



# *Rapport d'activité 2007-2008*

*Mars 2009*



Agence nationale de l'évaluation  
et de la qualité des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux







## Avant-propos

Ce rapport retrace les premiers pas et la montée en puissance de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ESSMS) en 2007/2008.

Entre mai 2007, date de son installation et décembre 2008, un an et demi aura suffi pour qu'elle puisse être pleinement opérationnelle grâce aux efforts fournis par tous : personnels du groupement, membres de ses instances et administrations de tutelle. L'Agence est désormais en mesure de répondre aux attentes du gouvernement, des représentants des usagers et des professionnels du secteur social et médico-social.

Attendues depuis la loi du 2 janvier 2002, les premières recommandations de bonnes pratiques ont ainsi été publiées dès 2008. L'Agence a par ailleurs produit le premier bilan national de mise en œuvre de l'évaluation interne et adopté la procédure d'habilitation des organismes indépendants légalement en charge de l'évaluation externe des ESSMS.

2008 a été également marquée par une restructuration d'ampleur - prévue par le projet de loi « Hôpital, santé, patients et territoires » qui inscrit le secteur médico-social dans le champ des agences régionales de santé et de l'Agence nationale d'appui à la performance.

C'est dans ce cadre que le contrat d'objectifs et de moyens a été préparé afin de définir les orientations stratégiques de l'Agence pour les années à venir.

Trois axes majeurs ont été retenus :

- produire des recommandations de pratiques permettant aux professionnels des ESSMS de déployer une dynamique d'amélioration de la prise en charge des personnes accueillies ;
- accompagner les ESSMS en développant l'évaluation et en amorçant le déploiement des recommandations grâce à la mobilisation des grandes fédérations et associations du secteur ;
- assurer le suivi, l'information et la communication autour des démarches d'évaluation.

En entamant son deuxième programme de travail en 2009, l'Agence assure désormais un rôle d'aiguillon dans le développement de la qualité des pratiques et des activités des ESSMS, en application des missions que le législateur lui a confiées.



Didier Charlanne  
Directeur de l'Anesm

Didier Charlanne



Agnès Jeannet  
Présidente du Conseil  
d'administration

Agnes Jeannet



# Sommaire

<b>Avant-propos.....</b>	<b>3</b>
<b>Partie I. Une Agence de l'évaluation et de la qualité pour le secteur social et médico-social .....</b>	<b>7</b>
<b>1. La création de l'Anesm .....</b>	<b>8</b>
1.1. Le champ d'intervention de l'Anesm .....	9
1.2. Les missions de l'Anesm.....	11
1.3. Les objectifs et les moyens matériels de l'Anesm .....	13
<b>2. Les instances.....</b>	<b>14</b>
2.1. Les instances délibératives .....	14
2.1.1. Les prérogatives de l'Assemblée générale et du Conseil d'administration.....	14
2.1.2. Les délibérations.....	15
2.1.3. L'exécutif.....	17
2.2. Les instances de travail.....	17
2.2.1. Le Conseil scientifique (CS), garant de la méthode et de la qualité scientifique des travaux de l'Agence .....	17
2.2.2. Le Comité d'organisation stratégique (COS), garant de l'opérationnalité des recommandations .....	19
<b>3. L'adoption du programme de travail de l'Anesm.....</b>	<b>21</b>
3.1. Le premier programme de travail.....	22
<b>Partie II. Les réalisations de l'Anesm en 2008.....</b>	<b>25</b>
<b>1. Produire les premières recommandations .....</b>	<b>26</b>
1.1. La méthode de travail .....	27
1.2. Huit recommandations publiées.....	29
1.2.1. Recommandations transversales .....	29
1.2.2. Recommandations spécifiques .....	34
1.3. Les recommandations engagées en 2008 .....	36
1.3.1. Deux recommandations transversales .....	36
1.3.2. Trois recommandations spécifiques .....	36
<b>2. Dresser un premier état des lieux de l'évaluation interne .....</b>	<b>38</b>
2.1. Enquête menée auprès de 3 000 établissements sociaux et médico-sociaux.....	38
2.1.1. Présentation de l'enquête.....	38
2.1.1.1. La méthodologie retenue .....	38
2.1.1.2. Les résultats .....	39
2.2. Enquête menée auprès des Ddass et des conseils généraux.....	47
2.2.1. Présentation de l'enquête.....	47
2.2.1.1. Méthodologie retenue .....	47
2.2.1.2. Les résultats .....	47

<b>3. Accompagner les établissements et services .....</b>	<b>52</b>
3.1. Mise en œuvre et conduite de l'évaluation.....	52
3.2. Préparation d'un outil d'auto-évaluation sur la bientraitance .....	52
3.3. Promouvoir les recommandations : les Rencontres de l'Agence .....	52
3.4. Appels à contribution et travaux préparatoires sur les principes fondamentaux garantissant la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation.....	54
<b>4. Définir la procédure d'habilitation .....</b>	<b>57</b>
4.1. L'évaluation externe : un marché à réguler .....	57
4.2. Un principe directeur : garantir l'indépendance des organismes.....	57
4.3. La mise en œuvre de la procédure .....	58
4.4. Refus, suspension ou retrait d'habilitation .....	59
4.5. Qui sont les candidats à l'habilitation ? .....	59
<b>5. Evaluer les Centres ressources (CR) sur le handicap rare.....</b>	<b>61</b>
5.1. Le cadre d'évaluation .....	61
5.2. Le recueil et l'analyse des données .....	61
5.3. Les principaux résultats.....	62
5.4. Les préconisations de l'Agence .....	62
<b>6. Diffuser les travaux, améliorer la visibilité de l'Agence .....</b>	<b>64</b>
6.1. Le site .....	64
6.2. La diffusion des travaux .....	64
6.2.1. Les recommandations.....	64
6.2.2. Le déploiement des recommandations et de la démarche d'évaluation interne .....	65
6.3. L'Anesm dans la presse.....	65
6.4. Les interventions de l'Anesm.....	65
<b>7. Les ressources humaines en 2008 .....</b>	<b>66</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>67</b>
<b>Annexe 1</b> – Répartition des contributeurs au financement du groupement .....	<b>68</b>
<b>Annexe 2</b> – Répartition des établissements du secteur social et médico-social .....	<b>69</b>
<b>Annexe 3</b> – Compte financier.....	<b>74</b>
<b>Annexe 4</b> – Composition nominative de l'Assemblée générale .....	<b>75</b>
<b>Annexe 5</b> – Composition nominative du Conseil d'administration.....	<b>77</b>
<b>Annexe 6</b> – Composition nominative du Conseil scientifique.....	<b>78</b>
<b>Annexe 7</b> – Composition nominative du Comité d'orientation stratégique .....	<b>79</b>
<b>Annexe 8</b> – Liste des avis rendus par le Comité d'orientation stratégique .....	<b>83</b>
<b>Annexe 9</b> – Composition nominative du bureau du Comité d'orientation stratégique .....	<b>84</b>
<b>Annexe 10</b> – Liste non-exhaustive des articles parus sur l'Anesm en 2008 .....	<b>85</b>

## **Partie I.**

**Une Agence de l'évaluation et  
de la qualité pour le secteur  
social et médico-social**

## 1. La création de l'Anesm

En rénovant les institutions sociales et médico-sociales, la loi n°2 du 2 janvier 2002 a réaffirmé l'importance du respect des droits des personnes, recentré l'action des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sur la place essentielle des usagers et de leurs représentants. Cette préoccupation a conduit le gouvernement à prévoir dans l'avant-projet de loi l'évaluation interne des ESSMS.

Lors de son dépôt à l'Assemblée nationale, en juillet 2000, le projet de loi prévoyait une évaluation interne, assortie d'une autorisation d'une durée de dix ans renouvelable en tout ou partie au vu des résultats de l'évaluation.

C'est au cours des travaux de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale qu'apparaît la notion d'évaluation externe. La commission mixte paritaire élaborera la version définitive de la loi qui sera codifiée à l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce dernier fonde ainsi depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, l'obligation faite aux ESSMS de mettre en œuvre une évaluation de leurs pratiques et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Le dispositif de l'évaluation comporte ainsi deux dimensions complémentaires :

- l'une oblige chaque établissement et service à mettre en œuvre une évaluation interne, avec l'obligation d'en communiquer tous les cinq ans les résultats aux autorités de contrôle ;
- l'autre fixe le cadre d'une évaluation externe pratiquée par des organismes extérieurs, au cours des sept ans qui suivent l'autorisation et au moins deux ans avant la date de son renouvellement. Le législateur a ainsi souhaité disposer d'un jugement indépendant sur les modalités de déploiement de l'évaluation interne au sein des ESSMS.

Pour autant, l'évaluation nécessite que les établissements et services s'étaillonnent par rapport à des repères - procédures, références, recommandations de bonnes pratiques - élaborés par le secteur professionnel et validés par une instance nationale, ou, en cas de carence, élaborés par cette instance. C'est à cet effet que l'article 22 de la loi n° 2002- 2 du 2 janvier 2002 avait prévu la création du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS). Installé en avril 2005, celui-ci était composé de 66 membres titulaires et comprenait, outre les représentants de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes de protection sociale, des professionnels, usagers, personnes qualifiées et gestionnaires de l'ensemble des établissements et services. Fin 2006, le CNESMS avait publié un guide méthodologique de l'évaluation interne et deux notes d'orientation.

Renforcer les moyens affectés à l'évaluation du secteur social et médico-social, disposer d'une instance constituée et pérenne, structurer le paysage des ESSMS en impulsant une stratégie d'évaluation moderne pour les accompagner dans une démarche d'évaluation de leurs pratiques et de leurs activités, pallier l'absence de procédures, de références et de recommandations de pratiques professionnelles scientifiquement validées, ont été les raisons essentielles qui ont présidé à la création de l'**Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)**.

Crée par la loi n°2006-1640 de financement de la sécurité sociale pour 2007 du 21 décembre 2006, l'Anesm est un groupement d'intérêt public (GIP) régi par l'article 22 de la loi n°87-571 du 23 juillet 1987 modifiée, et par le décret d'application n°88-1034 du 7 novembre 1988 modifié. Il est constitué pour dix années reconductibles.

Il est financé essentiellement par l'Etat et le CNSA.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Cf. annexe 1, Répartition des contributeurs au financement du groupement.

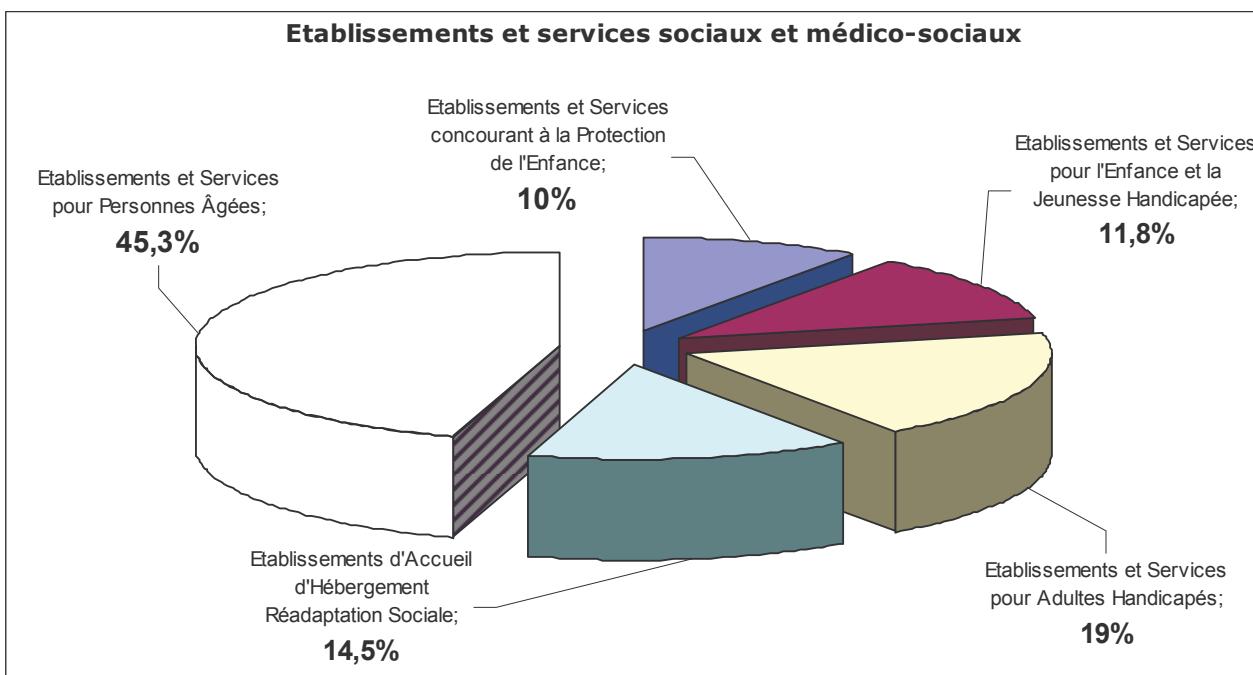
## 1.1. Le champ d'intervention de l'Anesm

Le secteur social et médico-social compte environ 35 000 structures<sup>2</sup>. La répartition des établissements et services en fonction du public auquel ils s'adressent traduit des disparités importantes en termes de volume.

### Répartition des établissements du secteur social et médico-social

	Nbre d'établissements et services	Répartition %
<b>ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX</b> (Attention : certains établissements, services et organismes gestionnaires peuvent être comptabilisés à plusieurs reprises)	<b>37 436</b>	
Etablissements et services concourant à la protection de l'enfance	3 598	10%
Etablissements et Services pour l'Enfance et la Jeunesse Handicapée	4 422	11,8%
Etablissements et Services pour Adultes Handicapés	7 030	19%
Etablissements d'Accueil d'Hébergement Réadaptation Sociale	5 418	14,5%
Etablissements et Services pour Personnes Âgées	16 968	45,3%

source: fichier FINESS, 09/2008



Source Finess, 2008.

Il se caractérise par la grande diversité de son périmètre d'activités, des secteurs d'intervention, du statut des structures qui le composent ainsi que des instances qui les autorisent et les financent.

Dans ce secteur, les établissements et services concernés par le domaine de compétences de l'Anesm relèvent de l'article L.312-1 du CASF :

<sup>2</sup> Cf. annexe 2, Répartition des établissements du secteur social et médico-social, source Finess 2008.

- 1° les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant des articles L.221-1, L.222-3 et L.222-5 ;
- 2° les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;
- 3° les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L.2132-4 du code de la Santé publique ;
- 4° les établissements ou services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du code Civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ou les mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au code de Procédure civile et par l'ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;
- 5° les établissements ou services :
  - a) d'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à l'article L.322-4-16 du code du travail et des entreprises adaptées définies aux articles L. 323-30 et suivants du même code ;
  - b) de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L.323-15 du code du Travail ;
- 6° les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;
- 7° les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;
- 8° les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;
- 9° les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées "lits halte soins santé" et les appartements de coordination thérapeutique ;
- 10° les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des articles L.351-2 et L.353-2 du code de la Construction et de l'habitation ;
- 11° les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;

- 12°les établissements ou services à caractère expérimental ;
- 13°les centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article L. 348-1 ;
- 14°les services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire ;
- 15°les services mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial.

Les ESSMS délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

Dans ce secteur, le statut des opérateurs relève soit

- *du secteur privé non lucratif* : les établissements ou services sont gérés par des associations, des fondations, des mutuelles ou des organismes gérant des régimes de protection sociale. Ce secteur est très majoritairement représenté dans le champ du handicap, de l'inclusion sociale et de la protection de l'enfance ;
- *du secteur privé lucratif* : les structures sont gérées par des sociétés commerciales. Il s'agit essentiellement du secteur des personnes âgées ;
- *du secteur public* : il s'agit d'établissements ou de services relevant de la compétence de l'Etat, et /ou du conseil général ou des centres communaux d'action sociale.

