

La fin de l'évaluation ?
Réflexions critiques sur le
futur dispositif d'évaluation du secteur social et médico-social

Laurent Barbe – Consultant-Évaluateur au cabinet CRESS. Enseignant en M2 Sciences de l'éducation - Nanterre – En formation continue (CNAM – ETSUP) Site : www.cabinetcress.fr

Le nouveau dispositif d'évaluation proposé par la HAS, apparaît à travers l'ensemble des éléments livrés à ce jour - marqué par le glissement majeur d'une perspective d'évaluation à une logique de démarche et de contrôle qualité.

Confronter les établissements à des attentes précisées n'a en soi rien de choquant et cela fait toujours partie des démarches évaluatives. Mais le risque évident est ici que toute l'énergie ne soit consacrée qu'à cet examen relevant globalement d'une perspective de conformité, même si celle-ci est assez ouverte. Loin des ambitions des démarches évaluatives qui doivent interroger comme le souligne Pierre Savignat,¹ « *en cascade les intentions, le projet, les objectifs d'accompagnement, les moyens rapportés aux objectifs, les résultats, effets et impacts produits par les actions. Il y est question, en définitive de l'utilité du dispositif.*

Cette conception, proche de ce qui prévaut dans l'évaluation des politiques publiques était également celle portée par le décret de 2007² dans les principes fondamentaux qu'il énonçait.

Les fondements (extraits)

« L'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse. Cette évaluation doit permettre de porter une appréciation qui l'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à la décision. L'évaluation est distincte du contrôle des normes en vigueur. Elle tient compte des résultats des démarches d'amélioration continue de la qualité que peuvent réaliser les établissements et services. Elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits au regard des objectifs tels que précisés ci-après, en **référence aux finalités** prioritairement définies pour l'action publique

Décret no 2007-975 du 15 mai 2007

Cette limitation de la démarche apparaît d'autant plus problématique que la définition de la qualité qui sous-tend le référentiel pose différents problèmes d'adaptation aux formes d'actions différenciées qu'il s'agit d'évaluer.

S'il fallait améliorer le système, le nouveau dispositif - tel qu'on peut le cerner à l'heure actuelle - fait craindre de passer largement à côté de la cible affichée par la HAS dans ses intentions. Si l'amélioration de la qualité est un objectif indiscutable (qui pourrait être contre ?) sa définition même n'est pas suffisamment interrogée et adaptée à un secteur social et médico-social dont les mandats, les modes d'action et les problématiques auraient nécessité une prise en compte bien plus spécifique.

¹ En cohérence avec les règles de l'art développées par exemple par la Société Française d'Evaluation (SFE)

² Décret no 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Tous les éléments concrets du futur dispositif ne sont certes pas connus, mais la logique d'ensemble est suffisamment claire pour qu'il soit possible d'étayer ce constat global qui peut paraître un peu abrupt mais qui est facilement étayable quand on regarde de près.

C'est dommage, au regard de ce que la période de pandémie a montré sur le fonctionnement des structures et l'engagement des professionnels. Au regard des enjeux positifs de l'évaluation, de l'énergie collective considérable qui y sera consacrée. Et enfin de ce que le secteur a appris dans la première phase des évaluations et que l'on aura bien du mal à réinvestir dans la démarche proposée, dont les ambitions ont été largement réduites³, tant dans le fond que dans les méthodes proposées

Les éléments qui étayaient ce diagnostic sont de plusieurs types.

Des intentions louables

Les propos de la HAS fixent pour l'évaluation des perspectives tout à fait intéressantes résumées ainsi : « un dispositif simple, porteur de sens, appropriable tant par les professionnels, les personnes accompagnées et leurs proches, que par les pouvoirs publics ⁴ ».

S'y ajoute l'affirmation le dispositif ne doit pas constituer une perspective de contrôle, et qu'il évoluera avec les retours d'expérience. Enfin, un point particulièrement central est évoqué à savoir que « *le dispositif doit entrer au cœur des pratiques et pour être porteur de sens. Le référentiel doit porter sur les résultats pour la personne plus que sur l'application de procédures* »⁵.

