



Fondements d'une pratique d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle orientée vers l'intégration des services

Yves Couturier, Mylène Salles

DANS **VIE SOCIALE** 2014/2 n° 6 , PAGES 105 À 118

ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 0042-5605

ISBN 9782749241739

DOI 10.3917/vsoc.142.0105

Date de mise en ligne : 05/09/2014

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-vie-sociale-2014-2-page-105?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour érès.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Fondements d'une pratique d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle orientée vers l'intégration des services

Yves Couturier, Mylène Salles

105

L'ÉVALUATION est, bien entendu, au cœur de toute pratique professionnelle. Celle qui concerne l'intégration des services est orientée sur une finalité particulière, celle de bien évaluer les besoins de l'utilisateur de façon à planifier une intervention mieux intégrée. Cet article exposera les fondements de cette catégorie d'évaluation orientée sur l'intégration des services, de façon à montrer en quoi elle structure la possibilité même de concevoir une intervention collective plus cohérente impliquant l'ensemble des ressources nécessaires au maintien de l'autonomie de la personne âgée. Nous montrerons alors que cette forme d'évaluation participe d'un changement important dans la fonction même de toute évaluation clinique, en privilégiant une approche centrée sur les besoins de l'utilisateur plutôt que sur ceux des systèmes ou des professionnels. Pour être efficace, l'évaluation à visée intégratrice doit favoriser l'émergence d'un interlangage sur deux plans logiques de l'intervention intégrée, soit le plan horizontal liant des pratiques professionnelles interdisciplinaires, inter-organisationnelles ou intersectorielles, et, sur le plan vertical, en liant les pratiques professionnelles aux pratiques managériales. Dans cette perspective, la pratique évaluative est adossée à un outil d'évaluation métriquement robuste, partageable et inter-opérable d'une organisation à l'autre.

Yves Couturier est titulaire de la chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration de services en gérontologie.

Mylène Salles est doctorante, Centre de recherche sur le vieillissement, université de Sherbrooke, Canada.

L'INTÉGRATION DES SERVICES POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE SITUATION CLINIQUE COMPLEXE. LE CAS DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

L'intégration des services requiert des modèles conceptuels, des outils et des méthodes que des pratiques professionnelles et managériales en partie renouvelées doivent incarner dans le système de santé et de services sociaux¹. Ces diverses composantes forment les matériaux fondamentaux des réformes de l'organisation des services ayant cours un peu partout dans les pays avancés, en réponse aux défis que pose le vieillissement global de la population². Cet important déterminant sociodémographique est corrélé à l'allongement de la durée de la vie moyenne, qui est sans conteste une bonne nouvelle, mais qui a souvent pour conséquence l'allongement de la durée de la vie en perte d'autonomie, avec l'augmentation de la prévalence de problèmes de santé et sociaux multidimensionnels et chroniques qui la caractérise. Une étude montre qu'en 2009, 60,1 % de la population âgée de plus de 75 ans dans les pays de l'OCDE présentaient des limitations dans leurs activités de la vie quotidienne, et que près de la moitié de ces personnes étaient limitées de manière importante³.

La problématique générale du vieillissement global des populations a donc favorisé de profondes transformations dans la manière de concevoir les politiques publiques destinées aux personnes âgées. La diffusion de ces modèles appelle à son tour des changements dans les façons d'organiser et de livrer les services de santé et sociaux, tant au niveau des organisations que des pratiques professionnelles. Parmi ces transformations se trouve l'émergence de nouveaux modèles conceptuels de la qualité⁴, où le principe de l'usager-partenaire est crucial⁵. Ce principe fait en sorte que les systèmes de santé et de services sociaux doivent mieux prendre en considération le désir de la majorité des personnes âgées de demeurer dans leur domicile le plus longtemps

1. Margaret Macadam, *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review*, Toronto, Canadian Policy Research Networks Inc, 2008.

2. Michael J. Stewart, Andrew Georgiou, Johanna I. Westbrook, « Successfully integrating aged care services: A review of the evidence and tools emerging from a long-term care program », *International Journal of Integrated Care*, vol. 13, 2013, UI : 10-1-114280.

3. OCDE, *Panorama de la santé. 2011. Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, 2011. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-fr

4. E. Kröger, A. Tourigny, D. Morin, L. Côté, M. Kergoat, P. Lebel, L. Robichaud, S. Imbeault, S. Proulx, Z. Benounissa, « Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia », *BMC Health Services Research*, vol. 7, 195, 2007.