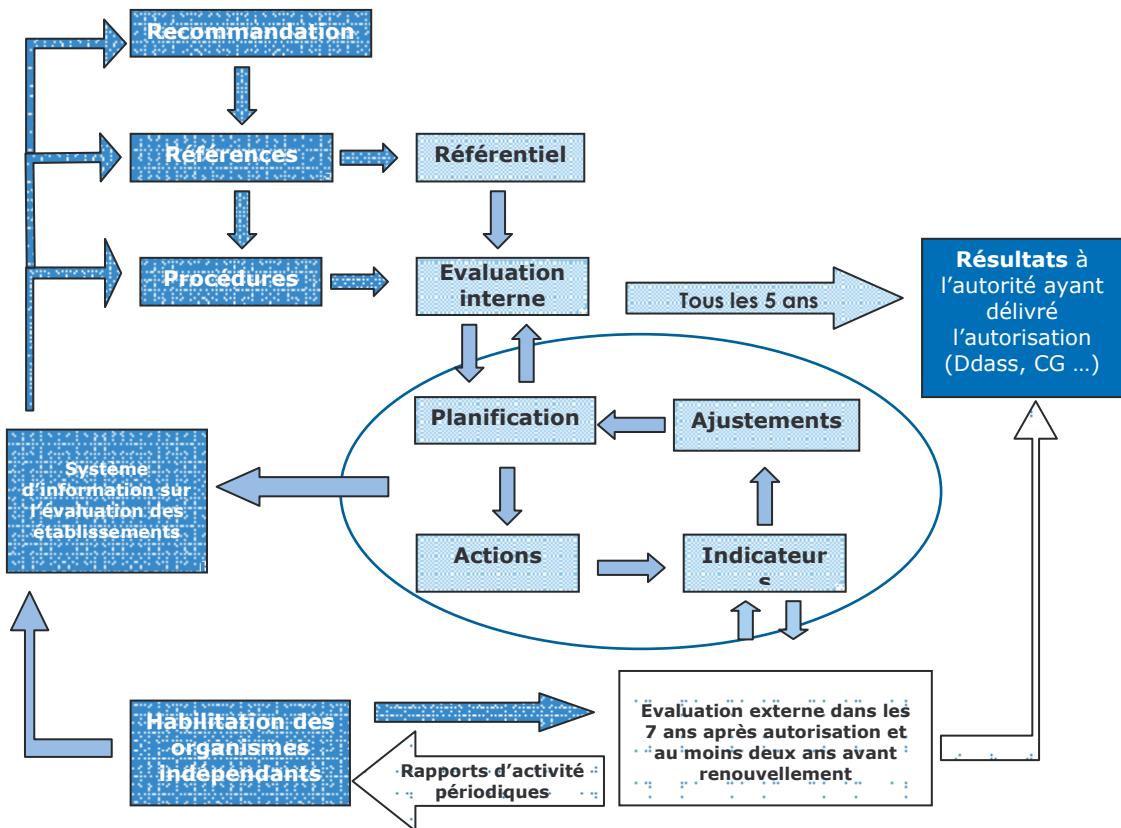
## 1.2. Les missions de l'Anesm

Le législateur a confié deux missions à l'Agence :

- d'une part, valider ou, en cas de carence, élaborer des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, selon les catégories d'établissements ou de services visés à l'article L.312-1 du CASF, en vue de l'évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations délivrées par ces derniers. L'article L.312-8 du CASF crée l'obligation pour les établissements et services de « *procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, notamment au regard de recommandations de bonnes pratiques validées par l'Agence* » ;
- d'autre part, habiliter les organismes extérieurs qui procèdent à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services visés à l'article L.312-1 du CASF.

L'Agence est ainsi présente en amont en produisant des données pour l'évaluation et en aval dans les relations avec les organismes indépendants qui doivent conduire l'évaluation externe des ESSMS. Ces organismes doivent à cet égard lui adresser des rapports périodiques.

Le schéma, ci-après, présente le processus d'évaluation dans le secteur social et médico-social (avant l'adoption du projet de loi *Hôpital, patients, santé et territoires*).



Source : Anesm, février 2009

Les pouvoirs publics ont par ailleurs confié à l'Agence des missions connexes à celles définies par le législateur. Celles-ci figurent dans la convention constitutive du GIP. Il s'agit pour l'Agence de :

- réaliser ou de faire réaliser toute étude qui lui paraît nécessaire ;
- favoriser et promouvoir toute action d'amélioration de la qualité des prestations délivrées dans le secteur social et médico-social ;
- proposer aux pouvoirs publics les évolutions législatives ou réglementaires, de nature à favoriser le développement de la qualité ;
- valoriser et diffuser l'ensemble des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques et les informations et innovations concourant à l'amélioration de la qualité des prestations délivrées ;
- déterminer les principes fondamentaux garantissant la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation interne et externe et assurer leur articulation et complémentarité ;
- concevoir et exploiter un système d'information renseignant d'une part, la mise en œuvre et le suivi des évaluations dans les établissements et services et d'autre part, la publicité des habilitations des organismes d'évaluation ;
- contribuer à l'évaluation des établissements et services à caractère expérimental ;
- réaliser et diffuser un bilan annuel des recommandations élaborées ou validées ainsi que des progrès de l'évaluation dans le secteur social et médico-social ;
- procéder à des échanges avec toute institution nationale ou européenne et tout organisme français ou étrangers compétents dans le même champ.

**Si l'Agence n'est pas elle-même en charge de l'évaluation, elle en assure toutefois ainsi le suivi et l'orientation.**

### 1.3. Les objectifs et les moyens matériels de l'Anesm

Dès son installation en mai 2007, l'Agence a disposé de locaux grâce à l'action de la Direction de l'administration générale du personnel et du budget qui les a recherchés et a signé le bail pour le compte de l'Agence. Cela, sur la base du rapport de préfiguration de l'Anesm rendu par M. Stéphane Paul, inspecteur général des affaires sociales, qui prévoyait 46 agents en « vitesse de croisière ».

Mais au-delà de ces locaux non équipés, la création de l'Agence s'est faite *ex-nihilo*. Il lui a donc fallu acquérir des moyens matériels et constituer de façon effective, le cadre de son fonctionnement.

A cet effet, les objectifs 2007 fixés par le ministre de la Santé et des solidarités ont été les suivants :

- mettre en place les instances prévues à la convention et leurs règlements de fonctionnement ;
- adopter les budgets pour 2007 et 2008<sup>3</sup>, le règlement comptable et financier, le cadre d'emploi des agents de l'Agence, les conditions d'achats, et le programme de travail 2008.

Les 8 mois d'existence de l'Agence en 2007 ont donc été consacrés à sa mise en ordre de marche afin qu'elle puisse être opérationnelle au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Deux phases se sont ainsi succédées : la première a consisté à mettre en œuvre les instances et les équipes afin d'élaborer avec celles-ci, dans un second temps, le programme de travail et l'état prévisionnel des recettes et des dépenses 2008 (EPRD).

Pour autant, la gestion 2007 a été tendue du fait de difficultés de trésorerie qui ont eu notamment pour conséquence de limiter les recrutements. La mise en place des instances et l'élaboration des textes nécessaires au fonctionnement de l'Anesm ont donc reposé sur un nombre très restreint d'agents. En 2007, l'Agence disposait de 4,9 agents équivalents temps plein travaillés annualisés, soit 7,48 ETP travaillés sur huit mois. (lire page 66)

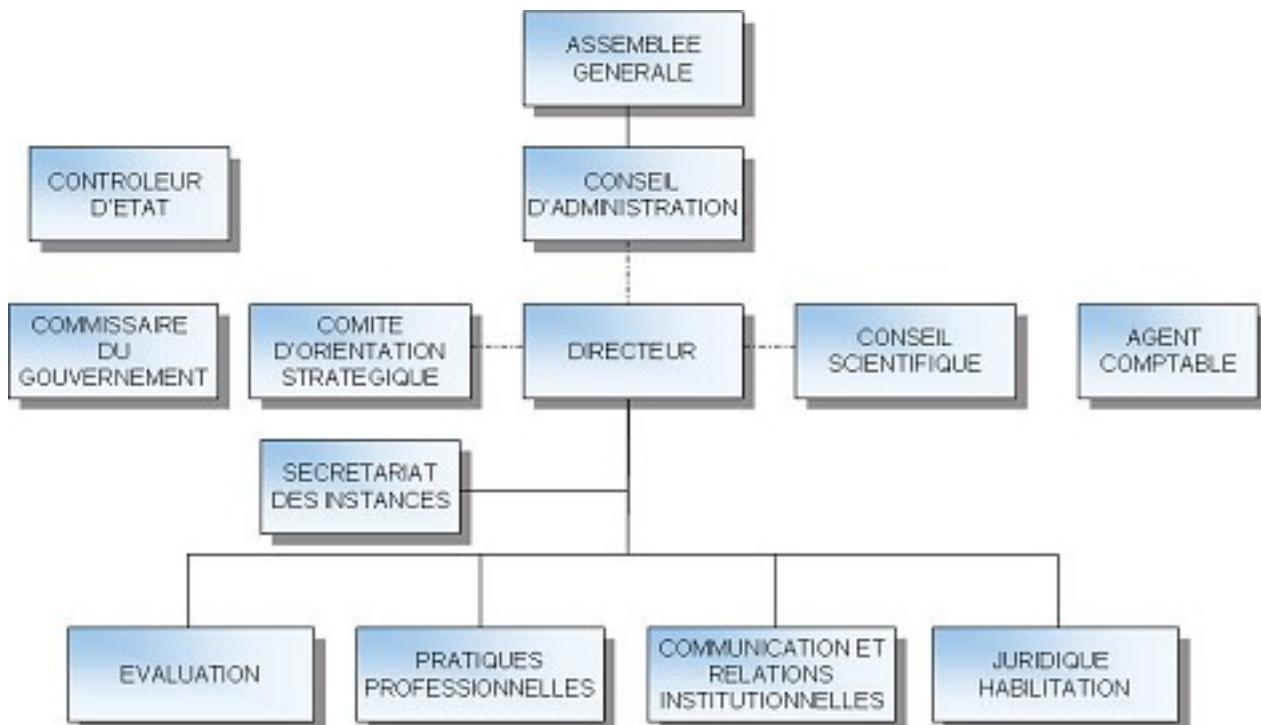
---

<sup>3</sup> Cf. Annexe 3, Compte financier.

## 2. Les instances

Afin de réaliser les missions qui lui sont confiées, l'Anesm dispose depuis sa création de deux types d'instances :

- les instances de gestion d'un GIP « classique » : Assemblée générale, Conseil d'administration ainsi que d'un exécutif représenté par le directeur ;
- deux instances spécifiques de travail : le Conseil scientifique et le Comité d'orientation stratégique, dont les attributions et le fonctionnement sont précisés dans la convention constitutive de l'Agence.



Source : Anesm

### 2.1. Les instances délibératives

L'Assemblée générale<sup>4</sup> et le Conseil d'administration<sup>5</sup> sont composés des membres du groupement, répartis en deux collèges, le premier collège étant composé de représentants de l'Etat et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, et le second collège de personnes morales représentant, au niveau national, les organismes gérant des établissements sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L.312-1 du CASF.

#### 2.1.1. Les prérogatives de l'Assemblée générale et du Conseil d'administration

Les attributions de l'Assemblée générale portent sur :

- les modifications de la convention;
- le contrat d'objectifs et de moyens;
- les comptes annuels, les programmes de travail et le budget.

<sup>4</sup> Cf. annexe 4, Composition nominative de l'Assemblée générale.

<sup>5</sup> Cf. annexe 5, Composition nominative du Conseil d'administration.

Les attributions du Conseil d'administration portent sur :

- la validation des projets de délibérations relevant de la compétence de l'Assemblée générale ;
- les engagements financiers supérieurs à un seuil délibéré (baux, emprunts,...) ;
- les règlements de fonctionnement ;
- les refus, retraits et suspensions des habilitations en qualité d'organisme extérieur en charge de l'évaluation externe ;
- le rapport d'activité.

L'Etat dispose de la majorité des voix dans les deux instances.

Sont en outre membres du Conseil d'administration deux représentants des usagers désignés respectivement par le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPh) et le Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) disposant chacun d'une voix consultative.

Assistent enfin aux réunions des instances, le Commissaire du gouvernement ainsi que le contrôleur général économique et financier et les présidents du Conseil scientifique et du Comité d'orientation stratégique.

### 2.1.2. Les délibérations

Lors de la création de l'Anesm en 2007, la première Assemblée générale a repris les actes constitutifs du groupement et a procédé à l'élection des membres du Conseil d'administration.

Cette assemblée constitutive s'est tenue le 2 mai 2007 et a été suivie d'un premier Conseil d'administration le 4 juillet 2007 qui a élu sa présidente et son vice-président respectivement : Madame Agnès Jeannet, représentant le chef de service de l'Inspection générale des Affaires sociales et Monsieur Hubert Allier, directeur général de l'Uniopss.

Le Conseil d'administration a, par la suite, adopté en 2007 l'ensemble des règlements prévus à la convention qui lui ont été proposés par le directeur :

- liste des membres du Comité d'orientation stratégique ;
- règlement de fonctionnement du Comité d'orientation stratégique ;
- règlement intérieur ;
- règlement des achats ;
- règlement comptable et financier ;
- cadre d'emploi des agents contractuels ;
- règlement intérieur du Conseil scientifique ;
- seuils de compétence du Conseil d'administration en matière de dons, legs, subventions, emprunts, baux, transactions et actions en justice.



**Trois questions à Monsieur Hubert Allier,  
vice-président du Conseil d'administration de  
l'Anesm, au titre du second collège,  
Directeur général de l'Uniopss**

**Quelles réflexions vous inspire la première année  
d'activité de l'Anesm ?**

**H.A.** « Globalement, l'activité est plutôt positive. La régulation du secteur sanitaire, social et médico-social est en pleine évolution (Révision générale des politiques publiques, création des agences régionales de santé, etc.). Dans ce contexte la capacité de l'Agence à produire les recommandations qui sont parues est une très bonne nouvelle !

**Les orientations prises vous semblent-elles correspondre aux attentes des établissements et services?**

**H.A.** Au regard des recommandations, oui. Si quelques tensions existent, cela tient plus, me semble-t-il, à des questions de place et de rôle effectif de l'Agence au regard de la loi du 2 janvier 2002, de ses différents textes d'application dans l'environnement actuel et de l'interprétation qui peut en être faite par les uns et les autres suivant la place qu'ils occupent dans les dispositifs. Cela entraîne donc quelques conséquences en termes de fonctionnement et d'articulation entre les différentes instances de l'Agence.

**Quelles sont, selon vous, les pistes de travail à privilégier?**

**H.A.** Deux me semblent essentielles :

- poursuivre le travail entamé en consolidant l'Agence tant dans son fonctionnement interne que dans sa reconnaissance par les pouvoirs publics (l'Etat, les conseils généraux/l'Association des départements de France) et dans la mise à disposition de moyens adaptés correspondant à ses missions. Il faut également consolider les articulations qui lui permettront de travailler avec les nouveaux dispositifs ou instances issus des évolutions législatives (projet de loi *Hôpital, patients, santé, territoires*, évolution de la tarification et plus largement de la régulation, etc.) ou de la réforme de l'Etat (Révision générale des politiques publiques, Comité Balladur, etc.). Il n'est, en effet, pas neutre de constater que dans les évolutions à venir, l'Anesm sera la seule Agence qui associera le médico-social et le social ;
- avancer dans la mise en œuvre concrète de l'évaluation externe. Pour cela, au delà de la production de recommandations, mieux reconnaître la place et le rôle de l'Agence dans le paysage institutionnel qui s'esquisse, sortir le calendrier, prévoir le financement de ces évaluations, clarifier les passerelles entre certification et évaluation, consolider le suivi des organismes habilités pour éviter la création d'un marché de l'évaluation non maîtrisé et que des organismes puissent poursuivre leur mission s'ils ne répondent pas dans la pratique aux exigences du cahier des charges et des engagements pris. »

### 2.1.3. L'exécutif

Conformément à l'article L.312-8 du CASF, le directeur du GIP-Anesm, Monsieur Didier Charlanne, a été nommé par décret du Président de la République.

Ordonnateur de l'Agence, le directeur accomplit par ailleurs, tous les actes qui ne sont pas réservés à l'Assemblée générale ou au Conseil d'administration par la convention constitutive du GIP.

## 2.2. Les instances de travail

Pour l'exercice de ses missions, le groupement s'appuie sur deux instances consultatives, le Conseil scientifique prévu par le législateur, et le Comité d'orientation stratégique issu de la convention constitutive de l'Agence.