Tous ces éléments constituent une base pertinente qui n'aura pas de mal à être approuvée de manière large.⁶ Mais si l'on examine le dispositif proposé pour voir comment il pourra répondre à ces attentes plusieurs éléments de discordance apparaissent d'emblée. Et comme on le sait bien, dans les pratiques d'évaluation, il ne suffit pas d'affirmer un principe pour que sa réalisation soit au rendez-vous.

Un dispositif de confrontation à une norme qualité

La démarche proposée peut être résumée comme suit :

- un référentiel de la qualité générique pour toutes les catégories de structures, structuré en 3 chapitres, 38 objectifs et 189 critères ; même si quelques adaptations paraissent possibles, le discours tenu est plutôt celui d'une application maximale pour toutes les structures⁷
- des modalités d'évaluation concrètes menées à partir de 3 méthodes largement transposées de la certification du sanitaire et pour le moment non mises en place dans

³ Notamment si on le compare au texte, parfois trop complexe, mais bien plus riche du décret de 2007 qui fondait la démarche.

⁴ V.Ghadi. La HAS et l'évaluation : une nouvelle donne- Les cahiers de l'Actif N° 530-533- octobre 2020 p.10

⁵ Idem page 19

⁶ Ils sont très cohérents avec ce que j'avais suggéré dans mon article publié dans la même revue. L.Barbe : Evaluer autrement : Chiche ! Les cahiers de l'Actif N° 530-533 octobre 2020

⁷ Webinaire : <https://www.youtube.com/watch?v=x2HLeAvO7OM>

l'action sociale et médico-sociale : l'accompagné traceur- le traceur ciblé -l'audit système.

L'accompagné traceur : L'évaluateur se fait présenter *la personne* par un membre de l'ESSMS, puis il rencontre la personne. Il s'entretient ensuite avec l'équipe assurant l'accompagnement de la personne.

Le traceur ciblé : Le traceur ciblé consiste à évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un *processus*, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs. Pour ce faire, l'évaluateur rencontre les équipes, consulte les documents nécessaires et réalise les observations associées.

L'audit système : il consiste à évaluer *un ensemble de processus* pour s'assurer de leur maîtrise et de leur capacité à atteindre les objectifs

Ces méthodes montrent bien que la démarche consistera essentiellement à comparer le fonctionnement à la référence que constitue le référentiel. Elle se calera en cela sur ce qui prévaut dans le domaine de la qualité prescrite qui prévaut dans de nombreux domaines (formation, services...) avec la production d'outils pour chacune des rubriques du référentiel et de modes de vérification précis effectués par le consultant, à partir des outils qui lui seront fournis.

C'est dans ce cadre que s'inscrit la suppression de l'évaluation interne qui permettait une certaine autonomie. Elle disparaît dans le nouveau cadre, tout entier consacré à réaliser et tracer les « objectifs qualité » énoncés dans le référentiel

S'y ajoutera la mise en place d'un site qui permettra à chaque ESMS de rendre compte de comment il avance sur les rubriques du référentiel.

Une adaptation limitée du référentiel aux spécificités du secteur

La structuration autour de trois grandes rubriques que sont **la personne / les professionnels / l'ESSMS** est plus claire que les anciennes catégories de l'ANESM. Elle constitue une structure transposable et une avancée potentielle. Mais elle est en bonne part fragilisée par plusieurs caractéristiques du référentiel.

➤ **Des formulations très médico-sociales**

Une lecture attentive montre qu'une grande partie des établissements et services auront - sans beaucoup de doutes - bien du mal à se retrouver dans la logique très établissement et très médico-sociale qui constitue le centre de gravité de la démarche. Car nombre des thématiques habituelles (gestion du risque, événements indésirables, bientraitance, soins, prévention, etc), sont peu centrales pour d'autres formes d'action qui à l'évidence n'y retrouveront pas le cœur des pratiques et de des questionnements que posent les textes qui les fondent et les orientent.