5. Mary Jane Koren, « Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement », *Health Affairs*, janvier 2010.

possible⁶. La prise en compte clinique de ce souhait, tout comme des risques nosocomiaux pour les personnes âgées d'une stratégie d'organisation des soins centrée d'abord sur l'hôpital et l'hébergement de longue durée, appelle une réorientation des priorités par l'implantation d'une approche *domicilo-centrée*, mieux adaptée aux problèmes chroniques et multidimensionnels caractérisant ce temps de la vie⁷. Cette priorité au domicile contribue à éviter que des ressources coûteuses, comme les urgences, et le plus souvent délétères au bien-être et à la santé physique et cognitive des personnes âgées, comme les établissements d'hébergement de longue durée ou l'hospitalisation, soient mobilisées pour des besoins qui trouveraient une réponse beaucoup plus adéquate budgétairement, cliniquement et, surtout, humainement en mode domiciliaire.

Cette transformation conceptuelle du mode d'organisation des services a cependant comme effet secondaire une complexification de la mise en œuvre des services, en raison même du domicile comme lieu de délivrance des services. Ce lieu est en effet ouvert, peu protocolarisé et faiblement protocolarisable, et se situe à la croisée de logiques d'action clinique publique, privée et associative⁸ présentant une très grande diversité normative. L'intégration des services devient alors nécessaire pour rendre effectives les évolutions conceptuelles dont nous rendons compte ici⁹. L'instauration d'un dispositif intégrateur vise à mettre en cohérence les divers services requis pour des clientèles présentant des conditions complexes, comme c'est le cas pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Des actions mieux intégrées peuvent freiner, maintenir, voire restaurer l'autonomie.

L'intégration se définit donc comme la mise en cohérence durable des diverses dimensions du système de santé et de services sociaux avec les autres services requis à la santé et au bien-être des usagers en général, et d'un usager en particulier. Pendant un éventuel épisode de perte d'autonomie, qui peut parfois s'étendre sur plus d'une dizaine d'années, la personne et son proche aidant auront besoin de soutien pour réaliser les activités de la vie quotidienne (se nourrir, se laver,

6. Amandine Weber, « Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005 », *Études et résultats*, n° 491, Paris, DRESS, 2006, p. 1-8.

7. Rejean Hébert, Pierre J. Durand, Nicole Dubuc, André Tourigny et PRISMA Group, « PRISMA: A new model of integrated service delivery for frail older people in Canada », *International Journal of Integrated Care*, 3, 2003, p. 1-10.

8. Yves Couturier, Dominique Gagnon, Louise Belzile, « La gestion de cas comme intermédiaire du "bien vieillir". Entre autonomisation des usagers et protocolisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 1, 2013, p. 53-75.

9. INSPQ, *Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées*, Québec, 2013.

etc.) et de la vie domestique (faire le ménage, faire ses comptes, etc.) ; la personne connaîtra des épisodes de soins aigus, des moments de convalescence, des traitements de basse intensité technique se donnant à domicile, elle pourrait avoir besoin d'aide psychosociale, connaître des hébergements temporaires, voire permanents, etc. Tous ces services devraient idéalement faire réseau, se constituer en un continuum qui reflète l'imbrication pour la personne âgée elle-même de ses épisodes de vie. Ces divers services sont offerts principalement par les proches aidants, mais également par les services de santé et sociaux publics, par des services privés ou associatifs, etc. Leur mise en cohérence permet d'augmenter l'efficacité des services, mais aussi leur qualité et la satisfaction des usagers.

Kodner et Kyriacou¹⁰ définissent l'intégration comme : « un ensemble cohérent de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement et de soin, les prestataires de services et de soins et les secteurs administratifs ou financeurs » (p. 1, notre traduction). À la rencontre de l'intégration verticale et de l'intégration horizontale, que nous avons présentées *supra*, se situe un coordonnateur dédié, le plus souvent appelé gestionnaire de cas¹¹. L'objet de la coordination de ce gestionnaire de cas est à la rencontre de la dimension clinique, soit les actes professionnels effectués pour un usager, et de la dimension organisationnelle, soit les normes et règles de l'établissement, l'organisation du travail et la distribution des ressources conditionnant la réponse aux besoins de la personne âgée. L'intégration a donc explicitement pour effet attendu d'induire davantage de cohérence et de continuité entre les diverses dimensions d'une intervention qui se veut plus globale, à l'image des besoins de l'usager¹².

L'intégration est *normative*, ce qui fait référence à l'appropriation par les acteurs concernés des normes, principes et valeurs qui sous-tendent le modèle d'intégration visé. Par exemple, elle posera la continuité des services comme principe générique à toute lecture de la qualité. Cette lecture est forcément le fait d'une inscription dans des standards professionnels et organisationnels de principes que le professionnel devra ultimement reconnaître ou pas¹³.

10. Dennis Kodner, Corinne Kay Kyriacou, « Fully integrated care for frail elderly: Two american models », *International Journal of Integrated Care*, vol. 1, 2000, p. 1-24.

11. Maria M. Hofmarcher, Howard Oxley, Elena Rusticelli, *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination* (working paper n. 30), Paris, OEDC, 2007.

