l'étude d'impact joints à un projet de loi déposé, ainsi que des amendements d'origine parlementaire aux fins de réaliser une étude d'impact ; que l'article 146-7 permet au comité de faire des propositions à la Conférence des présidents concernant l'ordre du jour de la semaine de contrôle visée au quatrième alinéa de l'article 48 de la Constitution ;

**58.** Considérant, en premier lieu, qu'aux termes de l'article 20 de la Constitution : " Le Gouvernement détermine et conduit la politique de la Nation. - Il dispose de l'administration et de la force armée. - Il est responsable devant le Parlement dans les conditions et suivant les procédures prévues aux articles 49 et 50 de la Constitution " ; qu'aux termes du premier alinéa de l'article 24 de la Constitution : " Le Parlement... contrôle l'action du Gouvernement. Il évalue les politiques publiques " ; que, dès lors, d'une part, les missions du comité ne peuvent porter que sur le contrôle de l'action du Gouvernement et l'évaluation des politiques publiques ; que, d'autre part, elles consistent en un simple rôle d'information contribuant à permettre à l'Assemblée nationale d'exercer son contrôle sur la politique du Gouvernement et d'évaluer les politiques publiques, dans les conditions prévues par la Constitution ; qu'ainsi, dans le sixième alinéa de l'article 146-3, les mots : " et donne lieu à un débat contradictoire dont le compte rendu est joint au rapport " doivent être déclarés contraires à la Constitution ;

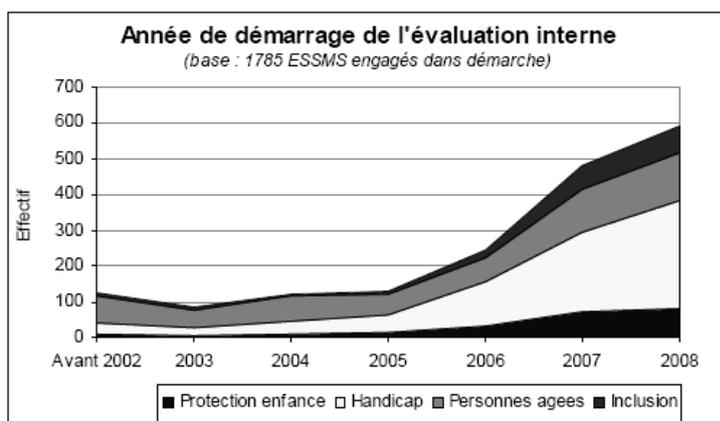
**Tournez la page S.V.P.**

**Annexe 4 : Enquête nationale 2008 auprès des établissements et services sociaux et médico-sociaux.**  
(ANESM) Extraits.

### 3. L'avancement de la démarche d'évaluation interne

#### 3.1 L'entrée dans la démarche

Globalement, depuis 2007, année de création de l'Agence, on observe une **accélération de l'entrée dans la démarche d'évaluation interne**.



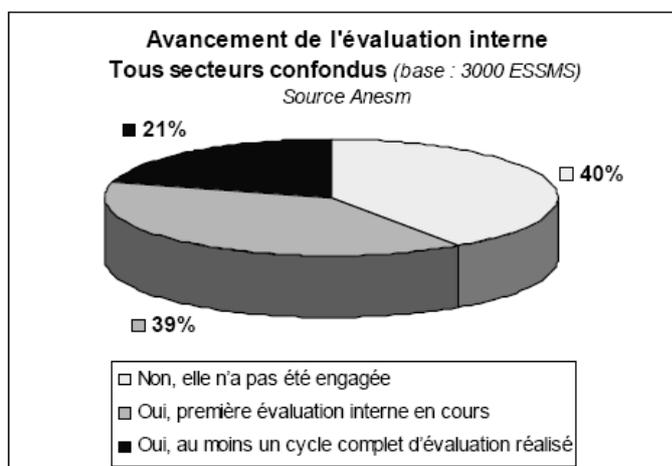
- Jusqu'en 2006, chaque année, un peu moins de 5% des structures enquêtées initiaient leur évaluation interne.
- En 2007, 16% et en 2008, 20% des structures enquêtées s'engageaient dans la démarche.

L'Agence a ainsi favorisé directement ou indirectement l'engagement des établissements et services dans la démarche d'évaluation interne.