### 2.2.1. Le Conseil scientifique (CS), garant de la méthode et de la qualité scientifique des travaux de l'Agence

En application de l'article L.312-8 du CASF et à l'article D.312-195 issu du décret du 25 mars 2007, le Conseil scientifique<sup>6</sup> du groupement comprend quinze personnes choisies en raison de leurs compétences scientifiques dans le domaine des sciences sociales, de l'évaluation, de la qualité et de l'action sociale et médico-sociale, nommées par arrêté du ministre chargé de l'action sociale.

Le Conseil exerce deux types de responsabilités :

- il émet des avis préalables aux décisions du groupement. En outre, selon la convention constitutive, il conseille l'Assemblée générale, le Conseil d'administration et le directeur quant à la cohérence, à l'indépendance et à la qualité de la politique scientifique de l'Agence ;
- il est consulté sur les productions de l'Agence et émet des suggestions sur la qualité scientifique des travaux projetés ou menés. Il donne un avis sur les conditions et les modalités de l'habilitation des organismes chargés de l'évaluation externe.

Présidé par Monsieur Michel Legros, directeur du département Politis de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), le Conseil scientifique se réunit au minimum deux fois par an.

---

<sup>6</sup> Cf. annexe 6, Composition nominative du Conseil scientifique.



### **Trois questions à Michel Legros, président du Conseil scientifique de l'Anesm**

#### **Vous présidez le Conseil scientifique de l'Agence depuis sa création. Quelle est sa fonction au sein de l'Agence ?**

**M.L.** Comme tous les autres conseils scientifiques, ce conseil a d'abord pour mission de donner des avis au directeur de l'Agence et à son Conseil d'administration sur le programme de travail et sur les différentes activités de l'Agence. Son rôle principal est d'analyser les textes qui lui sont soumis, par exemple les recommandations de bonnes pratiques, et de s'assurer, en mobilisant l'expertise de ses membres, que ces textes sont conformes à l'état de l'art, et aux principes d'actions en vigueur dans la communauté scientifique. Dans une jeune agence, ce qui est le cas de l'Anesm, cette instance peut avoir aussi un véritable rôle de conseil et d'appui auprès du directeur.

#### **Quel est le rôle du président au sein du Conseil ?**

**M.L.** Un Conseil scientifique, pour être efficace, doit être composé de fortes personnalités, je crois que c'est le cas du nôtre. Le rôle de président est par conséquent d'animer des débats, de faire progresser la réflexion collective et de faciliter la production de synthèses. Jusqu'alors nous avons travaillé, non sans débats, mais de façon plutôt harmonieuse. Le fait que l'Anesm couvre le champ très large du domaine social et médico-social avec des acteurs multiples et dans des domaines très différents, rend encore plus nécessaire cette fonction de coordination et de lien que doit assurer tout président de Conseil scientifique.

#### **Quel est le mode de fonctionnement du Conseil ? Vous paraît-il devoir évoluer ?**

**M.L.** Le Conseil fonctionne de façon assez collective, les avis sont préparés par des rapporteurs et discutés en séance plénière. Nos réunions en 2008 ont été plus fréquentes que prévu initialement puisque nous nous sommes réunis quatre fois. Mais c'est normal dans cette phase de jeunesse et donc de construction. Il faut laisser un peu de temps passer avant d'envisager les évolutions et aller jusqu'à la fin de cette première mandature pour en faire... l'évaluation ! Il est probable, toutefois, que tout en maintenant des moments de regroupements qui permettent de débattre et de construire une réflexion partagée, nous aurons besoin, pour répondre aux demandes de l'Agence, de travailler davantage par échanges sur le Net sous forme de forums ou de listes de discussion. On peut envisager que le Conseil intervienne plus directement dans les débats du secteur en argumentant sur ses positions, par exemple sur un blog.

## 2.2.2. Le Comité d'organisation stratégique (COS), garant de l'opérationnalité des recommandations

Pour l'exercice de ses missions, l'Agence s'appuie sur un Comité d'orientation stratégique<sup>7</sup> (COS) dont les avis sont consultatifs<sup>8</sup>. Il peut :

- participer directement aux travaux du groupement sur sollicitation du directeur ;
- être consulté sur les projets.

Le Comité est par ailleurs consulté par convention sur :

- l'élaboration du programme annuel d'activité de l'Agence ;
- la composition des groupes de travail constitués pour la validation ou l'élaboration des référentiels et recommandations ;
- les projets de recommandations élaborés en application de l'article 312-8 du code de l'Action sociale et des familles.

Sur proposition du directeur de l'Agence au Conseil d'administration, la composition du Comité lors de sa création, a été fixée comme suit :

- 10 représentants de l'Etat, des collectivités locales et des organismes de protection sociale ;
- 15 représentants des usagers et de leurs proches ;
- 4 représentants des principaux établissements publics nationaux du secteur social et médico-social ;
- 16 représentants des principaux groupements ou fédérations représentant au plan national des institutions sociales et médico-sociales ;
- 6 directeurs d'établissements désignés par des associations professionnelles ;
- 3 représentants des employeurs en établissement ou service social ou médico-social ;
- 5 représentants des personnels désignés par les organisations syndicales représentatives.



**Le président du COS, Monsieur André Ducournau, représentant du Groupement national des directeurs généraux d'association du secteur éducatif, social et médico-social, a été élu le 13 septembre 2007 pour une durée de trois ans.**

Cette instance est par ailleurs organisée en sections dotées d'un président et d'un vice-président, afin de répondre à des questions spécifiques à un secteur. Chaque membre du Comité est inscrit dans une ou plusieurs sections en fonction du champ de représentativité ou de l'activité de l'institution qu'il représente. Ces quatre sections sont :

- section Personnes âgées ;
- section Personnes handicapées ;
- section Enfance ;
- section Inclusion sociale.

<sup>7</sup> Cf. annexe 7, Composition nominative du Comité d'orientation stratégique.

<sup>8</sup> Cf. annexe 8, Liste des avis rendus par le Comité d'orientation stratégique.

Le Comité est doté d'un bureau<sup>9</sup> composé d'un président et d'un vice-président, des présidents et vice-présidents des sections et de deux représentants au moins des usagers. Le bureau prépare les travaux du Comité.

Enfin, les membres du COS sont sollicités pour assurer, notamment au sein de leurs réseaux d'établissements et de services, la promotion des recommandations formulées par l'Anesm.



**Le point de vue de Madame Armelle de Guibert, présidente de la section Exclusion du COS, représentant l'Association des directeurs sanitaires et sociaux, sociaux et médico-sociaux (D3S).**

« Nous n'avons pas eu l'occasion de nous réunir en section en 2008. La première recommandation de bonnes pratiques sur *l'Expression et la participation des usagers* qui était très attendue en particulier dans le secteur de l'exclusion, a été adoptée à l'unanimité par toutes les sections. Je crois que cela est très porteur pour les professionnels et signe leur volonté de se rassembler autour d'un socle commun de valeurs.

Nombre de membres du COS s'investissent beaucoup, font partie de groupes de travail opérants et riches et s'ouvrent ainsi à des problématiques connexes à leur champ d'activité. Pouvoir utiliser ces repères dans le cadre de l'évaluation interne constitue tout l'intérêt de ce travail d'interface entre l'Agence et le secteur. »



**Le point de vue de Monsieur Philippe Rodriguez, président de la section Personnes âgées du COS, représentant l'Union nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles (UNA).**

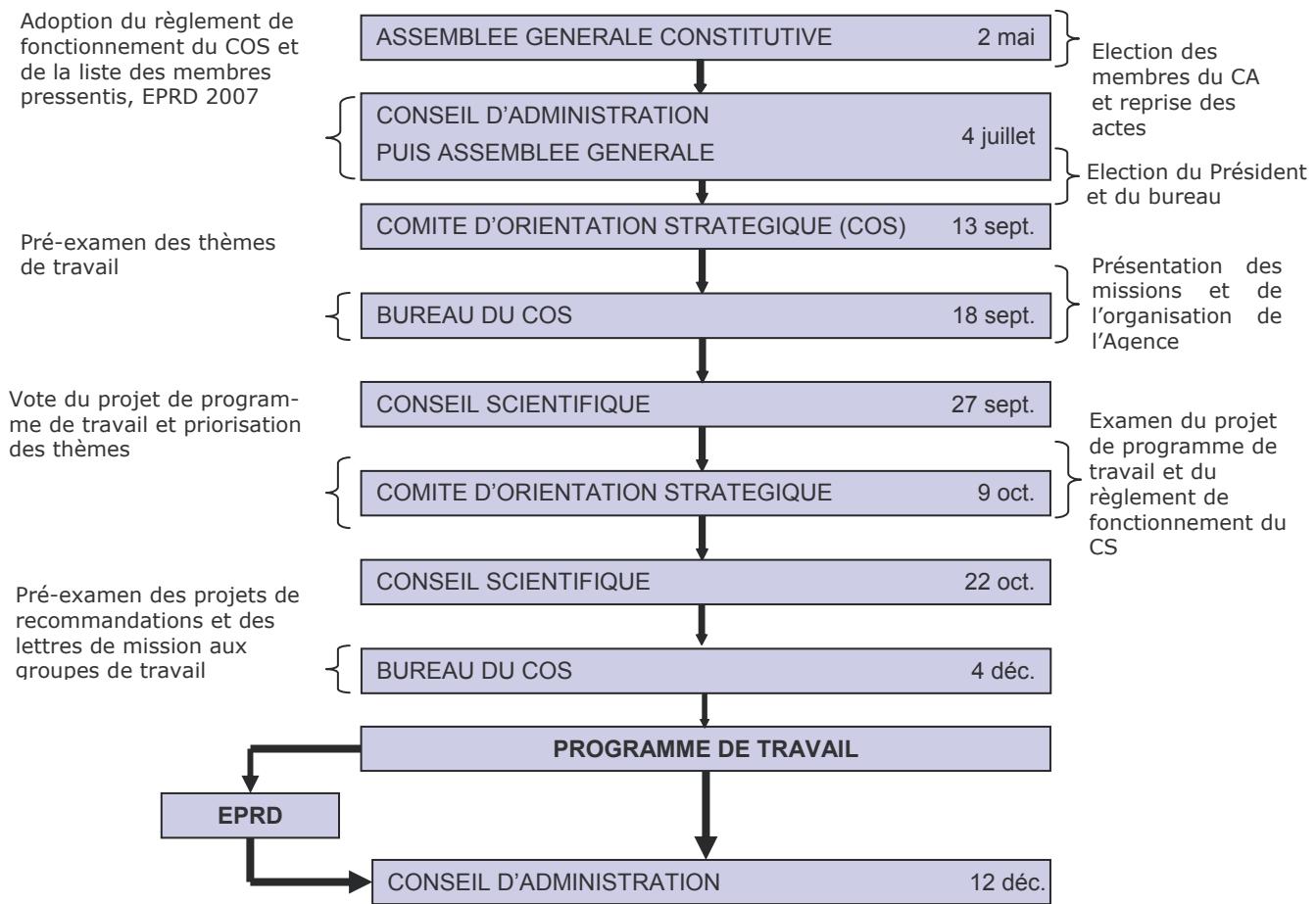
« A l'occasion des débats internes à l'Anesm, on se confronte, on conteste mais on produit de la richesse par le débat d'idées et l'on se respecte dans la différence.

L'objet principal de l'Agence étant la production de recommandations professionnelles, les débats représentent avant tout, soit des longs moments générateurs de repères professionnels, soit des instants courts formalisant la validation des travaux de l'Agence. La production intellectuelle de cette dernière paraît être un excellent crû, véritable Agenda 21 de la pensée sociale. L'Anesm apparaît comme un véritable oasis social, un espace serein au milieu d'un environnement en pleine turbulence, en pleine incertitude ».

<sup>9</sup> Cf. annexe 9, Composition nominative du bureau du Comité d'orientation stratégique.

### 3. L'adoption du programme de travail de l'Anesm

Les travaux menés ont consisté à installer les différentes instances afin de pouvoir les consulter en vue de l'élaboration et l'adoption du premier programme de travail de l'Agence. Ils se sont succédés selon le calendrier suivant :



Les premiers mois ont été consacrés :

- à constituer le Comité d'orientation stratégique. Pour cela, il a fallu recueillir les accords des 65 membres, désigner les 128 titulaires et suppléants et examiner leurs déclarations d'intérêts ;
- recueillir des propositions de thèmes à inscrire au programme de travail ;
- préparer le projet de programme de travail ;
- préparer l'arrêté de désignation des 15 membres du Conseil scientifique paru au Journal officiel le 5 octobre 2007 (identification des personnes, recueil des accords et des éléments personnels) ;
- rédiger l'ensemble des règlements prévus à la convention adoptés par le Conseil d'administration.

Disposer des instances de travail prévues par la convention constitutive du GIP pour bâtir le programme de travail 2008 : cet objectif a été atteint lorsque celui-ci a été adopté par le Conseil d'administration le 12 décembre 2007. Ce travail s'est opéré en assurant une large consultation des professionnels et des usagers afin que les thèmes retenus éclairent les établissements et les services dans leurs pratiques quotidiennes.

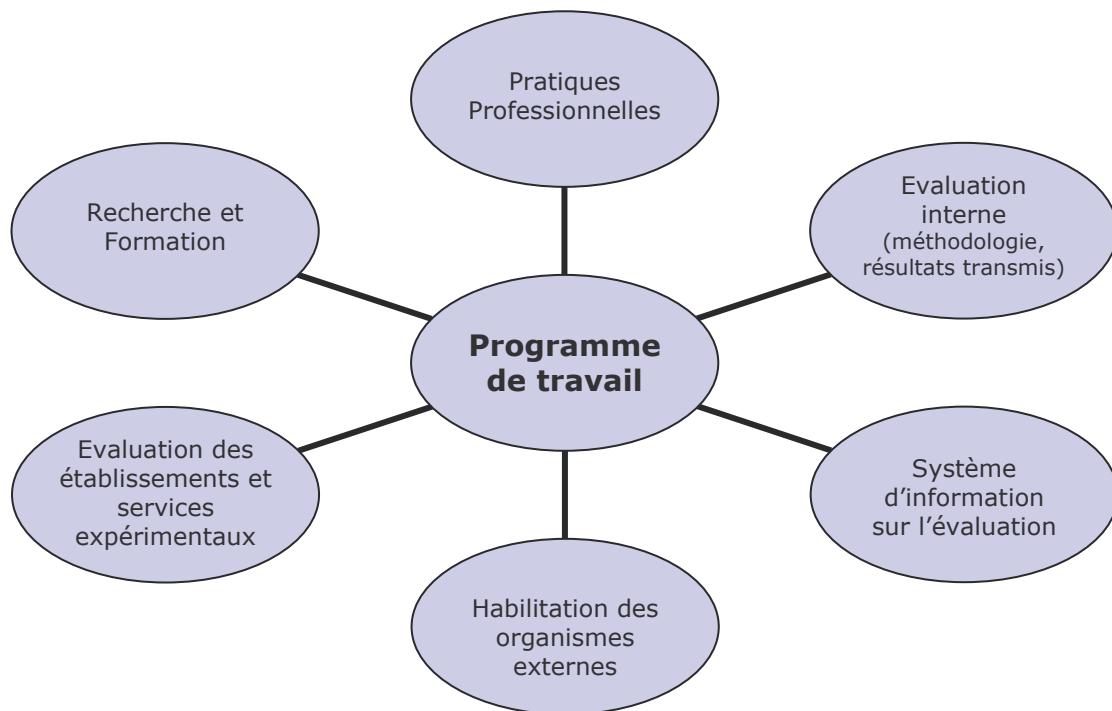
### Une forte mobilisation des instances

Une fois installées, toutes les instances se sont fortement mobilisées pour contribuer, selon leurs prérogatives, à la réalisation du programme de travail de l'Agence. Ainsi le Conseil scientifique a été sollicité 4 fois en 2008, le COS 4 fois également et le bureau du COS 7 fois.