Ce décalage apparaît très nettement pour plusieurs catégories de structures dont une grande part du secteur social. Pour avoir cherché à comparer des structures accompagnées récemment à ce que dit le référentiel, cela apparaît très fortement pour :

- les ESMS relevant de la protection de l'enfance, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, ou plus généralement d'un mandat judiciaire (tutelle majeurs protégés par exemple) qui auront

du mal à se retrouver dans des énoncés qui ne font pas de place aux tensions fondatrices d'un mandat judiciaire ;

- les ESMS relevant du travail avec un public non hébergé et aux limites plus floues (les lieux d'accueil des personnes de la rue, la prévention spécialisée, les structures qui doivent « aller vers » leur public, etc.) ;

- les ESMS de type centre-ressources qui ont des missions d'animation de réseau (Centres Ressources Autisme, Handicaps rares...).

Et il me semble que la liste pourrait facilement être allongée, compte tenu de la (très) grande diversité des structures concernées, et de leurs modalités d'action⁸.

Plusieurs raisons complémentaires apparaissent à cette difficulté que beaucoup éprouveront pour « y retrouver leurs petits », qui constitue pourtant une condition essentielle à l'investissement possible dans la démarche.

➤ *Un usage du singulier symptomatique*

L'usage permanent du singulier « la personne » dans le référentiel m'a questionné. A la réflexion, il me semble témoigner d'une logique d'action cohérente avec ce qui se joue dans le domaine sanitaire mais qui passe à côté de plusieurs différences notables avec les modes d'action de l'action sociale.

En effet, dans le sanitaire, il s'agit bien d'accompagner et de soigner une personne à partir de règles de l'art, largement référées pour la HAS à l'evidenced base medicin et à un substrat scientifique, **et** dans une perspective d'attention à la personne progressivement développée par la HAS, présente dans le référentiel et qui constitue une évolution tout à fait souhaitable.

Pour autant, plusieurs différences notables existent dans les modes d'action des structures que j'accompagne et qui ne paraissent pas prises en compte, dans les formulations actuelles.

➤ *Des spécificités des mandats ou commandes qui ne sont pas nommées*

Le « mandat » explicite ou la mission confiée aux ESMS s'inscrivent dans un cadre qui n'intègre pas uniquement les volontés, souhaits, attentes de la personne mais aussi une commande précise au nom duquel on doit intervenir, une forme de contrôle et une perspective de transformation (dont le partage avec les personnes ne va pas toujours de soi).

C'est clair dans l'action sous mandat judiciaire qui porte une attente de contrôle, et d'arbitrage entre préoccupations éthiques (ex entre soutien de l'enfant vs soutien du parent en protection de l'enfance – respect des libertés vs protection de la personne du fait de l'altération de sa capacité de jugement pour les mesures de tutelle – protection des mineurs contre leurs propres « pentes » dans le cadre des mesures judiciaires), etc.

Dans le domaine de l'inclusion sociale, il s'agit aussi d'accompagner la personne dans un processus de transformation qui articule évolution personnelle, amélioration de la situation et des transactions sociales nouées avec son environnement...(sortir de l'errance, trouver un emploi, accéder à des droits, se stabiliser, arrêter des trajectoires de désaffiliation, se réinscrire dans des dynamiques de réciprocité, de citoyenneté...). L'accueil des demandeurs

⁸ La dernière liste publiée par l'Anesm contenait ainsi 64 types de structures

d'asile répond également à des objectifs d'apprentissage, de socialisation à certains codes, de respect de règles et d'inscription dans des cadres normatifs précisés dans différents types de contrats.

Dans d'autres, situations y compris dans le médico-social, il s'agit d'accompagner la personne dans une évolution qui lui permet d'accéder à un statut de travailleur (travail adapté), de professionnel potentiel (formation), de locataire (SAVS), de résident (foyers) qui comprend aussi sa part de contraintes et de limitations.

Ces caractéristiques génèrent une tension à régler en permanence entre attitudes et attentes de la personne et exigences du mandat et de son cadre. Cette tension est centrale dans le travail des professionnels et dans leur capacité à développer une attention à la personne. Elles ne sont jamais identifiées clairement dans le référentiel, qui semble faire comme si tout renvoyait à la capacité de répondre aux besoins, attentes, souhaits de *la* personne et non à celle de passer des « compromis raisonnables » entre les différents pôles de la mission, qui plus est, avec des personnes hétérogènes.