#### 3.2 Le niveau d'avancement

**60% des ESSMS ont engagé leur démarche d'évaluation interne :**

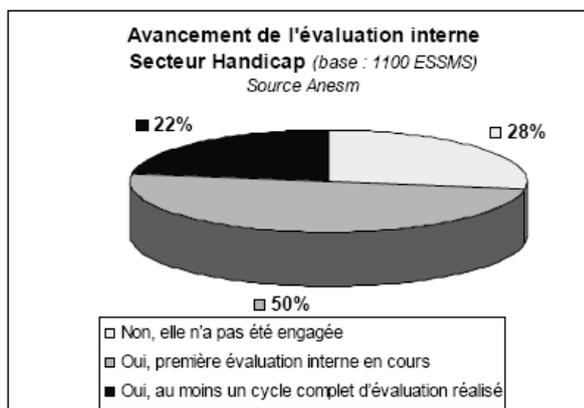
- 21% déclarent avoir achevé au moins un cycle complet d'évaluation interne ;
- 39% réalisent actuellement leur première évaluation interne.



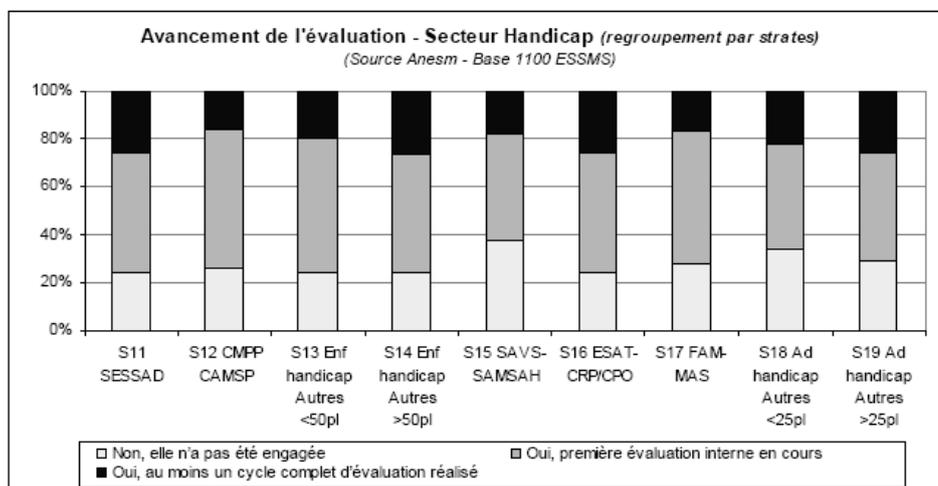
**Des disparités existent entre les 4 grands secteurs**

Secteur Handicap, enfants et adultes

- **72%** des 1 100 structures enquêtées sont engagées dans la démarche d'évaluation interne.

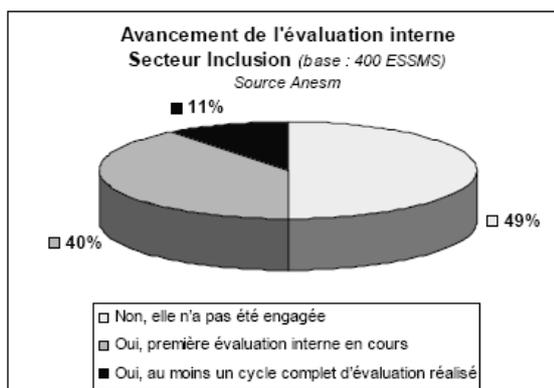
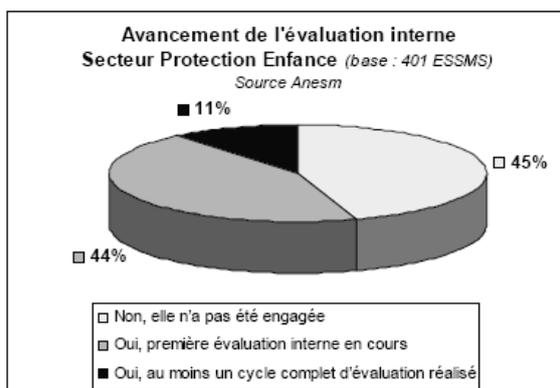


- S'agissant des différentes strates du secteur, le niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne est **assez homogène**.