#### 3.1. Le premier programme de travail

Un premier recensement a été opéré à cet effet en 2007 avec les membres du Comité d'orientation stratégique afin d'identifier les thèmes dont devait se saisir l'Anesm pour édicter des recommandations de bonnes pratiques. Ce recensement a permis de dégager 70 thèmes qui ont été ensuite priorisés et articulés afin de structurer l'activité de l'Agence. Ces travaux ont abouti à 15 thèmes de recommandations de pratiques professionnelles finalement retenus après consultation du Conseil scientifique pour être engagés au programme 2008.

Au delà de ces thèmes de recommandations de pratiques professionnelles, le premier programme de travail de l'Agence a en outre permis de définir son plan pour investir pleinement le champ de l'évaluation dans le secteur selon le schéma suivant :



Source : Anesm

Les objectifs assignés visaient ainsi à permettre :

- une connaissance de l'avancée de l'évaluation interne dans les ESSMS ;
- une connaissance des traitements opérés par les Ddass et conseils généraux à partir des résultats des évaluations ;
- un accompagnement méthodologique des ESSMS en matière d'évaluation et de déploiement de recommandations de pratiques ;
- le déploiement de l'évaluation externe ;
- la participation de l'Agence à l'évaluation des structures autorisées à titre expérimental ;
- l'inscription de l'Agence et de ses productions dans les dispositifs de formation et de recherche.

## 200 organismes candidats à l'habilitation fin 2007

Dès 2007, l'Agence était présente sur le terrain en participant à 22 colloques, visites d'établissements et journées d'études et en accordant 12 interviews à la presse professionnelle.

Par ailleurs, la création d'un site internet ([www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)) a permis de commencer à recenser dès le mois d'août les structures candidates à l'habilitation grâce à la mise en ligne d'un formulaire de préinscription. Plus de 200 structures se sont ainsi préinscrites.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux **était donc opérationnelle dès la fin de l'année 2007**. Elle disposait de ses instances de travail et de délibération et d'un programme de travail pour 2008.

L'année 2008 a donc débuté en mobilisant également fortement les équipes de l'Agence qu'il restait à renforcer, en associant largement les représentants des usagers et des professionnels par le biais de ses instances et des groupes de travail, avec, pour objectif, une qualité accrue de service au bénéfice des populations vulnérables.



## **Partie II.**

### **Les réalisations de l'Anesm en 2008**

L'enjeu du programme de travail 2008 a consisté à déployer toutes les missions de l'Agence, la mise en œuvre de l'évaluation externe reposant en effet pour les établissements et services, sur le chemin critique suivant :

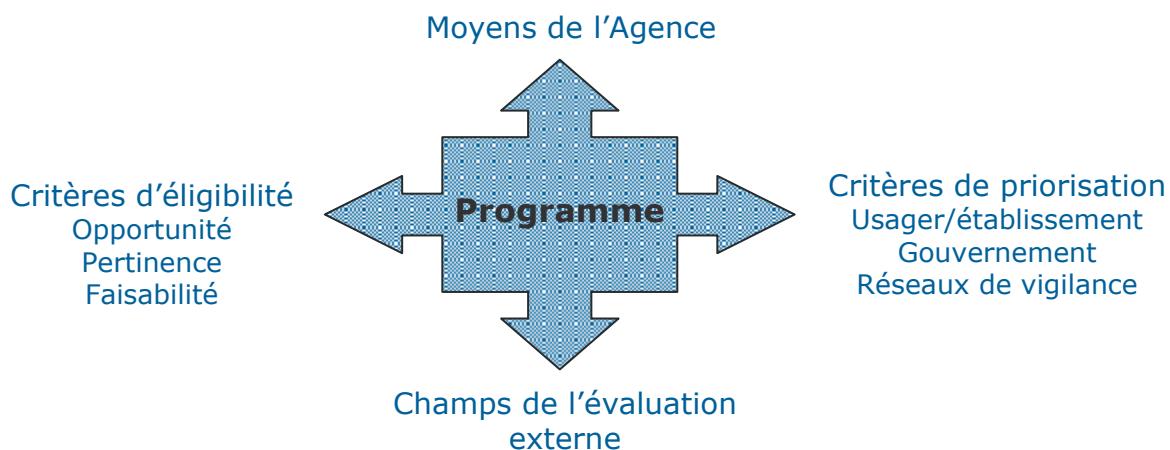
- **disposer de recommandations ;**
- **s'être engagé dans l'évaluation interne ;**
- **pouvoir sélectionner les organismes sur la liste établie par l'Agence.**

Ces étapes ont ainsi constitué les objectifs de l'année 2008 :

- fournir les premières recommandations ;
- identifier les attentes et les obstacles à l'engagement des établissements et services dans l'évaluation interne ;
- mettre en place l'habilitation ;
- accompagner le secteur dans ses évolutions ;
- répondre à la demande de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en contribuant à l'évaluation des établissements et services à caractère expérimental.

## 1. Produire les premières recommandations

Les thèmes de recommandations à produire ont été identifiés puis catégorisés à partir d'une approche matricielle sur les axes suivants :



L'objectif ainsi retenu a consisté à couvrir progressivement le champ de l'évaluation externe déterminé par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007. En effet, le législateur a précisé à l'article L.312-8 qu' « *Un organisme ne peut procéder à des évaluations que pour les catégories d'établissements et de services pour lesquels les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.* »

Pour cela, sept programmes ont été retenus en vue de définir les approches à adopter en fonction des thèmes de recommandations identifiés avec les membres du COS, l'Etat et la CNSA.

Programme 1 - **Les fondamentaux**

Programme 2- **L'expression et la participation**

Programme 3- **Les points de vigilance, la prévention des risques**

Programme 4- **Le soutien aux professionnels**

Programme 5- **Les relations avec l'environnement**

Programme 6 - **Les relations avec la famille et les proches**

Programme 7 - **La qualité de vie**

D'autres programmes pourront toutefois être adoptés à l'avenir.

## 1.1. La méthode de travail

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont vocation à préciser les orientations, principes d'action, et repères communs et à formuler des points d'appui et modalités concrètes pour améliorer les pratiques professionnelles du secteur social et médico-social selon différents registres parmi lesquels figurent :

- les pratiques des professionnels au bénéfice des usagers ;
- les rapports entre professionnels ;
- l'organisation ;
- les pratiques managériales.

Le travail d'élaboration de recommandations mené par l'Agence repose sur des méthodes explicites pour repérer les pratiques qui fonctionnent, qui sont appropriées et pertinentes pour les usagers. Leur acceptabilité, leur potentiel de transférabilité sont des critères d'appréciation pour que ces bonnes pratiques soient recommandées.

### ► **La construction de méthodes**

Une des premières priorités de l'Anesm a été de déterminer des méthodes d'élaboration de bonnes pratiques professionnelles et de production de recommandations, à partir des procédures internationales, en les adaptant au domaine social et médico-social.

Dans ce but, l'Agence a structuré ses travaux sur les sujets suivants :

- sources de données ;
- organisation du recueil de pratiques ;
- méthodologie d'études ;
- méthodes de validation par consensus ;
- schéma de production d'une recommandation ;
- guide pour la priorisation et la programmation des recommandations.

Ces travaux se sont appuyés, par des échanges directs et/ou au vu des documents produits par : le SCIE (Social Care Institute for Excellence, Royaume-Uni), la Haute autorité de santé, l'Agence de santé publique du Canada, l'Institut national de Prévention et d'éducation pour la santé...

### ► **Les principes directeurs**

Il ressort de ces travaux une convergence de points de vue avec le SCIE sur le constat suivant : dans la plupart des domaines, la base de connaissances fondant la pratique n'est pas disponible, ou bien relève de recherches évaluatives qui ne sont pas encore lancées. Aussi pour pallier ces manques, il est indispensable d'utiliser des connaissances directement dérivées des pratiques observées.

Cette exigence se traduit pour l'Anesm par la nécessité de s'appuyer sur les pratiques de terrain grâce à une exploration spécifique, puis de confronter ces informations aux données de la littérature. Il apparaît désormais que cette méthode de travail, en lien étroit avec le recueil des pratiques de terrain, devra se pérenniser même lorsque des études plus approfondies seront disponibles, pour prendre en compte de façon adaptée les innovations, l'actualité des pratiques, le potentiel de transférabilité, l'appréciation du contexte...

Le recueil des pratiques puis la formalisation de recommandations implique ensuite que les acteurs concernés, professionnels et usagers puissent partager et comprendre ces connaissances. Les méthodes de consensus sont identifiées au plan international comme pertinentes dans le but de construire un accord autour d'un langage commun, et d'une base de connaissances et de formaliser ces dernières. Elles sont donc particulièrement opérationnelles pour le secteur social et médico-social.

### ► **Les outils mobilisés**

Ils permettent en premier lieu d'identifier les pratiques et les principes directeurs :

- analyse approfondie de la littérature francophone et internationale menée à partir d'une interrogation des bases de données ;
- étude qualitative afin de recueillir directement des pratiques et des données de terrain en vue d'alimenter les groupes de travail. Différentes méthodes sont utilisées : enquête de terrain, enquête par questionnaire, focus group, entretien avec personnes ressources. Ces études recueillent des pratiques existantes, parfois innovantes, ainsi que les points de vue des professionnels et des usagers.

En second lieu, une méthode de type *consensus simple* ou *consensus formalisé* d'experts (professionnels et usagers) permet d'aboutir à un accord sur les pratiques professionnelles jugées suffisamment bonnes pour faire l'objet d'une recommandation, c'est-à-dire répondant à des critères de pertinence, d'impact, de faisabilité, et de transférabilité.

A ce stade, des études évaluatives portant directement sur l'efficacité des pratiques n'ont pas été mises en place.

### ► **Les étapes de production d'une recommandation**

Cette phase d'élaboration méthodologique a permis de structurer par la suite les différentes étapes de production d'une recommandation qui sont les suivantes :

- l'identification de la problématique : une phase exploratoire permet de recueillir après une première analyse de littérature, les avis des acteurs concernés, professionnels, usagers afin de définir les enjeux, les objectifs, le champ, le questionnement ;
- le choix de la méthode : il dépend de la disponibilité des données de la littérature, de l'existence de controverses, de l'étendue du thème retenu, du nombre des questions à résoudre et du degré de précision attendu ;
- une lettre de cadrage soumise à consultation des instances de travail de l'Agence en résulte ;
- des groupes de travail *ad hoc* sont mis en place : ils sont composés de personnes représentant les professionnels, usagers, universitaires, chercheurs ... ;
- les travaux de formalisation des recommandations sont menés par les chefs de projet de l'Agence ;
- les projets de recommandations sont soumis aux instances de l'Anesm (Comité d'orientation stratégique et Conseil scientifique).

## 1.2. Huit recommandations publiées

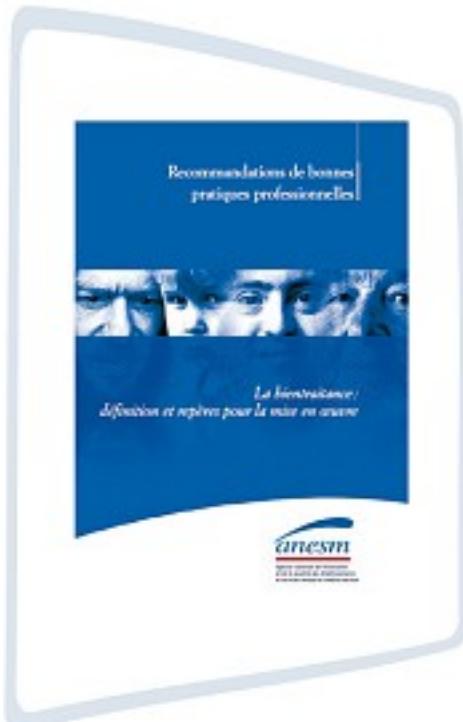
Deux types de productions ont été assurés : des recommandations transversales à tous les secteurs d'une part, et des recommandations spécifiques à un ou deux secteurs.

### 1.2.1. Recommandations transversales

Pour cette première année, l'Agence s'est tout particulièrement attachée à produire essentiellement des recommandations transversales qui concernent l'ensemble des ESSMS et dont la portée générale permet une amélioration globale de l'offre des prestations.

Cinq recommandations transversales ont été publiées au cours de l'année 2008.

#### ► **La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre**



Demande forte dès l'installation de l'Agence, le thème de la bientraitance a été d'emblée inscrit au programme de travail, avec le souci de proposer aux équipes de terrain de se familiariser avec cette notion afin de trouver les moyens de l'intégrer au quotidien dans leurs pratiques. Elle s'inscrit dans le programme 1 « Fondamentaux » et bénéficie d'un statut de recommandation-cadre au regard des futures productions de l'Agence. Cette recommandation a été élaborée selon la méthode du consensus simple.

La revue de littérature a porté sur les concepts et sur les recommandations de bonnes pratiques émises par des instances travaillant dans des champs proches de ceux de l'Agence. Afin de compléter ces travaux, sept experts du secteur social et médico-social ont été sollicités pour donner leur point de vue critique sur le concept de bientraitance. Enfin, une audition d'usagers a été organisée ; au total, 37 personnes ont été rencontrées dans le cadre d'entretiens semi-directifs organisés en établissements ou à domicile (en majorité en Ile-de-France).

Un groupe de travail composé, outre l'équipe projet de l'Anesm, de 18 personnes s'est réuni à cinq reprises, et un groupe de lecture de 17 personnes a été sollicité pour apporter son avis sur le projet de recommandation. Validée par les instances de l'Agence en juin 2008, la recommandation a été publiée au cours de l'été 2008.

#### *Le contenu*

La notion de bientraitance s'inscrit dans le droit fil de la loi du 2 janvier 2002. Elle met en perspective les droits des usagers et leur exercice avec les outils et leviers institutionnels prévus par la loi ; elle inclut les orientations générales des politiques publiques en matière d'ouverture, de mutualisation, de prévention des risques, de personnalisation.

Telle que définie dans ce document, la bientraitance apporte ainsi un socle commun qui donne des éléments d'explication et de compréhension au regard de la loi du 2 janvier 2002. Elle formule des lignes et principes directeurs pour développer une culture de bientraitance.

Elle poursuit également un second objectif : énoncer des repères et des propositions qui permettent aux professionnels d'examiner leurs pratiques quotidiennes et leur projet d'établissement ou de service. Ces repères seront déclinés dans les différentes recommandations de l'Agence.

Quatre repères pour mettre en œuvre une démarche de bientraitance sont identifiés dans cette recommandation :

- l'usager co-auteur de son parcours ;
- la qualité du lien entre professionnels et usagers ;
- l'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes ;
- le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance.

#### ► **Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées**

Cette recommandation s'inscrit dans le programme 4 « Soutien aux professionnels ». Elle a été élaborée selon la méthode du consensus simple.

Après une étude de littérature ayant fait appel à des champs de référence assez larges (management et gestion des ressources humaines, formation des adultes et professionnalisation, évolutions du travail social, psychologie du travail), une étude qualitative menée auprès de 21 sites (16 hors Ile-de-France) a permis d'interviewer 36 personnes (directeurs, responsables de ressources humaines, formateurs spécialisés sur un type de population accompagnée).

Le groupe de travail a réuni 14 personnes outre l'équipe projet de l'Anesm ; le groupe de lecture a été constitué de 18 personnes.

La recommandation validée par les instances de l'Agence en juin 2008 a été publiée au cours de l'été 2008.

#### *Le contenu*

Cette recommandation offre aux populations accompagnées des pratiques professionnelles adaptées et différencierées.

Ses objectifs : faciliter la prise de fonction des personnels, l'exercice professionnel dans la durée et les changements d'emploi au sein du secteur social et médico-social. Et contribuer à la prévention des risques de maltraitance involontaire des populations accompagnées ainsi qu'à la prévention des risques professionnels.

Pour ce faire, la première partie du document détaille la méthodologie, les objectifs, le champ et les principes directeurs retenus. La seconde présente les modalités de mise en œuvre d'une stratégie qui trouve son ancrage dans le recueil et l'appréciation des besoins en matière d'adaptation à l'emploi. Sont ensuite développés les leviers activables et quelques éléments d'appropriation des recommandations.



► **Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance**



Cette recommandation s'inscrit dans le programme 3 « Points de vigilance, la prévention des risques ». Elle a été élaborée selon la méthode du consensus simple.