12. Marcus Hollander, Michael Prince, « Organizing healthcare delivery systems », *Healthcare Quarterly*, vol. 11, n° 1, 2008, p. 44-54.

13. Jean-Marc Lesain-Delabarre, « Problématiques de l'évaluation dans le champ médico-social », dans Brigitte Bouquet, Marcel Jaeger, Ivan Sainsaulieu (sous la direction de), *Les défis de l'évaluation en action sociale et médicosociale.*, Paris, Dunod, 2007.

Elle est *informationnelle*, et se réalise par des politiques et des outils informationnels qui permettent à chacun des acteurs, et ce à tous les niveaux, d'avoir la bonne information requise à leur intervention, au bon moment. L'information première provient bien entendu de l'utilisateur, à travers une évaluation rigoureuse de ses besoins.

Elle est *fonctionnelle*, c'est-à-dire qu'elle requiert, sur une base territoriale, la mise en cohérence des divers processus intersectoriels et inter-organisationnels nécessaires à la bonne délivrance des services. Par exemple, il importe que la sortie de l'hôpital de la personne âgée soit organisée de manière ordonnée avec les services de soutien à domicile afin d'éviter un retour aux urgences découlant d'une mauvaise planification de l'aide requise à domicile, erreur qui pourrait même provoquer l'épuisement du proche aidant.

Elle est aussi *budgétaire*, la ressource financière devant soutenir la cohérence de l'organisation des services du point de vue des besoins de l'utilisateur, plutôt que des besoins organisationnels¹⁴. Dans un contexte comme la France, qui compte de nombreux payeurs, chacun d'entre eux veut, à bon droit d'un point de vue organisationnel, contrôler l'usage des fonds en fonction de ses priorités propres. Cela produit une organisation des services fondée sur une logique bureaucratique plutôt que clinique, mais également une grande diversité de systèmes administrativo-normatifs qui coexistent *de facto* autour de l'utilisateur.

Elle est enfin *clinique* et concerne la nature des interventions et leurs contextes de réalisation par les professionnels. Cette dernière dimension est bien entendu la plus importante, car c'est à travers elle que s'observe *in fine* l'effet des autres dimensions de l'intégration. Pour son effectivité, elle requiert différentes conditions professionnelles et organisationnelles, dont la première est une information clinique précise quant aux besoins de l'utilisateur ; et l'évaluation est l'origine première de toute information clinique.

Il existe deux logiques fondatrices de tout projet de mise en cohérence des services. La première, classique, concerne la mise en cohérence des processus organisationnels. Elle se fonde sur une logique dite *service-driven* qui s'appuie sur une conception plus ou moins explicitement tayloriste. Il y aurait une bonne façon, efficace, de mettre les systèmes en cohérence. Cette logique est connue pour son efficacité systémique relative, mais elle a souvent peine à saisir le caractère global des situations cliniques, qui plus est des situations cliniques complexes. Elle a en outre pour effet d'être insuffisamment proactive, en termes de prévention, et insensible aux besoins des personnes qui, pour des raisons culturelles, sociales ou cognitives, demandent peu, ou

14. Yves Couturier et coll., *op. cit.*, 2013

pas, comme c'est fréquemment le cas pour les personnes âgées. La seconde logique, dite *client-centered care*¹⁵, inverse le regard et affirme la nécessité d'avoir une lecture adéquate, globale et compréhensive de la situation clinique de l'utilisateur pour qu'il en découle une micro-organisation des services adaptée à sa situation clinique. Ainsi, cette logique espère que les situations complexes seront mieux lues par les systèmes de soins, et donc les réponses aux besoins identifiés ultimement mieux adaptées. La première de ces logiques est historique et toujours dominante, la seconde est émergente, en appui sur de nombreux modèles conceptuels de la qualité, tous plus ou moins fondés sur les avancées conceptuelles provenant de la santé publique. Par exemple, l'ensemble des modèles conceptuels sur la qualité des services provenant des grands organismes internationaux de normalisation en santé (Centers for Disease Control, Organisation mondiale de la santé, National Health Service, Institut of Medecine) en appellent tous à la mise en cohérence des pratiques et au développement de pratiques évaluatives à la fois plus rigoureuses et plus sensibles à la situation clinique de l'utilisateur. La seconde logique cherche néanmoins l'ordonnancement logique des principes d'organisation des services, en instaurant sur le plan de la conception même des systèmes le principe de primauté logique des besoins de l'utilisateur sur les besoins des professionnels et des organisations. Il va sans dire que cette intention se heurte à une très grande inertie systémique.