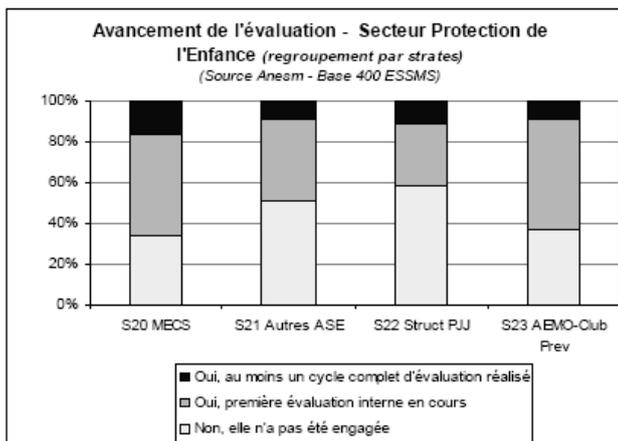
Secteurs Protection de l'enfance et Inclusion

- Plus de **50%** des structures sont engagées dans la démarche d'évaluation interne.



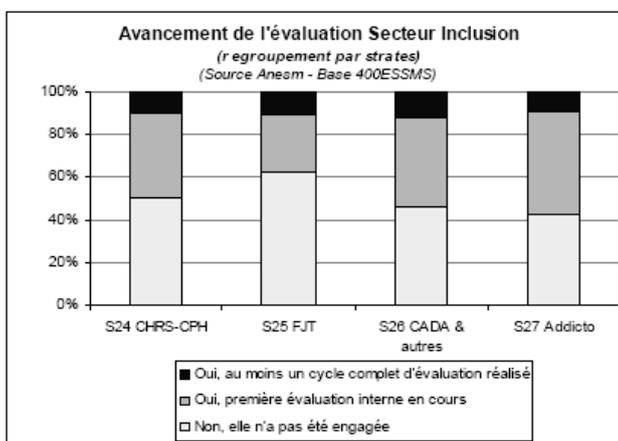
Secteur Protection de l'enfance

- Le niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne est assez **hétérogène** dans les strates du secteur.

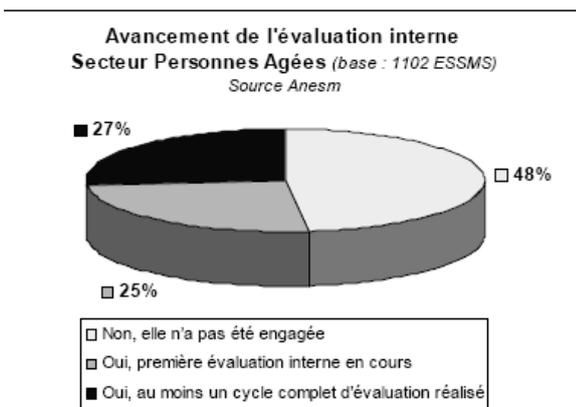


Secteur Inclusion

- Le niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne est assez **homogène** dans les strates du secteur - à l'exception des foyers jeunes travailleurs (strate S25) qui présente un niveau d'avancement en retrait (38% se sont engagés dans la démarche contre 54% en moyenne pour les 3 autres strates de ce secteur).



Secteur Personnes âgées

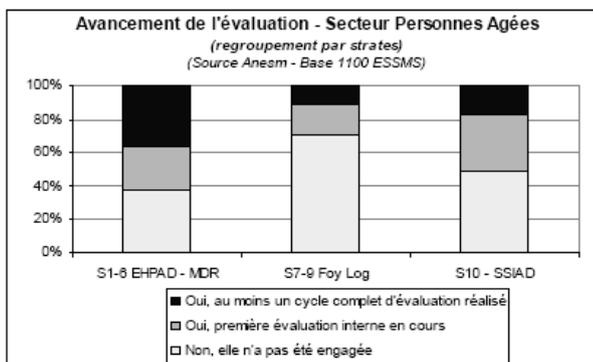


- L'obligation de mettre en œuvre l'outil *Angélique* dans le cadre des conventions tripartites explique le niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne. Ainsi, **62%** des 650 structures des strates correspondant aux Ehpad sont en cours de réalisation ou ont réalisé au moins une évaluation interne.

A contrario, **71%** des répondants des autres strates de ce secteur (foyers-logements non Ehpad et Ssiad, soit 450 structures), non soumis à cette obligation, n'ont pas encore engagé leur évaluation interne.