Après la revue de littérature qui a exploré les concepts et repéré des pratiques, une étude qualitative a été menée auprès de 13 sites (dont 11 hors Ile-de-France) permettant d'interviewer 50 personnes. Le groupe de travail a réuni 20 personnes, outre l'équipe projet de l'Anesm. Le groupe de lecture était composé de 19 personnes, en majorité des professionnels et des usagers. Cette recommandation, validée par les instances de l'Agence en décembre 2008, a été publiée début 2009.

#### *Le contenu*

L'objectif de cette recommandation est d'apporter une contribution spécifique sur un aspect particulièrement stratégique : le rôle essentiel que joue l'encadrement au quotidien dans la prévention et le traitement de la maltraitance en établissement. Il s'agit de permettre aux responsables de partager une réflexion sur les prestations et l'accompagnement proposé aux usagers de façon à en améliorer la qualité par la conscience du risque et la vigilance qu'elle induit.

Complémentaire de la recommandation-cadre de l'Anesm sur la bientraitance, celle-ci repose sur trois dimensions éthiques : l'engagement, la responsabilité et la recherche d'un juste équilibre dans les décisions que l'encadrement est amené à prendre.

Elle s'adresse en particulier aux responsables d'établissements, des équipes d'encadrement et des dirigeants d'organismes gestionnaires du secteur social et médico-social. Par le biais d'un support de communication adapté, elle peut aussi servir utilement aux usagers, à leurs représentants et à leur entourage.

Les repères de bonnes pratiques développés dans cette recommandation se déclinent autour des axes suivants :

- développer la conscience et la connaissance des risques notamment auprès de l'équipe d'encadrement en sensibilisant dès le recrutement, en informant sur les obligations de signalement, en abordant les questions d'organisation ... ;
- mettre en place une organisation et des pratiques d'encadrement qui intègrent une démarche de prévention en s'appuyant, par exemple, sur la formation continue ;
- organiser un traitement systématique des faits de maltraitance selon la gravité des cas en faisant preuve de pédagogie auprès des professionnels, associé à une communication et un accompagnement adaptés.

Pour permettre aux équipes d'encadrement de réfléchir ensemble à leur mode de fonctionnement dans leurs établissements, ce document propose un exercice pédagogique sous la forme de huit cas pratiques ou situations-type élaborées à partir d'entretiens avec des personnes interrogées lors de l'enquête préparatoire à la recommandation.

► **Ouverture de l'établissement à et sur son environnement**



Cette recommandation s'inscrit dans le programme 5 « Relations avec l'environnement ». Elle a été élaborée selon la méthode du consensus simple.

L'étude documentaire a permis d'affiner le champ de la recommandation et de repérer des établissements ayant développé des pratiques d'ouverture. Une étude a été menée auprès de 23 sites (dont 15 hors Ile-de-France), permettant d'interviewer 35 personnes. Le groupe de travail a réuni 15 personnes, outre l'équipe projet de l'Agence. Le groupe de lecture était composé de 17 personnes, professionnels et usagers.

La recommandation validée par les instances de l'Agence en décembre 2008, a été publiée début 2009.

*Le contenu*

L'objectif de la recommandation consiste à définir les conditions et les bénéfices de l'ouverture des établissements à et sur leur environnement, en les précisant au regard des types d'établissement concernés et des situations spécifiques des usagers accueillis ou accompagnés. Seuls les professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux sont concernés et non les services car cette thématique oblige à une déclinaison particulière en raison des interventions au domicile des personnes.

Ainsi, la stratégie d'ouverture a pour objectif de développer ou de maintenir le lien social des personnes tout en leur assurant un cadre de vie rassurant et structurant. C'est à la fois un moyen d'améliorer la qualité des prestations et un principe de structuration des pratiques professionnelles. Elle contribue – avec la mise en place des projets personnalisés – à construire de nouveaux rapports entre personnes accueillies, établissements et professionnels.

La première partie de ce document traite de la construction d'une stratégie d'ouverture, de la phase d'analyse, des principaux axes stratégiques et de l'articulation avec le projet d'établissement. La seconde aborde les leviers pour la mettre en œuvre et apporter un soutien aux professionnels.

## ► Les attentes de la personne et le projet personnalisé



Cette recommandation s'inscrit dans le programme 7 « Qualité de la vie ». Elle a été élaborée selon la méthode du consensus formalisé.

L'étude documentaire a porté notamment sur une analyse des principaux textes faisant référence à la notion de projet de/pour la personne. L'étude qualitative a permis d'interviewer 68 personnes et d'enquêter sur 19 sites (14 hors Ile-de-France). Les différents groupes (groupe de travail, 17 personnes outre l'équipe projet, cotation, 15 personnes, lecture, 6 personnes) ont associé professionnels et usagers.

La recommandation validée par les instances de l'Agence en décembre 2008 a été publiée début 2009.

### *Le contenu*

La prise en compte des attentes de la personne dans la démarche de projet personnalisé se réfère directement à la recommandation-cadre de l'Anesm sur la bientraitance. Elle vise à favoriser l'expression et la participation de l'usager dans la conception et la mise en œuvre du projet qui le concerne, d'éclairer la pratique des professionnels et de servir de point d'appui à un dialogue entre ces derniers. Elle a aussi pour but d'interroger l'organisation et le fonctionnement des établissements et services pour favoriser la personnalisation de l'accompagnement.

Elle concerne l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 et L.313-1-1 du CASF mais nécessite d'être adaptée par chaque équipe à la spécificité des situations des personnes et aux missions des établissements ou des services.

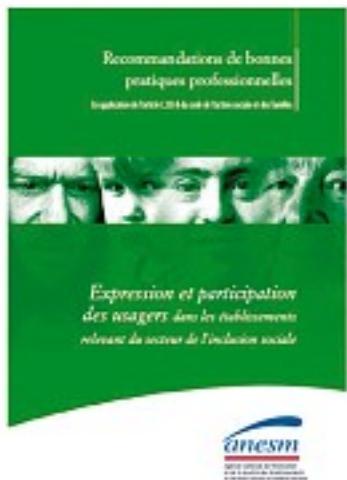
La démarche est donc fondée sur un principe dynamique, de co-construction entre les personnes accompagnées, éventuellement leurs proches et les professionnels. Elle est issue d'un dialogue régulier entre la personne, ses proches et les professionnels.

Les repères de bonnes pratiques développés dans cette recommandation se déclinent autour des axes suivants :

- les repères utilisés et les principes retenus ;
- la prise en compte des attentes de la personne tout au long de la démarche de projet personnalisé depuis les premiers contacts jusqu'à l'actualisation du projet (phases indispensables à la dynamique du projet) ;
- la contribution des projets personnalisés au projet d'établissement ou de service et vice versa.

### 1.2.2. Recommandations spécifiques

#### ► L'expression et la participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale



Cette recommandation s'inscrit dans le programme 2 « Expression et participation ».

La revue de littérature a porté essentiellement sur les notions de participation et d'expression. Elle a été complétée par une étude de pratiques par questionnaires (212 exploités) remplis directement par les structures concernées. Un groupe de travail de 13 personnes, un groupe de cotation de 14 personnes et un groupe de lecture de 26 personnes, associant un prestataire, des professionnels et des usagers ont apporté leur contribution.

Validée par les instances en mars 2008, la première recommandation de l'Agence a été publiée en avril 2008.

#### Le contenu

Cette recommandation concerne les différentes formes d'expression et de participation au fonctionnement de l'établissement et donne des repères sur la mise en place et l'animation du conseil de la vie sociale ou du groupe qui en tient lieu.

Elle détermine ainsi, quatre formes concrètes d'expression et de participation auxquelles correspondent quatre registres théoriques de l'action dans les institutions sociales :

- conseil de la vie sociale / registre de la démocratie représentative ;
- groupes d'expression, groupes de parole, etc. / registre de la participation collective ;
- groupes-projets, groupes d'initiatives, etc. / registre relatif au pouvoir d'initiative ;
- enquêtes de satisfaction / registre de la participation et de l'expression individuelle.

Ces quatre formes organisationnelles d'expression et de participation sont des leviers à disposition des professionnels, pour viser l'insertion des usagers dans la vie sociale. Néanmoins, il est rappelé que la participation relève de l'exercice d'un droit pour les usagers et non d'une obligation.

Ainsi, la recommandation présente tout d'abord les définitions et le cadrage théorique retenu, les modalités de mise en œuvre de dispositifs participatifs, et enfin, quelques éléments pour l'appropriation et l'évaluation des recommandations destinés à aider les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale (les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les centres d'accueil pour demandeurs d'asile et les centres d'hébergement d'urgence) ainsi que les organismes gestionnaires, les usagers et les évaluateurs.

► **Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses**



Cette recommandation s'inscrit dans le programme 3 « Points de vigilance, la prévention des risques ».

La revue de littérature menée en partenariat avec l'Observatoire national de l'enfance en danger a permis d'explorer notamment des données internationales. Un prestataire, le CREA Rhône-Alpes, l'a complétée à partir de ses propres travaux et interviews. Un groupe de travail (14 personnes), et un groupe de cotation (17 personnes) ont contribué à cette recommandation.

Validée par les instances de l'Agence en juin 2008, elle a été publiée au cours de l'été 2008.

#### *Le contenu*

Cette recommandation propose des repères sur les conduites à tenir et les pratiques à développer avec deux objectifs :

- promouvoir une culture de la prévention et du traitement de la violence à tous les niveaux de l'organisation et pour tous les acteurs ;
- aider les professionnels à construire leurs réponses en fonction de leur réalité propre, dans le respect les dispositions législatives et réglementaires actuelles.

Pour cela, elle identifie, observe et analyse la violence pour faciliter l'appropriation du thème par l'établissement. Puis elle aborde les aspects préventifs « généralistes » à travers l'organisation et le fonctionnement de l'établissement et l'accompagnement individualisé. Elle détaille par la suite la mise en œuvre d'une prévention de la violence et des interventions ciblées. En dernier lieu, elle présente le traitement proprement dit des situations de violence dans ses différentes étapes et, d'autre part, le travail à visée préventive de la situation de violence traitée.

Cette recommandation s'adresse aux établissements accueillant des adolescents, relevant en totalité ou en partie de la protection de l'enfance (maisons d'enfants à caractère social, foyers, établissements de placement éducatif publics et du secteur associatif habilités par la Protection judiciaire de la jeunesse, centres éducatifs fermés, instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques).

## 1.3. Les recommandations engagées en 2008

### 1.3.1. Deux recommandations transversales

#### ► **Concilier la vie en collectivité et la personnalisation de l'accueil**

Ce thème s'inscrit dans le programme 7 « Qualité de vie ». La recommandation doit mettre en évidence des points de repère qui permettent de construire les articulations entre sphères individuelle et collective, en s'appuyant notamment sur la prise en compte du risque d'uniformisation et de dépersonnalisation au quotidien dans l'accueil et l'accompagnement de chaque usager, le développement du respect de la vie personnelle et de l'intimité, la construction du sens de la vie collective, compris et partagé par tous.

Méthode utilisée : *le consensus simple*.

#### ► **Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile**

Ce thème s'inscrit dans le programme 3 « Points de vigilance, la prévention des risques ». La recommandation doit reprendre les éléments déjà validés en établissement et préciser les modalités de mise en œuvre pour les services. Elle doit envisager en outre des faits de maltraitance particuliers que l'on peut rencontrer à domicile et qui nécessitent des réponses spécifiques.

Méthode utilisée : *le consensus simple*.

### 1.3.2. Trois recommandations spécifiques

#### ► **L'accompagnement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social**

Ce thème s'inscrit dans le programme 7 « Qualité de vie ». La recommandation entre dans le cadre des mesures 1, 15 et 16 du plan Alzheimer 2008-2012. Elle doit donner des points de repère pour que le projet d'établissement intègre les spécificités de fonctionnement liées à la population accueillie et veille notamment à mettre en place des mesures préventives et thérapeutiques des troubles psychologiques et comportementaux.

L'objectif : construire et mettre en œuvre pour chaque usager un projet personnalisé au regard de ses attentes et besoins, afin de préserver, maintenir et/ou restaurer son autonomie dans les choix et actes de sa vie quotidienne comme dans les décisions importantes à prendre, jusqu'en fin de vie.

Méthode utilisée : *le consensus simple*.

#### ► **L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre d'un placement relevant de la protection de l'enfance.**

Ce thème s'inscrit dans le programme 6 « Relations avec les familles et les proches ». La recommandation clarifiera les pratiques professionnelles au regard des rôles respectifs des parents et des professionnels en matière d'exercice de l'autorité parentale. Elle mettra en évidence des points de repère qui intègrent la collaboration avec les parents dans le cadre de la mission psycho-socio-éducative dévolue aux professionnels.

La méthode de *consensus simple* sera utilisée pour cette recommandation.

► **« Critères de qualité des interventions en direction des personnes autistes pour assurer la dignité des personnes, pour lutter contre les dérives et les pratiques dangereuses »**

Ce thème s'inscrit dans le programme 7 « Qualité de vie ». Il entre dans le cadre du plan autisme 2008-2010. Cette première recommandation constituera un cadre pour un accompagnement de qualité des personnes avec troubles envahissants du développement et en particulier avec autisme. Elle déclinera notamment les orientations relatives aux droits des usagers figurant dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'Action sociale et médico-sociale, afin de donner directement aux professionnels des points d'appui pour que leurs interventions respectent les droits et la dignité des personnes et des familles.

La méthode de *consensus formalisé* sera utilisée pour cette recommandation.

\*\*\*

En fin d'année 2008, compte-tenu des travaux engagés pour les autres recommandations, **plus de 360 personnes** ont été mobilisées par les groupes de travail (une cinquantaine de réunions), plus de **120 sites** enquêtés (les trois quarts hors Ile-de-France), soit **environ 400 personnes** interviewées en entretiens individuels ou de groupe.

## 2. Dresser un premier état des lieux de l'évaluation interne

Dès sa première année d'existence, l'Agence a engagé deux types d'enquêtes destinées à dresser un premier bilan de la mise en œuvre de l'évaluation, démarche rendue obligatoire depuis la loi du 2 janvier 2002.

### 2.1. Enquête menée auprès de 3 000 établissements sociaux et médico-sociaux

Dans le cadre de ses missions, l'Anesm a réalisé en 2008 sa première enquête nationale relative à la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles.

Réalisée en partenariat avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), cette enquête a pour objectif de dresser un état des lieux de l'avancement de la démarche d'évaluation interne et des principales caractéristiques de sa mise en œuvre.

#### 2.1.1. Présentation de l'enquête

##### 2.1.1.1. La méthodologie retenue

L'enquête s'appuie sur un échantillon représentatif de 3 000 ESSMS, constitué de 27 strates construites selon la méthode des quotas et obtenu par une extraction de la base de données FINESS (fichier national des établissements sanitaires et sociaux).

Les 27 strates se répartissent entre les 4 grands secteurs du champ social et médico-social :

- secteur Personnes âgées : 10 strates représentant 1 100 structures enquêtées, dont :
  - 6 strates relatives aux Ehpad (650 structures enquêtées) ;
  - 3 strates relatives aux foyers logements (300 structures enquêtées) ;
  - 1 strate relative aux SSIAD (150 structures enquêtées).
- secteur Handicap : 9 strates représentant 1 100 structures enquêtées, dont :
  - 4 strates relatives aux structures pour enfants (500 structures enquêtées) ;
  - 5 strates relatives aux structures pour adultes (600 structures enquêtées).
- secteur Protection de l'enfance : 4 strates représentant 400 structures enquêtées ;
- secteur Inclusion : 4 strates représentant 400 structures enquêtées.

Le questionnaire, construit autour de questions fermées à choix multiple, a abordé les quatre domaines suivants :

- les caractéristiques de l'établissement ou service enquêté ;
- l'avancement global de la démarche d'évaluation dans la structure ;
- les méthodes choisies et les domaines d'évaluation retenus ;
- l'impact et les suites de la démarche d'évaluation.