Cet arrimage nouveau entre logique systémique et logique fondée sur les *besoins des usagers* découle de l'avancée d'une conception épidémiologique de l'organisation des services, mais d'une épidémiologie transformée par les innovations conceptuelles en provenance de la santé publique, qui posent la prise en compte des besoins de l'utilisateur comme un déterminant particulièrement important de l'efficacité populationnelle des services, mais aussi clinique¹⁶. En fait, les concepts de patients partenaires, de services *client-oriented*, voire *person-oriented*, entre autres, sont tout à la fois reconnus comme des axiomes de la qualité des services, mais également comme des données probantes de l'efficacité clinique des soins¹⁷. Dans le tandem professionnel-utilisateur, le premier nommé est détenteur d'une expertise technique alors que l'utilisateur et son proche aidant sont experts de la situation de vie de l'utilisateur. Leur partenariat est une condition essentielle de l'adéquation de la réponse sociale aux besoins de l'utilisateur¹⁸. Le couple logique usagers-

15. M. Hollander et M. Prince, *op. cit.*, 2008.

16. C.A. Barton, J. Proudfoot, G. Powell-Davies, C. Holton, T. Bubner, C. Amoroso, M. Harris et J. Beilby, « How patient-centred is Australian general practice? » *Health Issues Centre*, 2005, n° 83, 2005, p. 14-17.

17. E. Kröger et coll., *op. cit.*, 2007.

18. M. Splaine Wiggins, « The partnership care delivery model an examination of the core concept and the need for a new model of care », *Journal of Nursing Management*, 16, 2008, p. 629-638.

évaluation des besoins semble prendre peu à peu la place du couple classique citoyen-organisation des services, où le service était délivré en fonction d'une logique de droit aux services, incarnée par des outils avant tout administratifs. Le passage d'outils administratifs visant à objectiver le droit d'accès aux services à des outils cliniques établissant le besoin de services constitue une importante évolution conceptuelle¹⁹. Cette évolution est bien entendu en cours, imparfaite, mais semble exprimer une certaine socialisation des approches à fondements épidémiologiques dont les effets sont encore en partie à comprendre.

II ÉVALUER POUR INTÉGRER

Dans la perspective intégratrice, l'évaluation n'est plus qu'un moment parmi d'autres d'un processus générique d'intervention²⁰. Elle constitue la condition clinique première d'une transformation profonde dans la manière de concevoir et d'incarner l'organisation des services. L'évaluation dont on parle ici a bien entendu les mêmes fondamentaux que toute évaluation clinique, nouant mesure et jugement, par exemple.

De façon générale, le vocabulaire de l'évaluation est large, diffus, parfois confus, « en raison de la pluralité de ses objets (toutes sortes d'écarts concernant les besoins, les attentes, les prestations, les pratiques, les fonctionnements institutionnels), et du trop-plein de méthodes²¹ ». À lui seul, Patton²² décrit cent trente-deux types d'évaluation.

Pour tenter de clarifier le tout, nombre de publications en appellent à l'étymologie : mesure ou estimation de la valeur de quelqu'un ou de quelque chose. Dans tous les cas de figure, l'évaluation se présente comme un jugement de valeur fondé sur l'estimation d'un écart entre un standard et une pratique ou un état, permettant le plus souvent d'estimer les probabilités d'une évolution, afin de soutenir une décision, ici clinique et collective. L'évaluation est donc à la fois toujours qualitative, puisqu'elle énonce un jugement sur la valeur, et quantitative, puisqu'elle s'incarne très souvent dans la documentation d'un écart au

19. Yves Couturier, Dominique Gagnon, Mylène Salles, Louise Belzile, « Une nouvelle forme de catégorisation : l'évaluation multidimensionnelle de la perte d'autonomie des personnes âgées », dans Marcel Jaeger (sous la direction de), *Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médicosociale*. Paris, Dunod, coll. « Action sociale », 2012, p. 209-224.

20. Cristina de Robertis, *Méthodologie de l'intervention en travail social*, Paris, Le Centurion, 1982.

21. Marcel Jaeger, « De l'émergence du concept à la mise en œuvre effective », *op. cit.*, p. 11.

22. Mickael Quinn Patton, *Utilization-Focused Evaluation*, Saint Paul, MN, Sage Publication Inc, 4e édition, 2008.

travers de laquelle une décision menant à l'action pourra s'effectuer. Pour ce faire, l'évaluateur doit savoir mettre en forme et justifier cette comparaison en insérant son jugement dans ce que Figari²³ conçoit comme un processus de *référentialisation* à des indices stabilisé et institué. Puis l'évaluation prend des allures prédictives puisqu'elle présente aussi la forme d'un processus appréciatif de probabilités. En cela, elle se fonde sur une approche de type coûts/bénéfices qui suppose que les moyens mobilisés auront un effet. De Ketele et Roegiers²⁴ rappellent que le projet d'évaluer un programme ou une pratique s'origine au monde anglo-saxon. Ce projet s'appuie sur une conception pragmatique des problèmes, notamment en termes d'efficacité et d'efficience. Cette tradition évaluatrice est inscrite dans le projet de nourrir la réflexion en vue de la décision. Pour cela, elle doit être méthodique, généralement calquée sur la méthode scientifique, bien qu'elle s'en distingue, notamment quant à ses finalités.