Pour mémoire : les strates 1 à 6 regroupent les établissements soumis au conventionnement tripartite (Ehpad, foyer-Logement Ehpad, USLD ayant passé convention).

Les strates 7 à 9 regroupent les établissements ne relevant pas d'une convention tripartite (foyer-logement). La strate 10 est relative aux Ssiad.



### 3.3 Les facteurs influençant l'avancement de la démarche

L'analyse statistique a mis en évidence que le niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne est fortement lié au fait que le **projet d'établissement ou de service** ait été défini.

Par ailleurs, le niveau d'avancement est également lié au nombre d'ETP disponible dans l'établissement ou le service : l'analyse a révélé un **seuil critique de 25 ETP** en-dessous duquel la structure aurait des difficultés à initier la démarche d'évaluation.

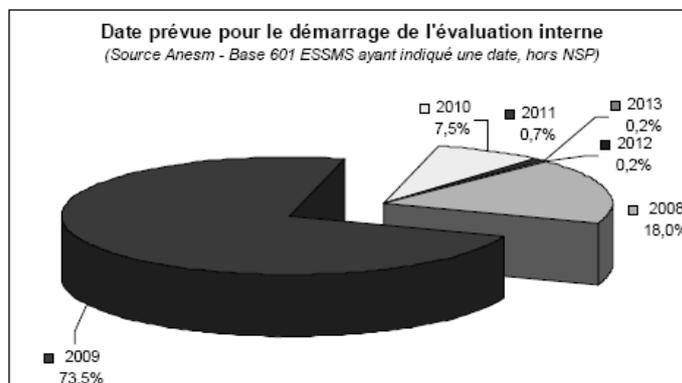
Le niveau d'avancement est lié aussi à la mise en œuvre, par ailleurs, d'une démarche qualité par l'établissement ou le service. Par contre, la mise en place d'une certification ISO ou d'une certification de service n'a aucune influence sur la démarche d'évaluation interne (ces deux types de démarches sont d'ailleurs peu souvent cités par les répondants de l'enquête).

### 3.4 La planification prévue par les établissements et services n'ayant pas encore engagé d'évaluation interne

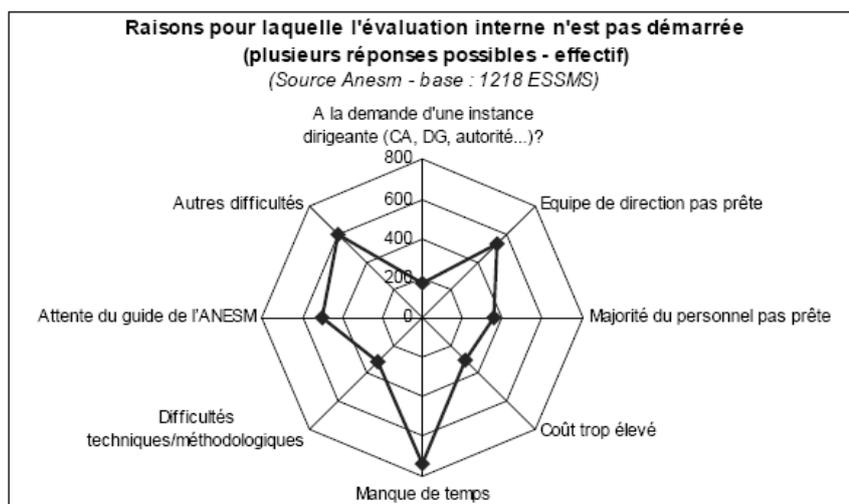


**51%** des ESSMS n'ayant pas encore engagé leur démarche indiquent avoir planifié le démarrage.

Lorsque la date est connue, **91,5%** des ESSMS indiquent un démarrage entre fin 2008 et l'année 2009.



