

Intervention de Guillaume Logez

L'Évaluation en protection de l'enfance

Formation post-colloque CRSMS La prévention en santé social

Jeudi 13 avril CRSMS Boulogne-Billancourt

La question de l'évaluation en protection de l'enfance a suivi l'évolution des politiques publiques et sociales depuis plus de 30 ans. On ne peut évoquer l'évaluation d'une politique aussi essentielle que la Protection de l'Enfance sans la mettre en relation avec l'évolution législative et le développement de l'offre d'accompagnement portés par la culture des référentiels, de l'ANESM puis de la Haute Autorité de Santé et plus largement de la loi du 2 janvier 2002 qui est passé d'une logique de réponses à des particularismes cliniques (lois de 1975) à une logique inclusive, donnant droit aux notions de subsidiarité et d'inconditionnalité de l'offre médico-sociale.

L'évaluation dans la Protection de l'Enfance s'inscrit dans les transformations portées par un corpus de lois, qui accompagnent la transformation des enjeux de société et l'évolution des situations des publics. Dans ces contextes, l'évaluation prend une place différente, produit des systèmes normatifs, traduits essentiellement par les politiques d'amélioration continue de la qualité, adossées aux référentiels d'action.

L'évaluation en Protection de l'Enfance s'inscrit dans le changement long du paradigme de l'action sociale

Il est utile d'aborder la protection de l'enfance et la problématique de l'évaluation en la resituant dans l'ensemble de la rénovation des politiques publiques. Chacun pense à la loi du 2 janvier 2002, qui est une loi-cadre qui contient l'ensemble des attendus pour l'action sociale et qui a « bouleversé » en son temps « le secteur », selon l'expression largement usitée par les professionnels de la protection de l'enfance en particulier et du travail social en général.

Cependant, la loi du 2 janvier qui rénove l'action sociale s'inscrit dans un corpus législatif plus large, de réforme des politiques publiques et de l'approche du lien social. Les années 1980 ont été ce commencement du changement de paradigme avec l'émergence des « nouvelles politiques sociales ». Ces nouvelles approches seront suivies par quelques lois structurantes comme celle de la lutte contre les discriminations en 2001, qui renforcent le changement de paradigme, sans oublier l'introduction de la Convention internationale des Droits de l'Enfant dans le paysage de la protection de l'enfance fin des années 1980. Il est intéressant de s'arrêter rapidement sur ce corpus législatif, qui participe à questionner ce secteur du travail social dont la succession de lois en protection de l'enfance est la conséquence.

Ce qui a été nommé « nouvelles politiques sociales » dans ces années 1980 concerne notamment la politique de la ville (rapport d'Hubert Dubedout), les politiques d'insertion (rapport de Bertrand Schwartz), la mise en place du revenu minimum d'insertion et les logiques de compensation et d'inclusion que la loi handicap sacralisera.

Les années 1980 sont celles d'une approche critique de l'action sociale, critique d'une inadaptation aux réalités des problèmes sociaux. Le rapport d'Hubert Dubedout qui installe la politique de la ville, souligne plusieurs axes de rénovation

Il constate que les problèmes ont des dimensions multiples, et qu'il convient de mettre en place une approche globale. Cette approche globale doit se mettre en œuvre dans une approche partenariale, car le cloisonnement ou l'éclatement des différentes prestations ne répond plus aux problèmes. La difficulté d'appréhender des situations de manière généralistes ou à partir de prestations universelles nécessite d'individualiser l'action et de répondre à ceux qui en ont le plus besoin en ciblant les actions. Enfin la notion d'ayant droit produisant de la stigmatisation dans la durée, il convient de délimiter dans le temps en ayant une approche contractuelle.

Cette nouvelle approche de la politique sociale des années 1980 se retrouve dans la loi du 2 janvier 2002 et celle qui suit en 2007 : avoir une approche globale et donc une approche partenariale, ce qui est traduit par « équipes pluridisciplinaires », répondre aux besoins et investir plus là où les besoins sont repérés, ce qui se traduit par l'adaptation des accompagnements aux besoins des enfants (début des accueils modulables, alternés....) , l'individualisation de l'action se traduit par la mise en œuvre du Projet Personnalisé, être dans des temps courts pour éviter la relégation s'opérationnalise par le contrat d'une déterminée.

La loi de 2002 reprend l'ensemble des notions clefs des années 1980, et s'inscrit dans cette évolution plus large qui intègre les droits fondamentaux et la question de la citoyenneté et donc par extension de l'inclusion au sens européen et anglo-saxon du terme.

Le changement de paradigme met un terme à la notion « d'asujetti », de prestation uniforme, de cloisonnement et de spécialisation d'une intervention descendante.