L'évaluation dont nous parlons ici s'inspire des principes de la nouvelle gestion publique, à la fois scientifique, économiciste, pragmatiste et libérale (centration sur les besoins de l'utilisateur)²⁵. En fait, nous soutenons que l'évaluation s'appuie de plus en plus sur la science pour s'effectuer, et que cela en transforme en partie la finalité et la fonctionnalité.

Guba et Lincoln identifient quatre phases dans l'histoire de l'évaluation. Le passage d'un stade à un autre se fait par le développement des concepts et l'accumulation des connaissances. Le premier stade est centré sur la mesure (des résultats scolaires, de l'intelligence, de la productivité des travailleurs). L'évaluateur est essentiellement un technicien qui doit savoir construire et utiliser les instruments permettant de mesurer les phénomènes à l'étude. Le deuxième stade s'affirme durant les années 1920 et 1930. Il s'agit d'identifier et de décrire comment des programmes permettent d'atteindre leurs résultats. Le troisième est centré sur le jugement. L'évaluation doit permettre de juger une intervention. Le quatrième stade est en émergence. L'évaluation est conçue comme un processus de négociation entre les acteurs concernés par l'intervention à évaluer²⁶.

23. Gérard Figari, *Évaluer : quel référentiel*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1994.

24. Jean-Marie de Ketele, Xavier Roegiers, *Méthodologie du recueil d'informations. Fondements des méthodes d'observation, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents*, Bruxelles, De Boeck, 1991.

25. Yves Couturier, Dominique Gagnon, Louise Belzile, « La gestion de cas comme intermédiaire du "bien vieillir". Entre autonomisation des usagers et protocolisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 1, 2013, p. 53-75.

26. André Pierre Contandriopoulos, François Champagne et coll., « L'évaluation dans le domaine de la santé. Concepts et méthodes », *Bulletin* 33 (1), 1993, p. 12-17.

En ce sens, l'évaluation est un processus qui permet de conseiller les usagers et de leur offrir une thérapie adaptée à leurs besoins à partir d'une lecture objectivée, et donc discutable avec divers « autres », de leur situation. Puisqu'il y a un processus, l'évaluation est en quelque sorte le mouvement perpétuel de questionnement des informations collectées au travers des indices répertoriés, eu égard à la mise en place de services. Ici se situe selon nous une part du caractère « proactif » de l'évaluation, car tendue vers la finalité de prendre une décision pour l'action²⁷. Par la suite, cette action déclenchée pour combler l'écart mesuré sera idéalement à son tour évaluée. Sans action(s), l'évaluation, limitée à la seule collecte des informations et à l'expression de probabilités, est stérile. Elle se doit d'être décisionnelle pour trouver son plein effet, car, selon l'expression populaire, « peser le cochon tous les jours ne l'a jamais fait grossir²⁸ ».

L'acte d'évaluer suppose également une expertise, celle de l'évaluateur, mais aussi celle incorporée dans l'outil d'évaluation²⁹. Le rapport évaluateur-outil est bivalent, c'est-à-dire que l'un transforme l'autre au moment de l'usage³⁰. Malgré une littérature abondante sur l'évaluation, on ne sait que très peu de chose sur la pratique effective d'évaluation, encore moins de l'évaluation à visée intégratrice. « Si évaluer est une activité courante, c'est aussi une activité méconnue et difficile à formaliser³¹. »

L'exigence de plus en plus élevée quant à la méthodicit  et à la rigueur de l'évaluation a suscité le développement d'outils standardisés d'évaluation et favorisé l'émergence de professionnels de l'évaluation, surtout dans le monde anglo-saxon. « L'émergence de professionnels de l'évaluation s'est accompagnée de celle d'une littérature abondante constituée de définitions conceptuelles, de prescriptions d'étapes, d'outils et de manieres d'évaluer. Les auteurs ont posé – sans la résoudre – la question des compétences nécessaires pour  valuer³². »

27. Jean-Pierre Boutinet, *Anthropologie du projet*, Paris, Puf, 1992.

28. Reprise au titre de l'article de Patrick Picard, « "Peser le cochon tous les jours ne l'a jamais fait grossir" : représentations et dilemmes des enseignants du premier degré confrontés aux "compétences" », *Ville- cole-intégration diversité*, n  169, 2012.

29. Nicole Dubuc et coll., « Les profils Iso-SMAF : un système pour soutenir les réseaux de services intégrés », dans Marie-Josée Fleury et coll., *Le système socio-sanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*, 2006.