### 3.5 Les difficultés rencontrées par les établissements et services n'ayant pas encore engagé d'évaluation interne



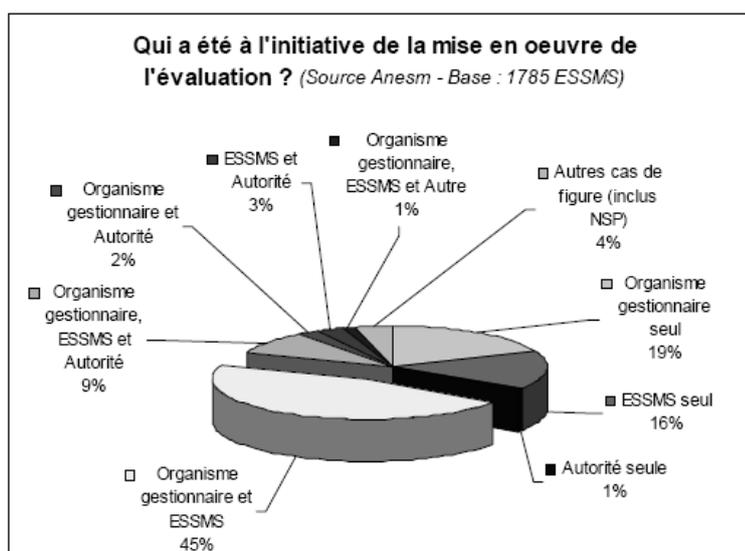
- Plus de 60% des structures n'ayant pas démarré leur évaluation interne indiquent que le **manque de temps** a été le frein principal ;
- pour 43% d'entre elles, **l'équipe de direction n'est pas prête** ;
- 41% souhaitent attendre la **parution de la recommandation** sur la conduite de l'évaluation interne de l'Anesm pour s'engager dans la démarche ;

Nota :

- 30 ESSMS ne retiennent aucune raison dans la liste proposée (NON donné pour chaque proposition) et 8 ESSMS ne savent pas (NSP pour chaque proposition) ;
- globalement, les résultats entre les différents secteurs d'activités sont homogènes.

### 3.6 L'initiative de la démarche

Une démarche essentiellement à l'initiative conjointe de l'organisme gestionnaire et de l'établissement ou service.



## ANNEXE 5

Évaluation : éclairage sur des débuts laborieux

Actualités Sociales Hebdomadaires - Numéro 2651 du 19/03/2010

### **Evaluation : éclairages sur des débuts laborieux**

Si les démarches d'évaluation se multiplient dans les établissements du secteur social et médico-social, de nombreux freins subsistent à leur plein essor. Le sociologue Emmanuel Granger passe en revue ces obstacles - financiers, conceptuels, culturels... De leur côté, Pierre Savignat, au nom de la Société française de l'évaluation, et Bénédicte de Ruy, du CREAM Rhône-Alpes, insistent, du fait des nombreuses difficultés de l'exercice, sur la nécessité de débattre, d'échanger des expériences et annoncent la création d'un « Atelier de l'évaluation » en Rhône-Alpes.

#### **EMMANUEL GRANGER**

Sociologue, consultant au cabinet G Consultant spécialisé dans le conseil, la formation, l'accompagnement et l'évaluation dans le secteur social et médico-social

#### **« Un basculement culturel à opérer »**

« Depuis quelques mois, les réalisations d'évaluations internes et, plus sporadiquement, d'évaluations externes se multiplient. Le mouvement reste cependant timide, soulevant quelques inquiétudes quant au respect des calendriers légaux. Qu'est-ce qui justifie cet engagement très progressif dans l'évaluation ? Plusieurs explications sont avancées par les professionnels.

La question des moyens alloués ou mobilisables et les priorités de la vie institutionnelle sont le plus souvent mises en avant. Tous les établissements et services ne sont pas égaux face à ce type de contraintes. Le coût des évaluations est plus difficile à supporter pour les petites structures ou celles dont les financements sont précaires. Il faut pouvoir assumer les coûts liés aux temps de travail qui y sont consacrés, aux remplacements éventuels, le recours aux consultants et aux évaluateurs. Sans oublier les coûts induits par les ajustements qui prolongent les évaluations : actualisation du projet d'établissement, développement de projets, d'outils, formalisation de méthodes, de procédures et de partenariats, formation des salariés, etc. Au-delà du coût, l'évaluation représente aussi une contrainte organisationnelle importante. Concrètement, tout cela se traduit par une compression du temps consacré aux évaluations, qui menace leur qualité et donc leur pertinence.