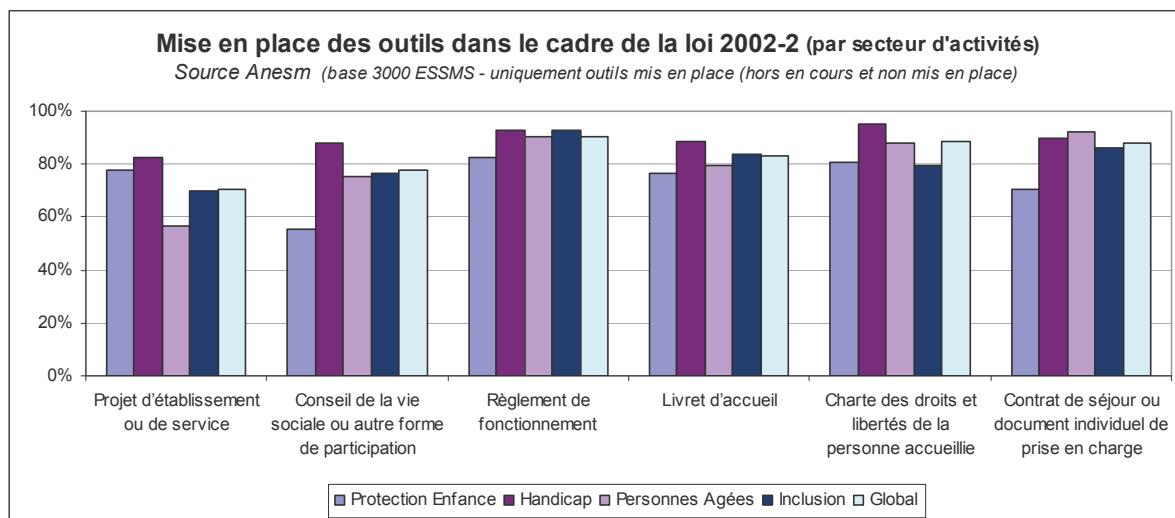
Les établissements et services contactés ont manifesté un intérêt certain pour cette enquête : le taux de refus est seulement de 6%.

### 2.1.1.2. Les résultats

#### A. La mise en œuvre des outils de la loi du 2 janvier 2002

Les établissements et services ont été interrogés sur la mise en place des outils prévus dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 (projet d'établissement ou de service, livret d'accueil, règlement de fonctionnement ...) :

- **71%** des répondants disposent d'un **projet d'établissement ou de service** ;
- le règlement de fonctionnement est l'outil le plus fréquemment disponible dans les structures (90% des répondants).

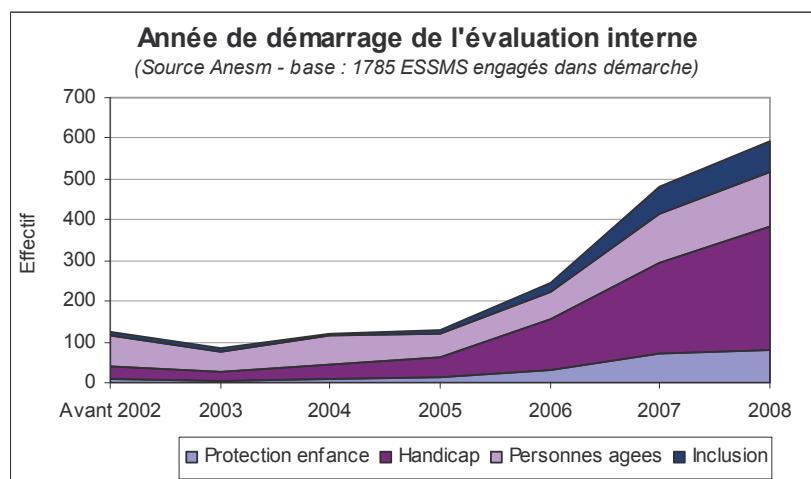


#### B. L'avancement de la démarche d'évaluation interne

##### ► L'entrée dans la démarche

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

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

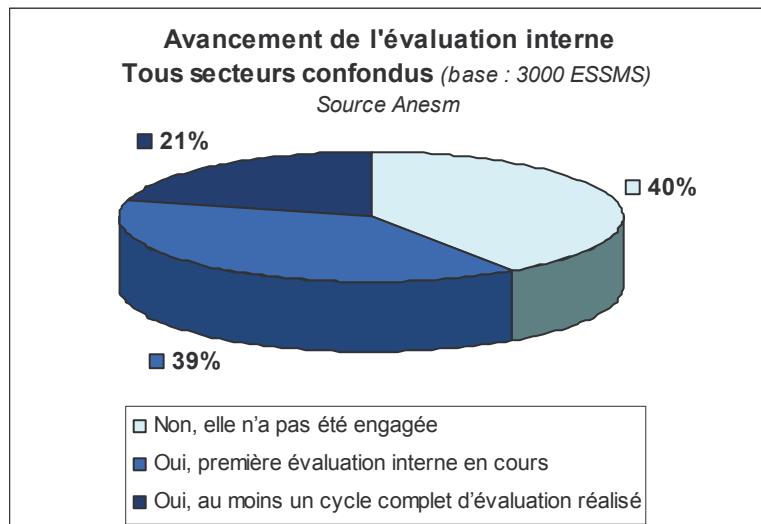


L'Agence a ainsi favorisé directement ou indirectement l'engagement des établissements et services dans la démarche d'évaluation interne.

## ► Le niveau d'avancement

**60% des établissements et services enquêtés ont engagé leur démarche d'évaluation interne :**

- 21% des répondants indiquent avoir achevé au moins un cycle complet d'évaluation interne ;
- pour 39%, la première évaluation interne est en cours.



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

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

## Des disparités existent entre les 4 grands secteurs

- **72%** des 1 100 structures enquêtées du secteur **Handicap** sont engagées ou ont réalisé une démarche d'évaluation interne. 22% déclaraient fin 2008 avoir réalisé un cycle complet.
- **Protection de l'enfance et Inclusion sociale** : un peu plus de 50% des structures sont engagées. 11% déclaraient fin 2008 avoir réalisé un cycle complet.
- Secteur **Personnes âgées** : l'obligation de la mise en œuvre de l'outil *Angélique* dans le cadre des conventions tripartites explique le niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne.  
62% des Ehpad enquêtés sont en cours de réalisation ou ont réalisé au moins une évaluation interne.  
A contrario 71% des répondants des autres strates de ce secteur (foyers-logements non Ehpad et Ssiad), non soumis à cette obligation, n'ont pas encore engagé leur évaluation interne.

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

Plus de **60%** des structures n'ayant pas démarré leur évaluation interne indiquent que le **manque de temps** a été le frein principal.

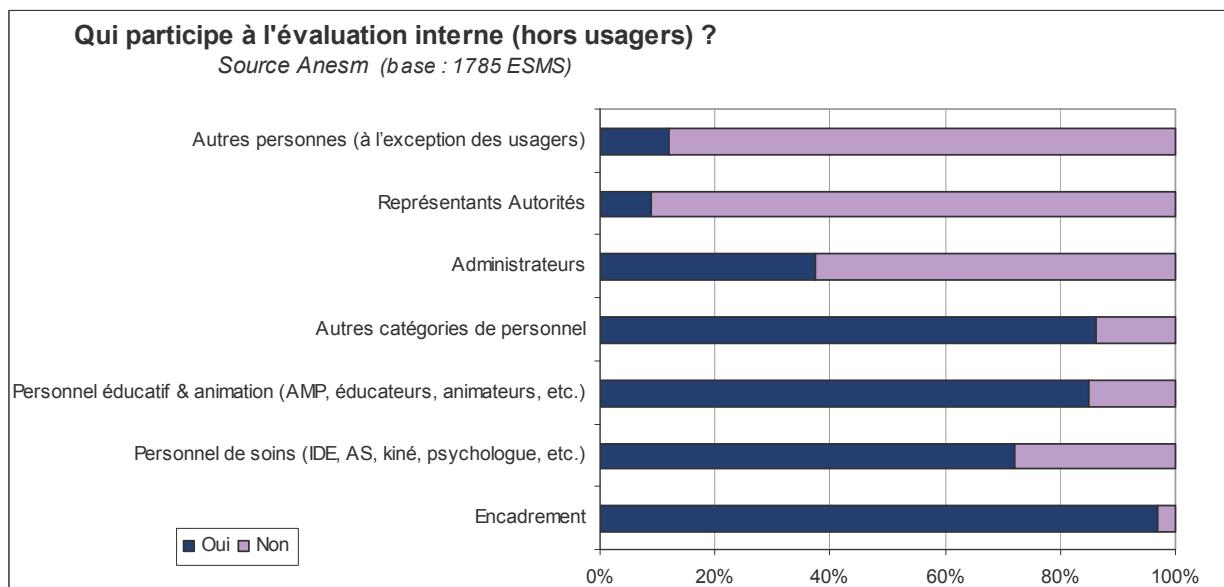
Pour 43% d'entre elles, l'équipe de direction n'est pas prête. Enfin, **41%** souhaitent attendre la parution de la recommandation sur la conduite de l'évaluation interne de l'Anesm pour s'engager.

## C. La mobilisation des acteurs

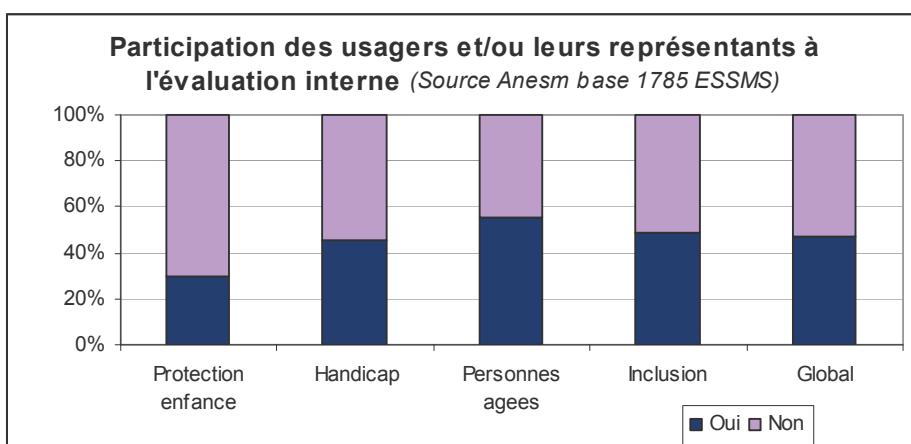
*Nota : les résultats indiqués ci-après ne concernent que les établissements et services ayant mené ou menant une évaluation interne (soit 1 785 structures).*

La démarche est pilotée par l'équipe de direction dans 44% des structures ou par un comité de pilotage (47%).

Elle est comprise comme étant une démarche participative mobilisant toutes les catégories de personnel, à toutes les phases de l'évaluation interne et de manière très homogène entre les divers secteurs.

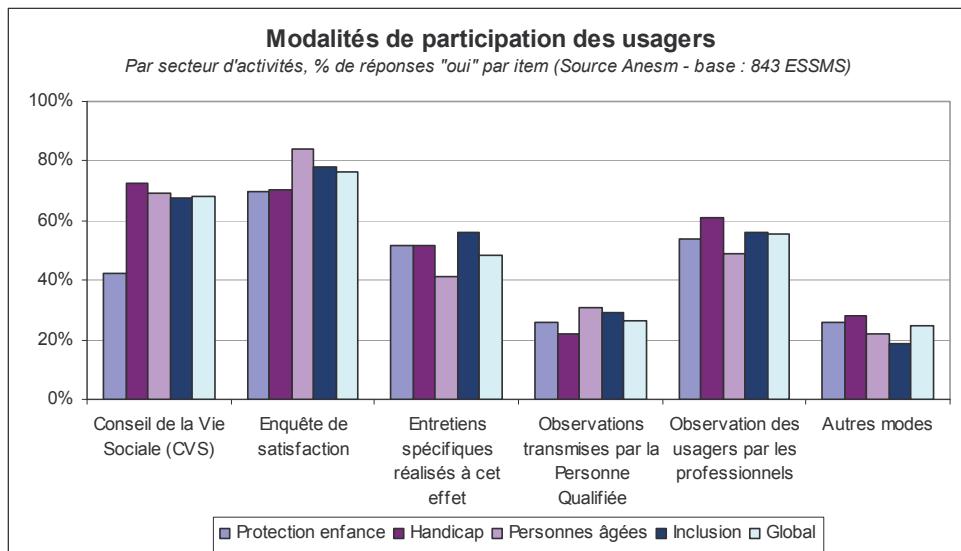


En revanche, **la participation des usagers** à l'évaluation interne est beaucoup plus limitée (47% des répondants indiquent avoir associé les usagers).



**Les modes de participation des usagers** à l'évaluation interne les plus fréquentes sont :

- l'enquête de satisfaction (76%), surtout pour le secteur Personnes Agées (82%) ;
- la sollicitation du conseil de la vie sociale (68%) ;
- l'observation des usagers par les professionnels (55%).



*Nota 1 : pour le secteur Protection de l'enfance, le faible recours au conseil de la vie sociale s'explique par l'absence de cette instance, compte tenu du mode d'intervention de certaines catégories de structures (en milieu ouvert).*

*Nota 2 : « Personne Qualifiée » comme définie dans l'article L.311-5 du CASF.*

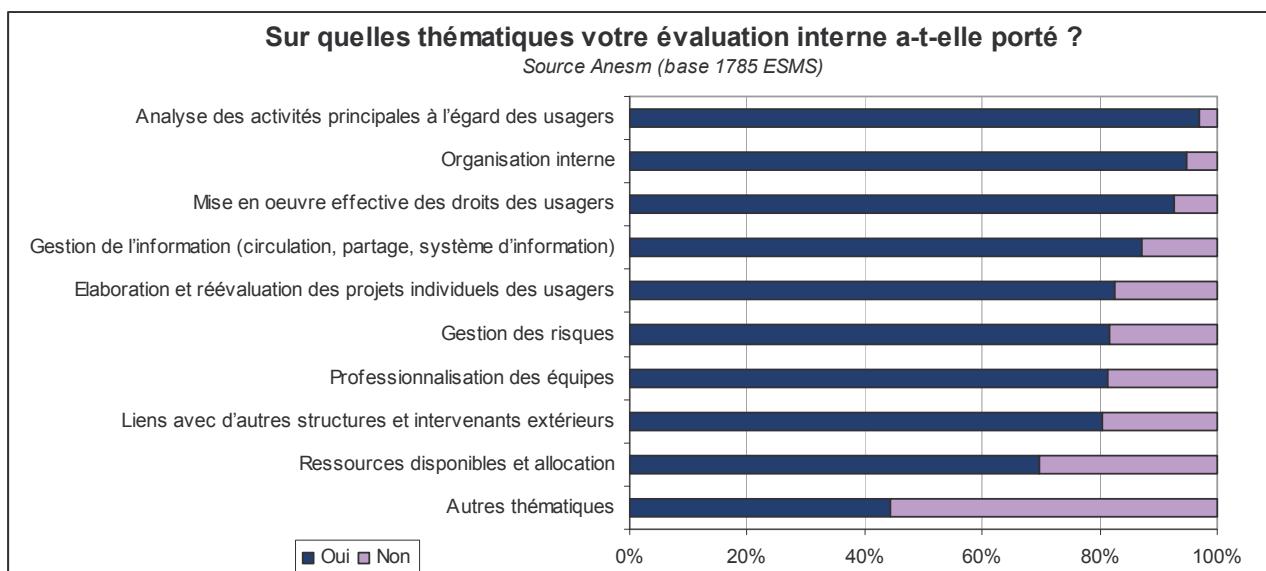
### ► La méthodologie retenue

#### **Le champ de l'évaluation**

76% des structures interrogées indiquent avoir évalué l'ensemble des activités.