30. Pierre Rabardel, « Instrument subjectif et développement du pouvoir d'agir », dans P. Rabardel et P. Pastr  (sous la direction de), *Modèles du sujet pour la conception*, Toulouse, Octar s, 2005.

31. Claire Tourmen, « Les compétences des évaluateurs de politiques publiques », *Formation emploi*, n  104, 2008, p. 53.

32. *Ibid.*, p. 55.

Plusieurs propositions de description des compétences professionnelles requises à l'évaluation ont été formulées, dont celle de la Société canadienne d'évaluation³³ et celle de King et ses collaborateurs. Selon Tourmen, ces taxonomies de compétences, soit des listes détaillées de compétences évaluatrices (au sens anglais de *skills*), se présentent comme « une liste » de « capable de », allant de « porter des jugements », « analyser des données » à « être ouvert aux suggestions des autres » et « être capable de composer avec le stress pendant un projet », sans oublier les classiques items « aptitude au travail d'équipe » et à la « communication ». Tourmen estime que ces travaux rencontrent les mêmes difficultés que nombre de « référentiels de compétences. En effet, la liste des compétences se confond souvent avec un inventaire qui juxtapose des éléments variés, plus proches de la description de toutes les tâches possibles (à qui on ajoute "être capable de") et de tous les outils possibles³⁴ ». Il apparaît donc que, malgré cet appel à la protocolarisation de l'évaluation, il demeure un important débat quant à l'équilibre à trouver entre la mesure et le jugement. À ce propos, nous suivons Dodier³⁵ qui montre comment dans les expertises médico-administratives existe un double procédé de jugement : dans le premier, le médecin objective les capacités du salarié par l'exercice de la clinique médicale et en déduit d'éventuelles restrictions d'aptitude. Dans le second, le médecin écoute les doléances du salarié, en particulier quant aux douleurs qu'il ressent, et lui délègue le soin de juger ce qu'il peut exercer comme tâche dans l'entreprise. Le médecin reconnaît alors au salarié une « expérience privée », échappant aux possibilités d'objectivation médicale, et qui néanmoins importe dans la décision.

Malgré la capacité de l'évaluateur de jouer avec l'évaluation, il demeure que l'instrumentation technique, parmi d'autres conditions, délimite « quelles sont les caractéristiques pertinentes des personnes pour l'investigation, qui "voit" ces caractères, qui peut en parler³⁶ ». Les moyens utilisés par l'évaluateur conditionnent donc « comment pourra, et devra, s'exercer la critique médicale sur les informations que lui livrent la personne et les instruments. Les manuels définissent comment le médecin doit, pour reprendre un terme de Boltanski et Thévenot (1987), "ouvrir les yeux" sur les personnes³⁷ ».

33. M. Mc Guire, R. Zorzi, B. Perrin, *Projet de la Société canadienne d'évaluation à l'appui de la défense des intérêts et du perfectionnement professionnel*, Société canadienne d'évaluation, 2002, www.evaluation.francophonie.org.

34. Claire Tourmen, *op. cit.*, p. 55.

35. Nicolas Dodier, « Expérience privée des personnes et expertises médico-administratives. Une enquête dans la médecine du travail », *Sciences sociales et santé*, vol. 9, n° 2, 1991, p. 79-121.

36. *Ibid.*, p. 80.

37. *Ibid.*, p. 80.

II FONDEMENTS DE L'ÉVALUATION À VISÉE INTÉGRATRICE

Nous voulons exposer, dans la suite de cet article, certaines caractéristiques profondes, et souvent peu explicites, de ce mode d'évaluation.

II L'interlangage et ses divers bilinguismes produits par l'évaluation

Pour rendre effectif le projet de mise en cohérence des services autour d'une personne âgée en perte d'autonomie porté par le dispositif intégrateur, l'évaluation à visée intégratrice doit permettre de produire en continu un interlangage, tant interprofessionnel, inter-organisationnel qu'intersectoriel. Ce langage commun exige, pour être reconnu par ses divers « locuteurs », d'être perçu comme rigoureux, ce qui génère de la confiance puis de la reconnaissance, et qu'il permette d'exprimer toutes les dimensions de la situation clinique et fonctionnelle pour chacun, soit la conséquence logique d'une approche dite « *person-centered* ». Pour cela, l'outil clinique d'évaluation se doit d'être métriquement robuste (il mesure ce qu'il doit mesurer), multidimensionnel et doit permettre de recueillir l'énonciation par le sujet-usager de son projet de vie, puisque la décision qui découlera de l'évaluation des besoins visera à modifier la situation dans laquelle l'utilisateur se retrouve personnellement. Il doit ainsi être fondé sur des savoirs scientifiques reconnus, mais pas seulement. Le langage alors produit par l'évaluation devra être assez général pour avoir du sens pour une grande variété d'acteurs, tout en demeurant cliniquement utile à chacun d'entre eux. L'interlangage doit donc « parler » à la fois aux intervenants, aux cadres, aux usagers, éventuellement aux décideurs et aux chercheurs, et par conséquent favoriser diverses médiations entre systèmes normatifs qui jusque-là tendaient à s'ignorer, malgré leur profonde et irréductible interdépendance *de facto*.