Le territoire devient le moyen de réorganiser l'action sociale au sens d'un espace de citoyenneté qui doit autant promouvoir l'aide que les droits des personnes ; en ce sens l'Etat contractualise avec les départements les objectifs de la protection de l'enfance avec évaluation des attendus.

Si les années 1980 ont initié ce changement de paradigme des politiques sociales à venir, le cadre juridique de l'action sociale a continué à se transformer depuis ces années.

Deux autres cadrages juridiques structurent l'évolution. La signature par la France en 1989 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, oblige la France à prendre en compte les 10 droits fondamentaux de l'enfants. La loi du 16 novembre 2001 de lutte contre les discriminations porte un nouveau changement fort de paradigme : c'est la société qui doit devenir accessible et pas l'individu qui doit s'adapter seul au risque de sa propre exclusion. Ce qui signifie, dans le texte, que le seul travail sur les capacités de la personne, à partir de ses ressources propres, n'est plus suffisant, voire il produit ses propres effets pervers par l'exclusion de la personne lorsque le travail est centré sur la seule dimension capacitaire de la personne.

Les différentes lois de protection de l'enfance, depuis quelques années, intègrent ainsi cette transformation du rapport à l'utilisateur. La loi de janvier 2002 pose le cadre de la prise en compte des droits et des besoins de la personne dans une approche à la fois partenariale et personnalisée, la loi de mars 2007 de rénovation de la protection de l'enfance va plus loin dans l'exigence de l'adaptation de l'institution à la personne et à ses besoins. Le préambule de la loi 2016 stipule qu'il faut sortir la protection de l'enfance de son angle mort, ce qui revient à dire que les enfants ne peuvent être traités à part et que l'inclusion (qui est l'autre face de ce qu'est la discrimination) est la finalité. La protection de l'Enfance doit donc s'adosser aux autres politiques publiques et l'utilisateur doit avoir accès à cet ensemble de ressources. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles un grand nombre d'enfants porteurs de handicap sont confiés à des établissements relevant de la protection de l'enfance, l'enjeu n'étant pas de spécialiser les réponses mais de faire droit aux besoins et droits de l'enfant.

Les évaluations vont donc porter naturellement sur ces différents aspects : les droits de l'utilisateur à partir de la connaissance qu'ils ont du service rendu, la prise en compte de leurs besoins au regard des besoins fondamentaux de l'enfant et de leur participation à la définition de l'accompagnement, la personnalisation de l'accompagnement inscrite dans un parcours/projet. L'ensemble des critères d'évaluation, issu des référentiels, ont pour fonction de couvrir les réponses aux besoins et les conditions nécessaires pour y répondre.

L'évaluation et la réponse aux besoins

Les référentiels travaillés depuis plus de 20 ans et le dernier en date de la Haute Autorité de Santé, listent un grand nombre d'objectifs vers lesquels l'action doit tendre (plus de 40 objectifs), et un grand nombre d'items (plus de 150) auquel un service doit répondre. Ces items sont considérés comme autant de conditions comme réponses aux besoins de la population accompagnée sur une logique moins centrée sur les problématiques cliniques que les enjeux d'inclusion et de « pouvoir d'agir ».

Il y a donc une rupture avec la perception plus spontanée des besoins. L'usage récurrent dans le travail social (quasi pavlovien) de la pyramide de Maslow est l'illustration des échelles de mesures d'évaluations classiques qui ne sont plus en phase avec le cadrage des besoins fondamentaux qui émanent des référentiels d'action.

En effet, les référentiels en œuvre ne s'appuient plus sur ces logiques de classification hiérarchique et souvent indéfinie des besoins. Ils inscrivent les besoins dans la fonction qu'ils doivent jouer dans la vie sociale, qui est celle de l'inclusion et de la cohésion sociale, dans un mouvement continu d'amélioration qualité intégrant une diversification, une multiplication, voire des formes de conflictualité entre différents types de besoins. L'amélioration continue de la qualité, objet de toutes les évaluations, acte cette idée que face aux incertitudes de la vie sociale, seule l'adaptation en continue constitue la réponse.

Un référentiel tel que celui de la Haute Autorité de Santé, en s'appuyant sur plus de 150 items d'évaluation, propose une combinaison de réponses à des besoins dans la vie personnelle et sociale de l'utilisateur. La liste des besoins fondamentaux de l'enfant, issue de la loi du 14 mars 2016 vient renforcer cette conception des besoins sociaux, même s'ils sont personnalisés dans l'accompagnement. Les besoins sont sociaux au sens où ils sont définis par leur dimension juridique et leur finalité sociale, par l'application de référentiels. A ce titre un besoin social relève de l'obligation sociale tant pour les usagers que pour ceux qui accompagnent. Mesurer la satisfaction des besoins sociaux entraîne dans ce contexte politico-juridique, la production d'un environnement nouveau pour l'ensemble des acteurs, parents et travailleurs sociaux. L'évaluation participe de cet environnement nouveau pour le travail social. Le référentiel marque une rupture avec la clinique, en sous-tendant que l'individu ne se définit par le marquage social que l'institution judiciaire ou administrative a opéré, mais comme un être porteur de droits et de devoirs au sein de la société française et européenne.