➤ **Une hétérogénéité des positionnements**

Ces mandats et leurs spécificités, expliquent aussi une autre caractéristique de l'action dans le secteur qui tient dans le fait, que *le cœur du métier réel* ne se situe pas dans la confrontation à un usager « générique » (la personne ou le client) mais à des manières très différenciées d'accepter, de vivre ou de réagir à l'intervention.

Et c'est cela que les évaluations doivent examiner. Non pas comment on fait avec une personne abstraite, générique ou moyenne mais bien comment on réussit (ou non) à travailler de manière éthique (et comment) avec tous mais surtout avec...des jeunes qui refusent le cadrage ou paraissent trop difficiles, des parents qui fuient l'intervention ou se sentent stigmatisés, des travailleurs qui ne respectent pas le cadre proposé, des personnes en inclusion qui ont du mal avec les contraintes qui leur sont proposées, des personnes qui n'y arrivent pas, d'autres qui ne respectent pas le cadre, qui n'arrivent pas à fonctionner avec les attentes que le cadre institutionnel pose...

Au regard des pratiques développées dans nombre de structures, consistant à essayer de questionner le plus grand nombre possible de personnes pour comprendre leurs différences d'expérience et de vécus de l'intervention⁹, on peut ainsi craindre que la méthode de « la personne traceur » ne manquera pas de poser des questions redoutables que les équipes sauront bien relayer (qui choisit-on ? comment ne pas se contenter de parler avec les personnes en accord avec l'intervention ? en quoi quelques personnes seront-elles représentatives de la globalité des pratiques ? peut-on apprendre des personnes avec lesquelles ça ne « marche pas » même si cela ne signifie pas que le reste du travail est négatif ?). Elle risque surtout de constituer une réduction peu compréhensible de la focale par rapport à des questions très présentes.

➤ **Une dimension collective qui n'apparaît quasiment pas**

⁹ Laurent Barbe – Les usagers dans l'évaluation

Ce décalage apparaît d'autant plus sensible que le référentiel ne mentionne presque jamais la dimension du collectif, comme objet du travail et de l'évaluation¹⁰. Si on comprend qu'elle soit peu présente dans les établissements de santé (se faire soigner est massivement une problématique individuelle), en dehors peut-être de la psychiatrie (expériences de pair-aidance, GEM et autres initiatives...), elle est souvent centrale dans les modes d'action du secteur. Car les personnes ne sont pas seulement des colocataires qui ne se croisent jamais... Leur intégration dans du collectif s'inscrit ainsi dans de nombreux aspects des fonctionnements :

- vie commune au sein de structures d'hébergement, de formation, de travail
- actions collectives constituant un levier parfois essentiel des dynamiques mises en place
- utilisation des dynamiques de pair-aidance, de travail avec le levier collectif qui sont à développer, améliorer...

Le questionnement des personnes accompagnées met ainsi souvent en évidence cette dimension qui constitue un aspect essentiel de ce qui leur est proposé. Le collectif apparaît alors parfois comme utile, moteur, soutenant, source de solidarités et d'apprentissages. Mais aussi parfois comme problématique (difficultés de la vie commune, violences, abrasion des individualités, pression à la conformité, manques de régulation pouvant générer des effets problématiques...).

Relevant clairement de la responsabilité des ESMS, cette dimension devrait faire l'objet de l'évaluation et de pistes d'amélioration.

➤ **Des actions et activités dont la place n'apparaît pas**

Un autre point découle aussi de la polarisation sur « la personne » et tient dans le manque de place explicite¹¹ des *actions et modes d'intervention* qui constituent pourtant le cœur de la commande évaluative posée dans la loi.¹² Pourtant, la présentation des futurs outils de certification des établissements sanitaires en fait une catégorie structurante les évoque (le patient – les soins – l'établissement – le groupe).

Pour notre secteur, ces activités, actions, outils... quand on lit dans le détail le référentiel ne sont considérées que comme des manières de mettre en place les projets personnalisés.¹³

Alors même que dans nombre de structures, cela constitue l'alpha et l'oméga de la qualité de ce qui est proposé aux personnes (les méthodes éducatives dans les IME, les postes de travail leur diversité, les capacités de progression qu'elles permettent dans un ESAT, les modes d'approche et les projets développés en prévention spécialisée, les supports collectifs proposés dans les établissements...).