II La prise en compte de la compensation dans l'évaluation

En anglais, on dit que l'évaluation se doit d'être *comprehensive*, c'est-à-dire sensible à la singularité de la situation clinique. Pour cela, elle doit, outre l'activité de mesure de la perte d'autonomie, considérer un ensemble de dimensions informelles qui ne sont pas prises en compte par les diverses listes nosographiques auxquelles l'évaluateur a accès. Pour ce faire, le jugement clinique doit trouver une place importante et explicite dans l'évaluation, notamment dans des notes de synthèse qui permettent à l'évaluateur de donner sens aux écarts documentés entre les catégories cliniques professionnelles et la situation clinique vécue par l'utilisateur. Par ailleurs, la plupart des outils cliniques standardisés en gérontologie³⁸ se fondent sur une logique de mesure

38. D. Somme, Y. Couturier, P. Gervais, R. Hébert, J. Henrard, A. Kieffer et coll., *Projet POEM. Étude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnelle dans le cadre du plan national Alzheimer, second tour*, Paris, Fondation nationale de gérontologie, 2012.

inspirée du modèle conceptuel du handicap³⁹, qui pose la mesure de la perte d'autonomie comme le rapport entre un facteur incapacitant (par exemple : une limitation fonctionnelle à la mobilité) et ses diverses compensations actuelles (par exemple : une automobile adaptée, un fauteuil roulant, mais aussi un proche aidant qui aide aux transferts). L'écart entre les deux mesures permet de caractériser la perte d'autonomie et d'identifier les actions compensatrices en prenant d'abord appui sur les capacités de la personne, les conditions de son environnement et de son projet de vie.

II L'inscription de l'évaluation dans un dispositif intégrateur

Le bon outil d'évaluation doit être partagé par l'ensemble des acteurs du continuum de services visé par le projet intégrateur, de façon à réduire la concurrence entre les langages locaux, voire les dialectes, qu'ils soient professionnels, organisationnels ou sectoriels. Bien entendu, chaque segment professionnel, organisationnel ou sectoriel de ce continuum peut faire un usage d'outils maison ou spécialisés, les regards spécifiques demeurant essentiels. Mais leur sens devra être en cohérence avec le regard collectif, à partir d'un point de vue unificateur qui crée *de facto* une cohérence globale.

Au continuum de services que met en cohérence l'évaluation multidimensionnelle se superpose un continuum fonctionnel formé d'un guichet unifié d'accès aux services à partir duquel le processus évaluatif est lancé de manière rigoureuse. Ce guichet est la porte d'entrée principale du continuum de services, et est très bien connu des autres portes d'entrée naturelles que sont les cabinets médicaux et les urgences. Ce continuum fonctionnel inclut aussi un outil de planification des services individualisé qui énoncera clairement, à partir des besoins de l'utilisateur identifiés par l'évaluation, l'orientation générale des interventions. Cet outil de planification n'indique pas aux divers acteurs quoi faire ni, encore moins, comment faire. Mais il donne les grandes orientations communes requises à l'organisation des services aux besoins de la personne âgée. Ce duo de gestes professionnels (évaluer-planifier) se prolonge dans l'action professionnelle d'un intervenant dédié à mettre en œuvre les services ainsi identifiés, où que se trouve l'utilisateur dans le continuum organisationnel de services.

L'évaluation à visée intégratrice doit être soutenue par un système d'information adéquat, informatisé, télé-accessible, inter-opérable d'un acteur à l'autre. Cela permet à tous les professionnels concernés par l'organisation des services pour un utilisateur en particulier d'accéder et de partager l'information clinique requise facilement, au bon moment.

39. Patrick Fougeyrollas, René Cloutier, Hélène Bergeron, Jacques Côté, Ginette Saint-Michel, *Classification québécoise. Processus de production du handicap*, Québec, Réseau international sur le processus de production du handicap, RIPPH/SCCIDH, 1998.