L'évaluation interne porte systématiquement sur les activités principales liées à la prise en charge des usagers (97% des répondants, résultats homogènes entre secteurs), puis par ordre décroissant, sur les 3 thématiques suivantes :

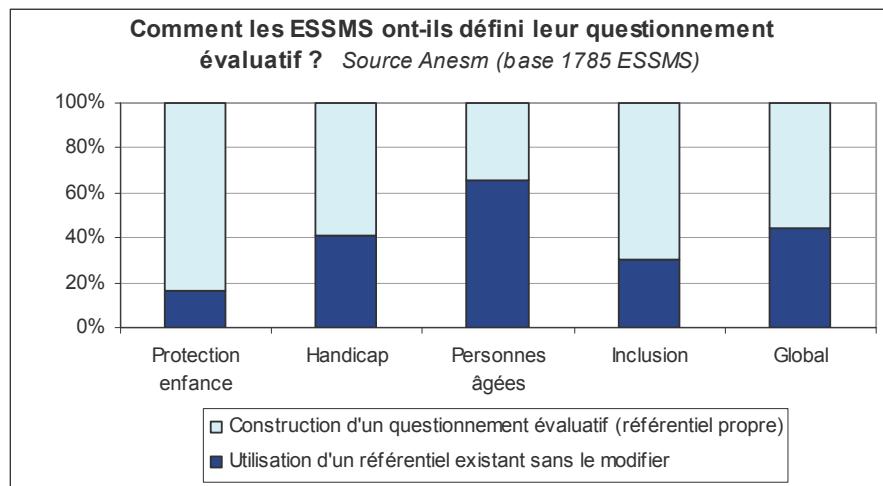
- organisation interne (95%) ;
- mise en œuvre des droits des usagers (93%) ;
- gestion de l'information (87%).



## Le choix du référentiel

Comment les établissements et services ont-ils construit leur questionnement évaluatif ?

- 45% d'entre eux ont utilisé un référentiel existant ;
- 55% ont construit leur propre questionnement.



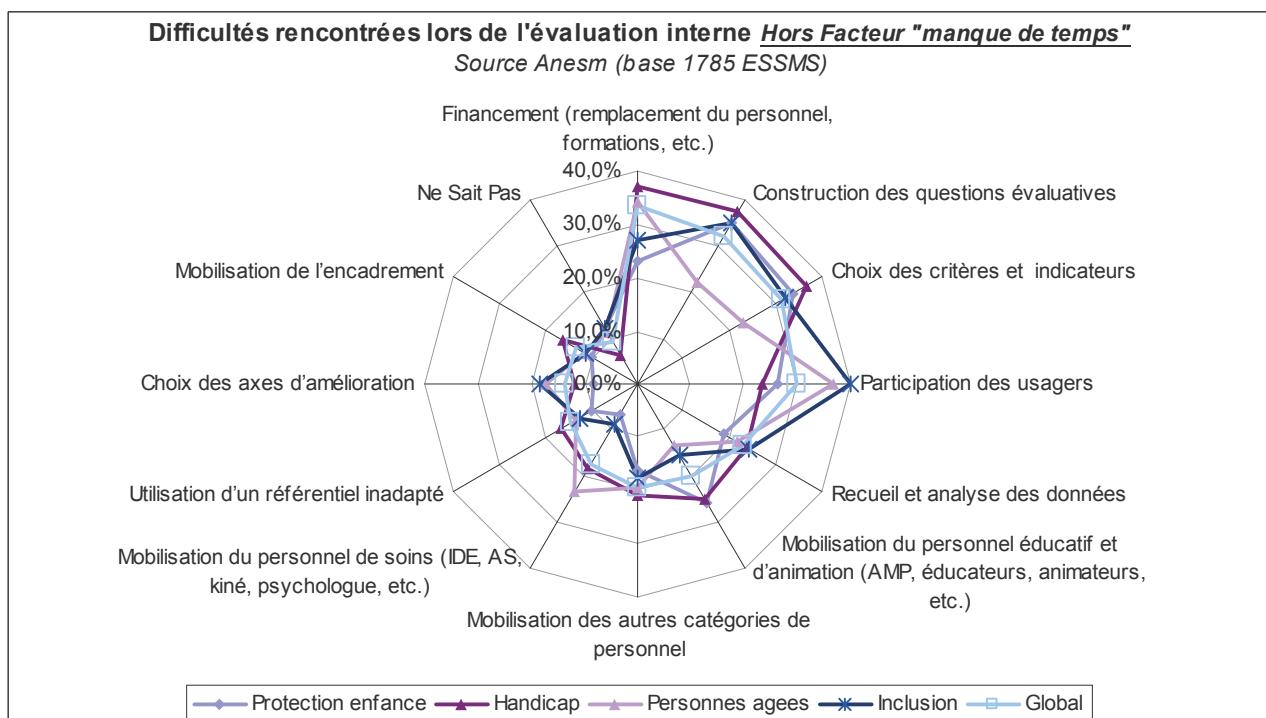
Les Ehpad utilisent l'outil *Angélique* dans le cadre des conventions tripartites, ce qui explique le recours beaucoup plus fréquent à un référentiel existant (66%) que dans les autres secteurs.

### ► Les difficultés rencontrées lors de l'évaluation interne

**72%** des structures engagées dans la démarche invoquent le « **manque de temps** » comme la plus grande difficulté.

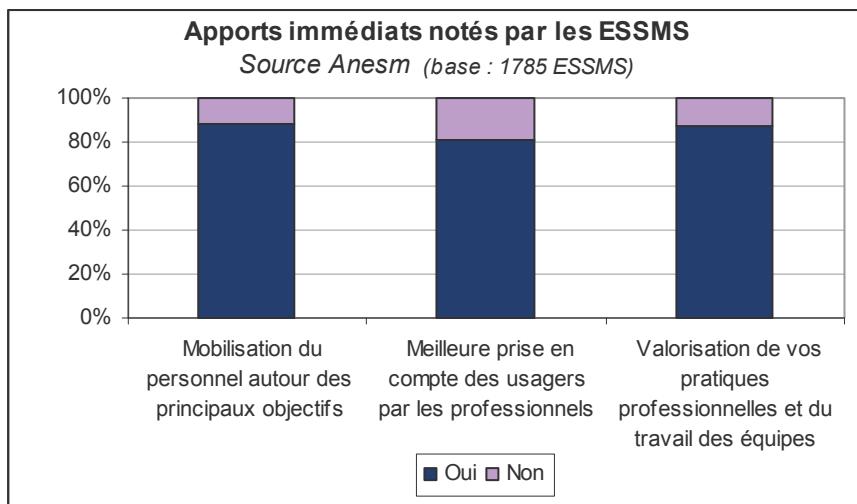
Outre celle-ci, les principales difficultés sont :

- le financement (remplacement du personnel, formations ...) ;
- des difficultés méthodologiques (construction des questions évaluatives, choix des critères et indicateurs, recueil et analyse des données) ;
- participation des usagers.



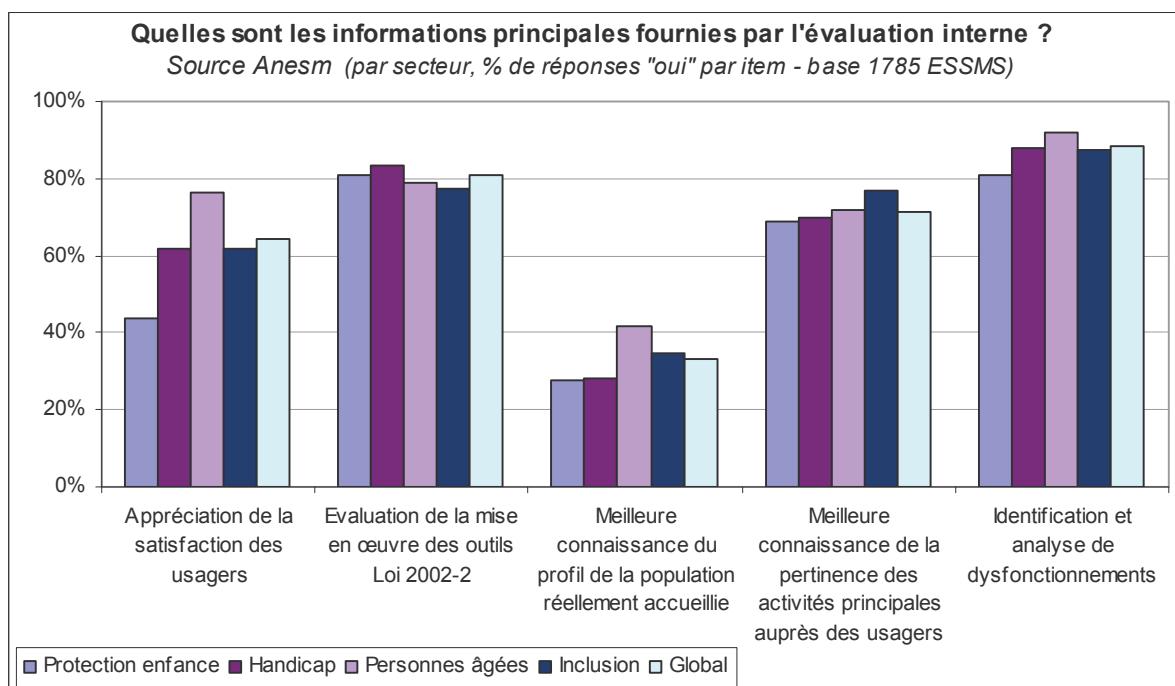
## D. Les suites données à l'évaluation interne

89% notent que la démarche d'évaluation interne leur a permis de **mobiliser le personnel** autour des objectifs principaux de la structure.

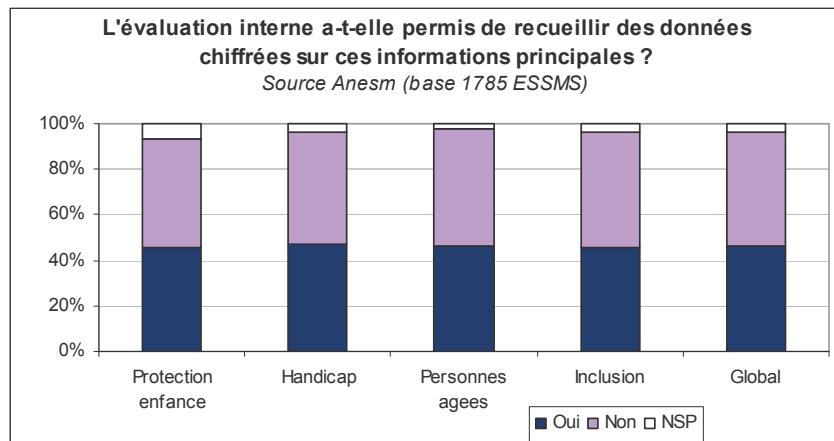


Les ESSMS estiment, par ailleurs, avoir une meilleure connaissance de la pertinence des activités principales liées à la prise en charge des usagers grâce à la démarche d'évaluation interne (71% des répondants en moyenne).

Mais l'évaluation interne, comme temps de réévaluation des besoins et attentes des usagers et de mesure des effets des actions déployées, est un domaine encore peu investi. En effet, seulement 33% des répondants indiquent que l'évaluation interne leur fournit une meilleure connaissance des profils de la population réellement accueillie.



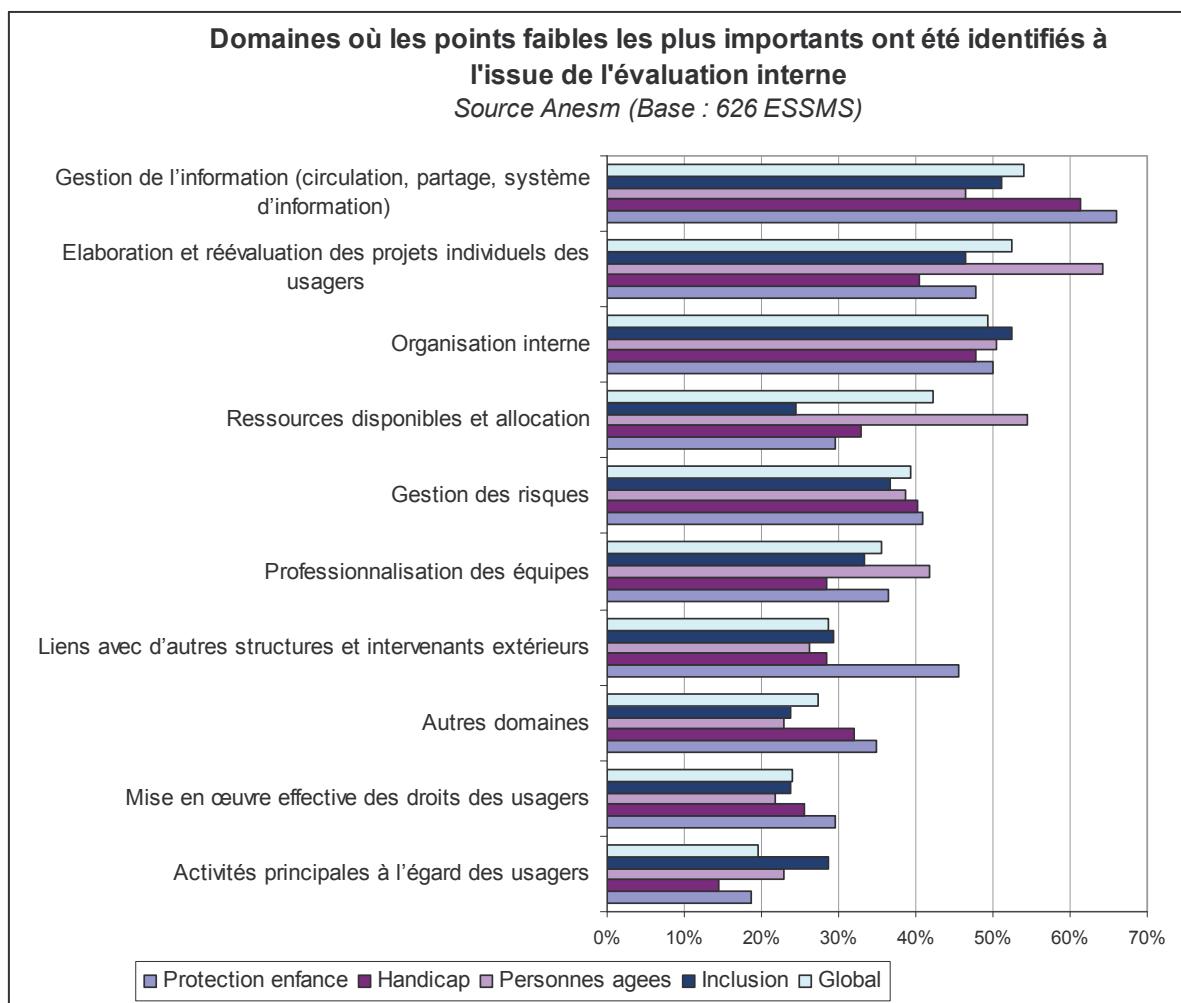
En revanche, le degré d'objectivation reste à améliorer.



#### ► Les principaux points faibles et le plan d'amélioration

Les points faibles les plus fréquemment identifiés au cours de l'évaluation interne sont :

- la gestion de l'information (54%) ;
- l'élaboration et la réévaluation des projets individuels (52%) ;
- l'organisation interne (49%).



## *Les particularités par secteur*

- **64%** des répondants du **secteur Personnes âgées** notent comme point faible majeur, l'élaboration et la réévaluation des projets individuels, contre **40%** des répondants du **secteur Handicap** (secteur au sein duquel se sont déployées l'individualisation de l'accompagnement et la culture de l'évaluation individuelle).
- **55%** des répondants du **secteur Personnes âgées** notent comme point faible, les ressources et leur allocation (31% en moyenne pour les autres secteurs).
- **45%** des répondants du secteur **Protection de l'enfance** notent comme point faible, les liens avec d'autres structures et intervenants extérieurs (27% en moyenne pour les autres secteurs).

En moyenne, **91%** des répondants indiquent mettre en place des actions d'amélioration sur toute thématique identifiée comme étant un point faible.

### ► **L'actualisation du projet d'établissement ou de service**

**Pour 67% des répondants** ayant mené à terme leur évaluation interne, les résultats ont contribué à l'actualisation de leur projet de l'établissement ou du service.

Les données recueillies par le truchement de cette enquête seront utilisées pour définir les principes fondamentaux garantissant la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation. Mais au-delà, elles permettent de disposer d'une évaluation de l'avancée des ESSMS dans la mise en œuvre des dispositions issues de la loi du 2 janvier 2002.

Sur ces bases, les 21% de structures déclarant avoir mené un cycle complet d'évaluation pourront faire procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'elles délivrent, par un des organismes habilités par l'Agence.

### ► **La définition d'indicateurs**

A l'issue de l'évaluation interne, en moyenne **55% des répondants** ayant mené à terme leur évaluation interne définissent des indicateurs, qu'ils en disposent ou non avant la mise en œuvre de l'évaluation interne.