Pour la Protection de l'Enfance, dont les obligations sont définies à la fois dans le Code Pénal et dans le Code Civil cette norme juridique des besoins est très prégnante dans l'action quotidienne d'accompagnement des familles et des enfants. A ce titre, le récent Code de la Justice Pénale des Mineurs repense le rapport de l'enfant vulnérable au faire société ensemble.

Ces évolutions normatives de la protection de l'enfance donnent une place prépondérante à l'évaluation à différents niveaux : avec la HAS, les observatoires départementaux et nationaux ont aussi pour mission d'observer les situations et d'évaluer la pertinence et l'efficacité des réponses et des orientations de l'action, de produire bon nombre d'indicateurs de mesure avec pour finalité de renforcer la capacité d'expertise nationale et locale dans le champ de l'enfance - adaptation de l'offre d'accompagnement, renouvellement des obligations relatives à cette politique ...

La complexité de l'évaluation des publics dans l'approche des problèmes

Si les besoins sont conditionnés et définis par la norme juridique et l'organisation de l'offre d'accompagnement, la question de l'évolution des publics est aussi un élément de complexité dans les évaluations. L'évolution du public renvoie à des variables diverses : socialisation familiale, situation conjugale, situation professionnelle, condition matérielle de vie, relation aux institutions, place des générations, appartenance à des réseaux sociaux et/ou culturel, pratiques quotidiennes. Il est banal mais utile de se rappeler que l'évolution des publics s'inscrit dans « une crise sociétale » de précarisation croissante, de déqualification des emplois de service, de l'augmentation de travailleurs pauvres. Les constats qui avaient déterminés les « nouvelles politiques sociales » des années 1980 – l'installation d'un chômage structurel de masse, des mutations de l'environnement économique de désindustrialisation et de montée de la précarité dans l'emploi, les transformations du

travail avec plus de précarité – n'ont pas disparu. La lutte contre les exclusions, la pauvreté fait toujours partie intégrante des objectifs du travail social.

Avec ces réalités durables, un autre aspect dans l'appréhension des publics est l'impossibilité de catégoriser de manière stable et fiable des types de comportement ou d'identités. Un jeune fume du cannabis mais n'est pas toxicomane pour autant, il est en échec scolaire mais il n'est pas pour autant complètement déscolarisé, il ne travaille pas mais il n'est pas chômeur car en stage, il est en insertion et n'est pas vraiment en emploi, il se « débrouille » mais il n'est pas vraiment délinquant.

Les différentes institutions qui interviennent participent aussi à produire des évaluations qui sont en contradictions entre elles, car s'appuyant sur des référentiels d'action qui varient selon la place qu'on occupe dans le champ de l'enfance et de la jeunesse.

Pour l'Aide Sociale à l'Enfance, l'enfant considéré comme mineur dépend de l'autorité parentale (ou ses substituts), quel que soit le type de mesure éducative. Il peut être une personne ressource du territoire et avoir une fonction de citoyen comme le postulent certaines initiatives locales telles que les conseil municipaux d'enfants. Il est perçu comme autonome et/ou acteur du développement local par les centres sociaux. Lorsqu'il est en insertion il est peut-être considéré comme inadapté, (assimilé à du « handicap social » jusque dans début des années 2000). Ces fragmentations statutaires, qui sont liées aux catégories mobilisées par différents acteurs professionnels, répondent à des grilles de lectures différentes, et ne rendent pas l'évaluation de situations faciles. La volonté affirmée de la loi de 2002 d'en faire un enjeu de pluridisciplinarité (acteurs ayant des grilles de lectures différentes de part des modes d'actions diversifiés avec des regards croisés et contradictoires) n'a pas encore produit pleinement cette pluralité de la place de différents champs disciplinaires dans des accompagnements de parcours. Les offres d'accompagnements qui s'additionnent, les interprétations évaluatives différentes qui ont du mal à cohabiter et à se synthétiser, accentuent le brouillage entre les différents secteurs d'interventions et les différentes catégories de professionnels qui œuvrent auprès de l'enfance, de la jeunesse et des familles.