On le voit, l'acte d'évaluation à visée intégratrice a une double fonction : la première est d'identifier les besoins, la seconde de créer de la cohérence dans la réponse organisationnelle à ces besoins. Cette fonction a une valence clinique, centrée sur un usager, mais aussi une valence populationnelle. L'évaluation à visée intégratrice doit donc contribuer à relier l'information clinique située à ses conditions organisationnelles ou collectives de mise en œuvre. L'évaluation doit permettre de recueillir en arrière-plan une information à usage managérial (éventuellement scientifique) pour suivre la qualité de la mise en cohérence sur les plans clinique, fonctionnel et populationnel des efforts d'intégration des services. Par exemple, les ressources du système de santé et de services sociaux sont-elles affectées aux clients prioritaires ? Y a-t-il adéquation entre la hauteur des besoins de la personne ou de la population et la hauteur des ressources mises à leur disposition ? Les besoins sont-ils comblés ? L'autonomie des personnes âgées est-elle préservée ? Un bon monitoring, inscrit dans une stratégie institutionnelle d'accroissement continu de la qualité, pourrait montrer que trop de ressources sont affectées à des interventions délétères, comme l'hébergement de longue durée, au détriment d'interventions plus adéquates, et ce à tous égards, comme le soutien à domicile⁴⁰.

Enfin, ces outils peuvent permettre d'attacher ensemble évaluation et développement professionnel, en liant les catégories cliniques de l'évaluation à des protocoles d'aide à la décision mobilisant des savoirs scientifiques. Par exemple, à l'item « chute », un rappel à l'intervenant pourrait être effectué à propos du fait que lorsqu'une personne âgée dit avoir chuté, il est hautement probable que ce ne soit pas la première fois, et qu'une intervention d'adaptation du logement ou qu'une évaluation de l'aptitude à la marche soient potentiellement requises. Dans tous les cas de figure, les opérations attachées à l'acte d'évaluer (monitoring, aide à la décision, etc.) ne doivent se faire qu'au bénéfice de l'intervention, et de façon conviviale pour la personne âgée. Pour son premier utilisateur, le professionnel, il en est de même, sinon des pratiques parallèles d'évaluation se développeront. L'instrumentation de l'évaluation devrait donc s'effectuer avec une très haute sensibilité à la logique clinique, voire pragmatique, qui demeure centrale à l'action de tout professionnel.

|| L'adhésion et l'observance du sujet et de ses proches comme horizon clinique de l'évaluation

L'évaluation engage ultimement une intervention sur l'adhésion de l'usager. Il s'agit formellement d'obtenir son consentement quant aux décisions opératoires qui découlent de l'évaluation. Cette étape formelle

40. Rejean Hébert, « L'assurance autonomie. Une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement », *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement* vol. 31, n° 1, 2012, p. 1-11.

peut être estimée insuffisamment riche pour engager une adhésion profonde. Néanmoins, elle donne l'occasion à l'utilisateur et à ses proches de se prononcer sur l'orientation générale du plan de service. L'évaluation permet donc l'expression de la subjectivité de l'utilisateur, tout en posant la qualité de cette expression comme indicateur clinique de la capacité de la personne. Ici, le couple utilisateur-proche aidant est indissociable cliniquement pour bien évaluer la situation clinique. Même si l'évaluation porte spécifiquement sur l'utilisateur, en pratique c'est en effet la situation clinique qui fait l'objet de l'évaluation. Ce fondement de l'évaluation à visée intégratrice permet à la fois de porter la parole contre les inerties du système, notamment à travers l'expression singulière du projet de vie de l'utilisateur qui y sera explicitement consignée, de prendre en compte par une approche globale des besoins l'ensemble des dimensions de la situation clinique, tout en posant la capacité d'exprimer cette singularité comme indice clinique très important.

II CONCLUSION

L'évaluation clinique à visée intégratrice dont nous venons de rendre compte possède les mêmes fondamentaux que tout acte d'évaluation, notamment une imbrication d'une logique de mesure, portée par l'outil, et d'une logique d'appréciation subjective, portée par le jugement professionnel de l'intervenant. Ici, comme toujours, ces deux logiques sont nouées, non pas en tant que pôles d'une tension antinomique, mais bien comme une dialectique où l'une requiert et influence l'autre. L'analyse que nous faisons de la forme empirique actuelle que prennent les pratiques évaluatives à visée intégratrice montre comment cet acte évaluatif n'est pas que le premier d'une séquence logique d'intervention, mais bien la condition par laquelle le processus d'intervention intégrée devient possible. L'évaluation se constitue alors comme analyseur de la capacité d'un réseau formel et informel d'acteurs, par nature divers et souvent en concurrence, à se mettre en cohérence, pour augmenter l'adéquation et la qualité des services pour des personnes quand la situation clinique est complexe. Cet exposé signale les fondements d'une transformation dans la façon de concevoir et de réaliser l'évaluation, soutenue à la fois par des modèles conceptuels et des systèmes normatifs dont l'analyse profonde demeure probablement à faire, puisque leur sens n'est pas univoque. Reste également à comprendre l'usage effectif que font, ou feront, les cliniciens de ces outils en cours d'implantation. Car c'est dans l'usage que la pluralité des sens d'une transformation conceptuelle peut ultimement s'analyser.