La question des moyens n'explique cependant pas tout. Les discours tenus sur le terrain indiquent que l'évaluation demeure un « concept » flou et mal maîtrisé. Confondue avec le contrôle, peu distinguée parfois de la « démarche qualité », elle apparaît souvent suspecte. On lui reproche de ne pas traduire correctement les réalités professionnelles et de masquer des intentions politiques douteuses. Bref, le sens de l'évaluation fait débat. De manière plus surprenante, la question du sens des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) est aussi parfois posée. Certains estiment qu'elles contraignent trop l'organisation du travail et les pratiques. Elles sont perçues comme une tentative d'uniformisation, de « standardisation », de « formatage », critiques également adressées à l'évaluation. Ce n'est pourtant pas une « mise en conformité » qui est recherchée, mais plutôt une mise en cohérence. Le décret du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux

et médico-sociaux précise par exemple que «l'évaluation est distincte du contrôle des normes en vigueur». Malgré cela et une littérature abondante sur le sujet, la confusion et l'inquiétude se maintiennent. Alors à quoi tient ce malentendu ? Proposons trois hypothèses.

D'abord, la mutation des systèmes de représentations nécessaire à l'intégration de l'évaluation heurterait le système de valeurs du travail social. Le sentiment de perte de l'essence du travail social, qui repose en grande partie sur la qualité de la relation avec la personne, est fréquemment évoqué. La structuration et la formalisation des pratiques auxquelles conduit l'évaluation déshumaniseraient la relation. Ce qui est paradoxal parce que l'évaluation, comme les autres obligations et outils issus de la loi 2002-2, exprime une volonté de prendre en compte plus «pleinement» la personne. L'évaluation permet de dépasser les intentions et les déclarations qui ont longtemps fait foi - qui n'excluaient d'ailleurs pas des formes d'évaluation «spontanée». Conduite convenablement, elle met en exergue la générosité et le talent qui font le travail social et médico-social en procédant à une explicitation claire des références et pratiques utilisées. L'enjeu est d'ordre éthique, deux éthiques très proches qui ne se rencontrent pas. Les personnes bénéficient-elles bien de prestations de qualité et cela dans le respect de leurs droits, en réponse à leurs attentes et à leurs besoins ? Est-ce que l'évaluation est gênante parce qu'elle conduit à objectiver, à clarifier les pratiques ? Les pratiques ne peuvent-elles être mises en débat - au-delà des groupes d'analyse de la pratique ?

Ensuite, l'évaluation introduirait un système de représentations de la pratique et de son organisation sensiblement différent de celui en vigueur dans les établissements et services. L'évaluation suppose une capacité de projection explicite (projets d'établissement, d'action, individualisés, etc.) et une dynamique qui transformeraient les pratiques. Elle crée un glissement de la logique dans laquelle la pratique est définie par la relation à la personne (et ses incertitudes) à une logique de compétences, renforcée explicitement ces dernières années par l'actualisation des diplômes d'Etat du secteur, dans laquelle les professionnels ont du mal à se retrouver. Le développement très progressif de l'évaluation tiendrait donc en partie à la définition de l'identité professionnelle des métiers sociaux et médico-sociaux et aux modes de socialisation professionnelle en vigueur dans le secteur.

Enfin, les freins à l'évaluation pourraient être révélateurs de l'échec du processus d'autonomisation du secteur social et médico-social. Historiquement, ce dernier a progressivement cherché à ériger son propre modèle professionnel intégré, inspiré des professions médicales. Longtemps les professionnels se sont définis comme des «agents du changement» positionnés politiquement. Mais l'Etat-providence de l'après-guerre et l'étiollement des utopies, notamment, auront raison de ce processus d'institutionnalisation. Le travail social, bien que toujours composite et contrasté, est aujourd'hui façonné par la commande sociale. Le désir d'autonomie peut de moins en moins être affirmé.

Retenons aussi l'idée de la nouveauté relative de l'évaluation pour les pouvoirs publics, notamment les collectivités territoriales. De fait, la culture de l'évaluation est mal diffusée et partagée entre les organismes de tutelle ou financeurs et les établissements et services, ce qui peut être une source d'incompréhensions supplémentaire.

L'intégration de l'évaluation ne pourra se faire sans une accentuation du travail d'explicitation et de formation des professionnels. Le basculement culturel à opérer n'est pas neutre et réclame un accompagnement certain. »

Emmanuel GRANGER

Contact : [gconsultant33@gmail.com](mailto:gconsultant33@gmail.com) - [www.gconsultant.fr](http://www.gconsultant.fr)