Le cœur des métiers et de leurs évolutions ne se situe pas que dans l'information donnée, l'attention aux droits, aux projets mais dans leur articulation avec des types de réponse dont la pertinence et les effets doivent être questionnés. L'efficacité des accompagnements ne se

¹⁰ Si ce n'est pour mentionner que la personne doit être associée aux règlements de fonctionnement...

¹¹ qui était déjà flagrant dans les 4 catégories valorisées par l'ANESM.

¹² Les établissements et services 1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations- CASF

¹³ Critère 1-9-5 : Les professionnels évaluent les besoins de la personne accompagnée pour construire son projet d'accompagnement (incluant les projets d'instruction, de scolarisation et d'insertion socio-professionnelle)

Critère 1-9-6 - Les professionnels mobilisent les ressources internes et externes et les outils pour mettre en œuvre des projets d'accompagnement

résume ainsi pas à la relation singulière avec une personne (nommée au singulier) mais découle largement des actions et des méthodes¹⁴ qui doivent être interrogées et qui constituent le cœur des recherches qui mobilisent les équipes.

➤ **Une question des ressources qui n'est pas abordée**

La démarche ne précise pas comment la question des ressources (au sens large) mobilisées autour de l'action sera abordée dans l'analyse évaluative. Or l'articulation entre des finalités et des ressources constitue une dimension tout à fait importante des évaluations et de la « chaîne des valeurs » qui produisent la qualité des services rendus. Pour de nombreuses raisons :

- les ressources sont très hétérogènes au sein de ce vaste ensemble de l'action sociale et médico-sociale. A la fois entre des structures de même nature¹⁵ et entre structures dont les taux d'encadrement sont d'une variabilité considérable ;¹⁶ sans même parler des effets de contexte territorial qui peuvent faire la différence entre des secteurs riches et des secteurs bien plus démunis ;
- elles jouent un rôle important dans une grande variété de problématiques « brûlantes » des ESMS (délais de réponse dans les mesures de protection de l'enfance, écart entre les demandes et les capacités de réponses en CMPP et en CAMSP, difficulté à accueillir des publics dont les difficultés ont parfois évolué et dont l'accueil nécessite des savoir-faire particuliers, MECS, IME, ESAT, etc), compétences à développer pour entrer dans une perspective d'inclusion, garantir des sorties « non sèches de l'ASE » etc.
- elles constituent une variable explicative (pas la seule) de difficultés à remplir les missions, de la nécessité de prioriser sans cesse (à plus forte raison en période de pandémie) ;
- elles permettent d'intégrer des paramètres contextuels importants pour comprendre l'action et ses conditions ;
- elles constituent enfin parfois une condition pour des améliorations de la qualité qui ne passent pas que par la mise en place de procédures et de réflexions, mais aussi par de la formation, de la présence, des aménagements du cadre, des investissements associatifs...

Appliquer les mêmes questionnements et exigences à des structures aux ressources aussi différentes et hétérogènes¹⁷... pourrait ainsi constituer un angle mort problématique. Pour les ESMS les moins dotés, notamment du fait de la moindre considération apportée à leur mission. Ne pas évoquer cette question pourrait même constituer une forme de culpabilisation d'équipes qui n'ont pas nécessairement besoin de cela pour avoir l'impression de ne pas faire le travail qu'elles souhaiteraient.

¹⁴ Comme le signalent parfois certaines personnes accompagnées qui évoquent une relation positive mais un manque de réponses aidantes

¹⁵ Que ce soit les EHPAD, les IME, les MECS...

¹⁶ Les taux d'encadrement d'un CADA éclaté et d'une MAS pour personnes polyhandicapées n'ont ainsi rien à voir

¹⁷ Tant entre structures de même nature qu'entre structures des différents secteurs, comme le montrent de nombreux travaux d'analyse comparée.

➤ **Autour des méthodes**

S'il est tout à fait possible que les démarches proposées, décalquées sur les pratiques de la HAS dans le sanitaire, donnent à terme des éléments intéressants, elles ne paraissent pas, en l'état, avoir été pensées dans leur adaptation au secteur et aux spécificités de son action (sans parler même des cultures professionnelles). Et elles ne sont pas présentées comme permettant une ouverture à des débats montrant une confiance faite aux acteurs pour porter des points de vue intéressants.