Face aux multiples fonctions et offres d'identités catégorielles proposées (ou imposées) aux parents, enfants et jeunes, les « usagers » ne sont pas toujours dans le consentement pour occuper la catégorisation proposée. D'autant plus que les priorités sont l'exercice des droits fondamentaux des usagers, leur participation à la définition de l'accompagnement avec la prise en compte de leurs aspirations. Ce qui est un frein avec le fait d'être coincé dans une catégorie administrative et professionnelle.

Quelques points de débat sur l'évolution de l'évaluation

Si l'évaluation n'est pas facile du point de vue de la définition de la situation de l'utilisateur, elle l'est d'autant moins qu'une autre forme de brouillage s'est installée entre ce qui est contrôlé et ce qui fait évaluation. La loi de 2002 et 2007 instaure pour les services et établissements l'amélioration continue de la qualité avec l'objectif d'évaluations externes, pour assurer cette amélioration continue. Ce qui n'exclut pas le contrôle lors d'incidents graves ou d'événements indésirables selon la terminologie. Ces types de contrôle s'opèrent quand les incidents remettent en question la capacité d'assurer un accompagnement à l'utilisateur. Un contrôle est souvent suivi d'obligations dans la mise en œuvre, obligations qui trouvent leur traduction dans les plans d'actions.

Parallèlement aux contrôles, les politiques d'amélioration continue de la qualité ont introduit la culture de l'évaluation continue dans le secteur de la protection de l'enfance, démarche qui revient à mettre en débat régulièrement les modes d'agir, les représentations de l'accompagnement et la relation aux usagers. Ces politiques d'amélioration qualité / évaluation priorisent les enjeux de parcours sur les réponses catégorielles - traditionnellement traitées par l'approche clinique. Tout est comme si la tendance prise dans les évaluations cherchait à marginaliser la norme clinique du travail social.

L'évaluation et le contrôle répondent donc par nature à des finalités et des objectifs différents. Le contrôle répond à des objectifs de conformité selon des modèles de référence, il est factuel (preuves à l'appui) et mesure les écarts entre ce qui est réalisé et ce qui doit l'être. En ce sens il s'appuie sur des indicateurs qui sont valables quelles que soient les situations et les lieux d'action.

L'évaluation quant à elle est toujours en mouvement, en ce sens elle est « continue » dans les objectifs d'amélioration. Elle s'intéresse aux processus de travail dans la perspective d'améliorer les pratiques organisées, souvent à partir des orientations d'un projet de service ou d'établissement dans les attendus de la protection de l'enfance. Le développement d'un processus d'amélioration continue des évaluations externes a pour fonction de produire des préconisations d'amélioration.

Avec l'affirmation des référentiels dont celui de la Haute Autorité de Santé, les contrôles et les évaluations prennent peu à peu le même chemin, comme deux parallèles qui finissent par se rejoindre dans une logique commune.

Le dispositif d'évaluation externe qui s'est mis en place dans une démarche de contrôle de « conformité » de la protection de l'enfance, selon des priorités qui s'imposent : la place de l'utilisateur dans les décisions, les projets pour l'enfant, les conditions de faisabilité, les processus de travail en œuvre. Les évaluations externes mettent en jeu les habilitations, imposent des plans d'action immédiats à la production des rapports d'évaluation. Les items du référentiel de la Haute Autorité de Santé font force de loi pour mesurer ce degré de conformité. Les catalogues de « bonnes pratiques » qui auparavant produisaient des préconisations mutent en référentiel d'action qui servent de modèle à ce qui est considéré comme valable ou non valable

ou réalisé partiellement ou pas du tout, tablant sur une logique d'universalité plutôt qu'une logique catégorielle.

Les évaluations internes qui caractérisent la démarche d'amélioration qualité depuis les années 2007/2008 en amont des évaluations externes, deviennent dans ce contexte de l'autocontrôle en amont du contrôle,

Ce changement n'est pourtant pas tournant radical car la démarche qualité imposée dès les années 2007 a mis l'accent dès le début sur la production d'un ensemble de procédures, avec cette nouveauté que les références s'imposent de l'extérieur et ne peuvent plus uniquement être construites à partir de la propre position institutionnelle des professionnels d'un service ou d'un établissement.

L'évolution de l'évaluation en contrôle n'est donc qu'une suite logique de ces plus de 20 ans de mise en œuvre des politiques qualité et des référentiels d'action. Ce qui déplace le centre de gravité et marginalise les démarches d'évaluation construites à partir de la subjectivité des acteurs professionnels, conditionnée par le développement d'une culture psychologique généralisée dans les années 1970, au profit d'évaluation incluant dans le « faire avec » la participation, l'implication, la responsabilisation de l'ensemble des acteurs, usagers compris.

LOGEZ Guillaume

Directeur du Pôle Milieu Ouvert ADSEA 77

Membre du Groupement d'Intérêt Scientifique, Re. Act. T.I.s.