Ce qui est dit sur le processus¹⁸ fait craindre que la perspective ne soit mobilisée que pour remplir l'ensemble des indicateurs. Et qu'elle ne laisse que peu de place à des échanges ouverts avec les professionnels, comme avec les personnes accompagnées, pour instaurer de la confiance. Or notre expérience est que souvent il faut du temps et de l'appropriation mutuel pour que certains aspects problématiques voire « merdiques »¹⁹ des fonctionnements puissent être abordés, parlés et travaillés. Ils sont de nature très variée et ont souvent des effets systémiques. L'hypothèse que des démarches qualité de ce type puissent passer à côté de ces difficultés (complexes à identifier et énoncer me paraît très étayée), d'autant plus que la perspective de publication du rapport pourrait ajouter une menace fragilisant encore une parole sécurisée de tous sur ces points.

De même, le questionnement des personnes accompagnées dans un rôle de traceur, dont la principale fonction est d'informer pour réfléchir sur l'atteinte des objectifs (ou du « niveau de qualité ») fera peut-être la preuve que c'est une transposition intéressante. Mais cela reste à démontrer et me paraît limitatif. Car dans nombre d'évaluations, c'est seulement quand le questionnement est ouvert à une expression non limitée aux questions institutionnelles, qu'apparaissent des éléments qui étonnent, et font accéder à ce qu'est l'expérience vécue par les personnes²⁰.

➤ **La publication du rapport**

Enfin, la perspective de publication du rapport, dont les modalités ne sont pas encore précisées, pourrait également se transformer en piège et donner le sentiment d'une épée de Damoclès. Si on en comprend le principe, là aussi découlant de ce qui se fait dans le sanitaire et d'un principe de transparence, il pourrait générer des difficultés conséquentes risquant de pousser, soit à produire des documents sans contenu problématique, soit à éviter d'aborder les sujets difficiles. Non que l'idée d'une transparence soit problématique « en soi », mais comme on le sait l'enfer est parfois pavé de bonnes intentions. Un travail très conséquent sur ce plan sera donc nécessaire si on veut que les équipes²¹ « jouent le jeu » d'une transparence qui pourrait se retourner contre elles, notamment quand les relations avec la structure sont marquées par certaines tensions (par exemple dans le mandat judiciaire).

Une conception de la qualité vue « d'en haut »

¹⁸ Comme l'hypothèse de deux jours avec deux consultants, et des grilles pour les professionnels comme pour les usagers..avec une utilisation obligatoire des outils de la HAS (précisée dans les conditions d'habilitation des cabinets)

¹⁹ Je renvoie à la formulation de Pascal Chabot et à mon article dans les cahiers de l'Actif pour préciser ce point

²⁰ Les usagers dans l'évaluation

²¹ Qui sont parfois de petite taille personnalisant ainsi potentiellement toute remarque critique

Je partage l'idée que la notion de qualité constitue une avancée, notamment parce qu'elle permet de questionner les zones grises, dans lesquelles l'action n'est pas la hauteur de ce qu'on pourrait souhaiter et qui constituent des zones d'amélioration importantes.

Encore faut-il que sa définition ne soit pas trop vite close dans une dynamique finalement assez taylorienne, opposant ceux qui disent ce que devrait être la qualité et ceux qui devraient l'appliquer. Or c'est bien cela qui apparaît comme sous-titre de tout le dispositif proposé.

On le ressent fortement dans le contraste vraiment important entre les préoccupations abordées tous les jours dans les services (sans même évoquer les effets de la pandémie) et celles formulées dans le référentiel. Alors, l'ensemble paraît assez condescendant et loin de mettre en œuvre l'idée que la qualité s'invente aussi « d'en bas » d'une manière à renouveler sans cesse.

C'est d'autant plus dommage que les apports de la pandémie (et il y en a) ont été de mettre en valeur des qualités souvent invisibles de l'action reposant sur des notions comme *l'engagement, la responsabilité, l'initiative, la réactivité, l'autonomie, la créativité, la solidarité* et aussi *la reconnaissance*.

Or on voit mal comment ces notions centrales dans la qualité réelle, seront mobilisables dans une démarche donnant à ce point le sentiment d'une vision de la qualité décrétée, pointilliste, peu confiante dans la capacité des acteurs à l'inventer et la débattre, rendant peu facile d'articuler « qualités contraintes » et « libres qualités » selon la belle expression de Pascal Chabot²².

Pour ne pas conclure

Comme toute critique, la mienne a nécessairement des points aveugles. Le dispositif pourra évoluer comme cela a été dit. Les acteurs pourront apporter des correctifs et suggérer des évolutions. Et l'expérience montre qu'il est toujours possible à partir des énoncés du référentiel - qui sont plutôt ouverts – et que je ne critique pas en eux-mêmes, de mener des réflexions fructueuses. D'autant que la conception attentive à la personne que déploie la HAS est largement partagée.

Mais en l'état, les manques évoqués de dimensions pourtant centrales pour les acteurs²³, le volume des informations « exigées », le langage « technologique » qui caractérise encore la maquette présentée, constituent un ensemble de freins considérable. L'expérience de nombreuses années nous montre ainsi qu'un coût de traduction²⁴ trop important constitue presque toujours un motif de décrochage. Amenant à vivre le dispositif au contraire de ce qui est souhaité, comme une obligation supplémentaire, venant s'ajouter à bien d'autres, chargeant encore un peu plus le sac à dos, déjà bien chargé, des cadres.

Alors les résultats que la démarche pourra susciter pourra donner vaudront-ils la lourdeur et le temps qui sera consacré à ce dispositif ? Seront-ils plus importants que les avancées produites par la mobilisation des équipes confrontées à des difficultés de tous ordres ? Le

²² Pascal Chabot. *Traité des libres qualités*- PUF 2020

²³ Que le décret de 2007 permettait d'aborder, notamment à partir des principes fondamentaux

²⁴ le temps passé à expliquer, faire de la pédagogie, bref à faire comprendre un dispositif loin du langage habituel d'un collectif professionnel et des questions qui le travaillent

dispositif pourra-t-il vraiment susciter l'appropriation évoquée ? Tous les éléments que j'évoque m'amènent à en douter fortement. Et le risque que le référentiel ne constitue un « double langage » bien loin des questions du travail réel apparaît considérable dans l'état pour un grand nombre de structures, particulièrement dans le domaine social.

Car le mal paraît plus profond et tient à la fois à l'abandon d'une perspective évaluative plus large que celle de la conformité, à la conception sous-jacente d'une qualité qui ne se construirait que par la contrainte et d'en haut et sans que les acteurs disposer des marges de manœuvre pour en permettre un élargissement et un approfondissement.

Des questions qui passeront ailleurs

Pour autant, les questions évaluatives qui disparaissent dans la logique qualité proposée, autour des méthodes, des ressources, des effets et des impacts imprévus...et donc des modèles sous tendant les interventions continueront de se poser. Car elles sont largement au travail dans le monde professionnel et dans la société comme en témoignent les multiples débats de la période²⁵.

Mais, les questions évaluatives plus larges et systémiques, qui sont occultées dans la logique qualité proposée, ne disparaîtront pas. Car elles sont largement au travail dans le monde professionnel et dans la société²⁶. Elles risquent de se poser ailleurs que dans cette démarche proposée, ce qui est dommage et assez paradoxal.

Car les démarches évaluatives constituent, comme l'expérience le montre, de bons leviers pour la réflexion et la mobilisation collective. A partir du moment où elles sont perçues comme suffisamment respectueuses de la complexité et donc du travail réel...ce qui n'est manifestement pas le cas du dispositif présenté. Il faut ainsi espérer et faire en sorte qu'il n'en reste pas là.

²⁵ Pour n'en citer quelques unes : les sorties « sèche » de l'ASE, les « incasables » la prise en compte des violences subies et de la psychotraumatologie, le vieillissement des personnes handicapées, l'inclusion, les phénomènes de rixes, l'impact de la communication à distance...

²⁶ Pour n'en citer quelques unes : les sorties « sèche » de l'ASE, les « incasables » la prise en compte des violences subies et de la psychotraumatologie, le vieillissement des personnes handicapées, l'inclusion, les phénomènes de rixes, l'impact de la communication à distance...