Les indicateurs mis en place sont surtout des indicateurs de suivi (87%) ou de satisfaction (81%).

## **E. Les marges de progrès**

La participation des usagers à l'évaluation interne qui repose surtout sur une enquête de satisfaction est encore limitée (47% des structures engagées dans la démarche).

64% de ces-mêmes structures n'objectivent pas les résultats de l'évaluation par des informations et données quantitatives.

La caractérisation des profils de la population réellement accueillie (par l'évaluation et la réévaluation des besoins et attentes des usagers) et la mesure des effets des actions déployées est peu développée (33% des structures engagées dans la démarche).

## 2.2. Enquête menée auprès des Ddass et des conseils généraux

Réalisée en partenariat avec l'Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des conseils généraux, cette enquête a eu pour objectif de disposer de données concernant l'appréciation par les autorités de contrôle, des résultats d'évaluation interne transmis par les établissements et services.

Elle donne également des éléments d'information sur l'apport que les services déconcentrés de l'Etat et les collectivités territoriales (dénommés ici autorités) attendent de l'évaluation interne et des actions de soutien au déploiement de la démarche engagée par ces mêmes autorités.

### 2.2.1. Présentation de l'enquête

#### 2.2.1.1. Méthodologie retenue

Le questionnaire élaboré en lien avec des membres du Conseil scientifique de l'Agence est fondé sur le recueil de données déclaratives, essentiellement sur la base de questions fermées à choix multiple.

Après une information préalable des présidents de conseil général et des directeurs de Ddass par courrier, le questionnaire a été transmis à l'ensemble des services des conseils généraux et des Ddass de France métropolitaine

Le questionnaire a abordé les domaines suivants :

- le nombre de rapports spontanément transmis par les ESSMS et une estimation de l'avancement de la démarche d'évaluation interne sur le département ;
- la mise en œuvre d'actions initiées par les autorités pour promouvoir la démarche ;
- les attentes et les constats liés au rapport d'évaluation interne ;
- les apports de la démarche ;
- les thématiques sur lesquelles les autorités souhaiteraient un appui de l'Agence.

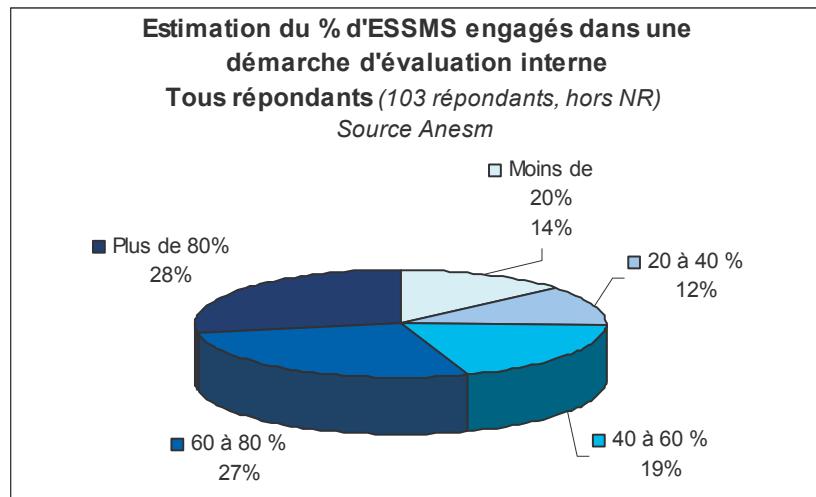
Le taux de retour global est de 58% (51% des conseils généraux, 66% des Ddass). Au total, 152 questionnaires ont été transmis à l'Agence, dont 3 ne permettent pas une exploitation statistique : 149 questionnaires ont donc été analysés.

#### 2.2.1.2. Les résultats

##### A. L'avancement des ESSMS dans la démarche

Une majorité de Ddass et conseils généraux (55%) estime que plus de 60% des ESSMS sont engagés dans une démarche d'évaluation interne.

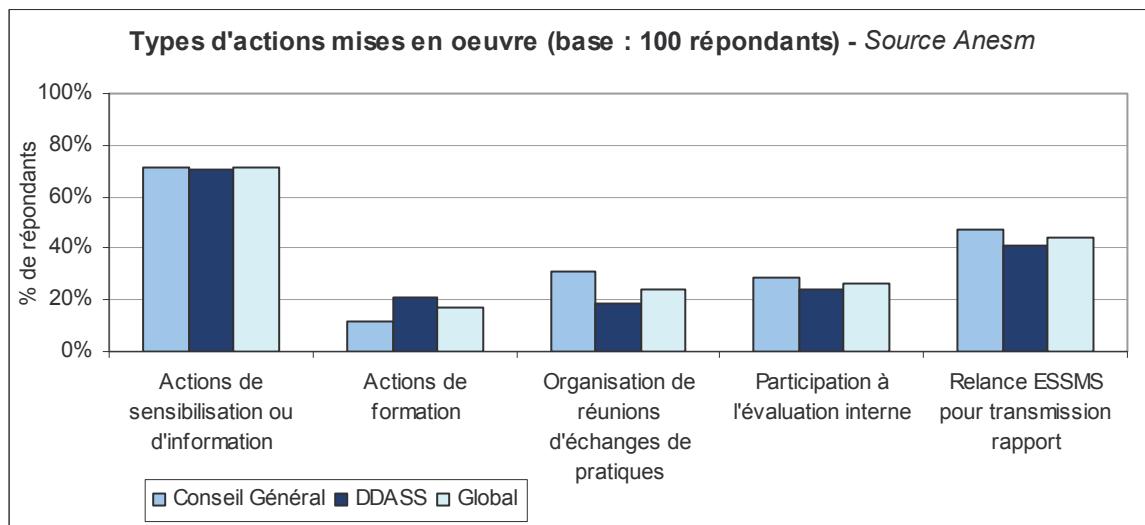
Ils rejoignent en cela le taux de 60% recueilli dans le cadre de l'enquête nationale réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 3 000 ESSMS en 2008.



### B. Actions initiées par les autorités pour promouvoir la démarche

69% des Ddass et des conseils généraux indiquent avoir mis en œuvre des actions relatives à la démarche d'évaluation interne, essentiellement sous forme d'actions de sensibilisation (71% des répondants).

**A noter :** 44% disent avoir relancé les ESSMS. Cette relance ayant été largement effectuée en direction des Ehpad.

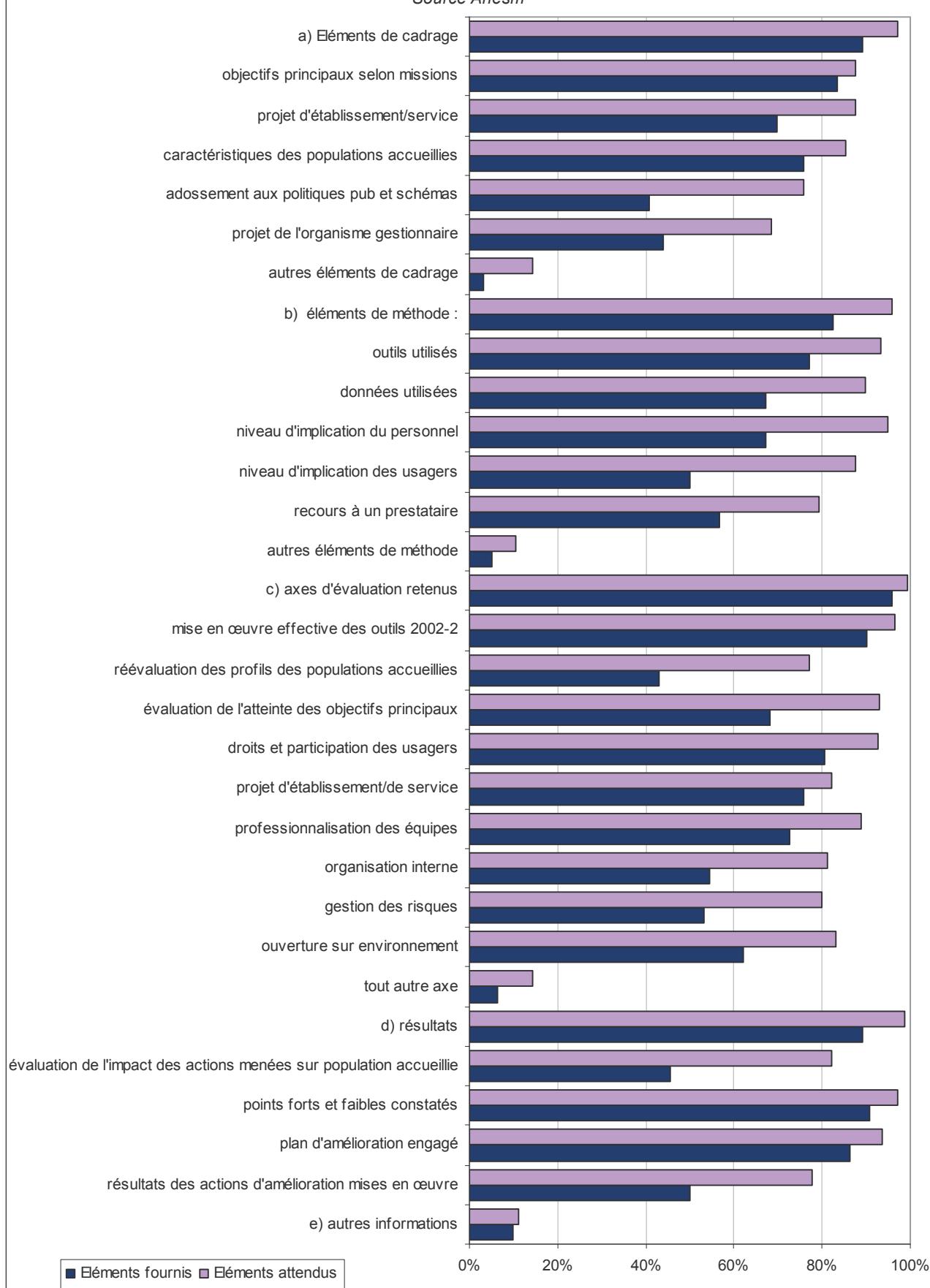


### C. Les attentes des autorités

#### ► Comment les services jugent-ils les premiers éléments d'information et d'analyse transmis ?

Pour les services des Ddass et des conseils généraux, les principaux écarts entre les informations disponibles dans les rapports transmis et leurs attentes portent sur :

**Écarts entre les informations attendues et les informations obtenues dans les rapports transmis** (Base : 149 répondants pour "attendues" - 78 répondants pour "obtenues")  
 Source Anesm



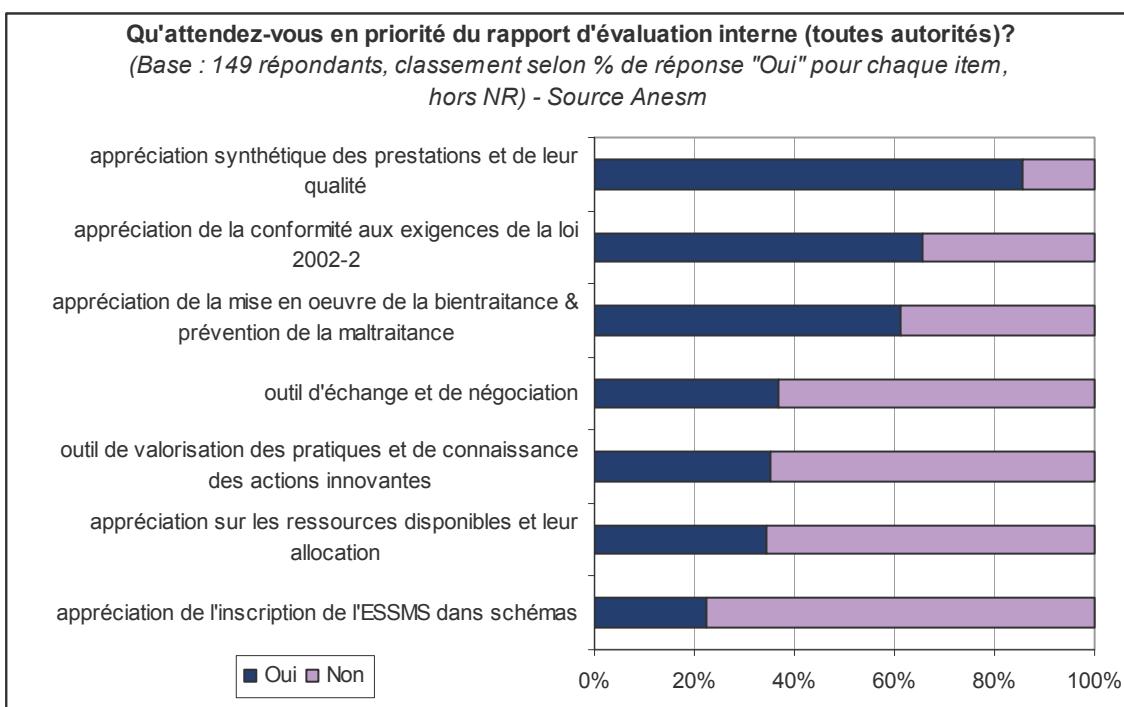
Pour les autorités, l'apport principal de la démarche d'évaluation interne doit être l'évaluation de la qualité des actions menées au regard des missions des ESSMS (i.e. une évaluation centrée sur les usagers). C'est pourquoi les écarts majeurs entre les informations principales obtenues aujourd'hui dans les rapports transmis et les informations principales attendues concernent le **niveau d'implication des usagers** dans l'évaluation interne, la réévaluation des profils des populations accueillies, l'évaluation de l'atteinte des objectifs principaux de l'accompagnement et l'impact des actions déployées auprès des populations accueillies. L'évaluation des modalités précises de mise en œuvre des actions en termes d'organisation interne et de la gestion des risques sont également des aspects jugés insuffisamment documentés.

Les rapports devraient également apporter une information plus précise sur les résultats des actions menées.

#### ► Les rapports d'évaluation interne

Ddass et conseils généraux souhaitent disposer d'un document leur apportant essentiellement :

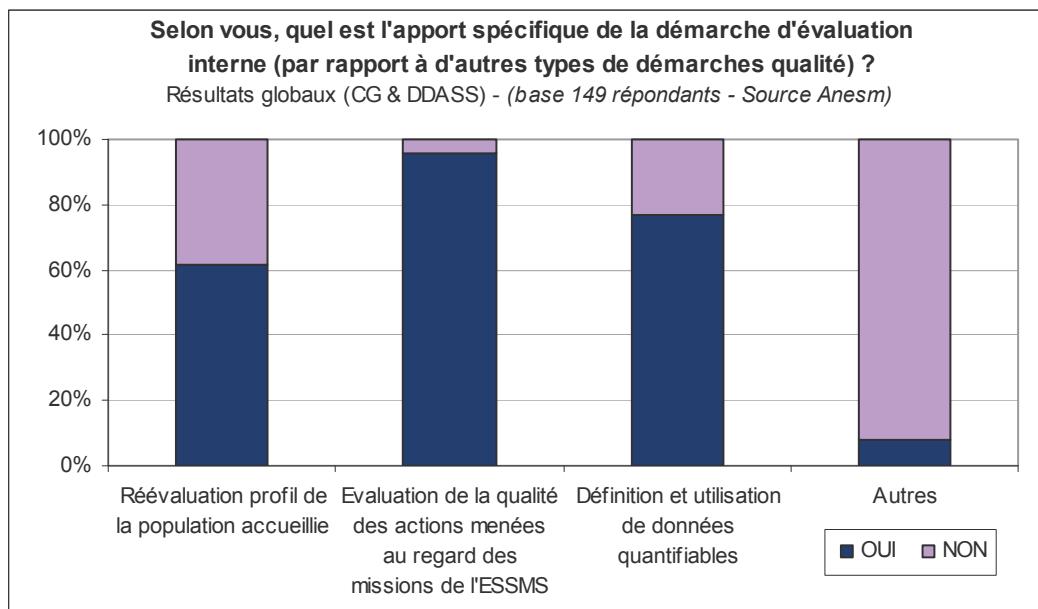
- une appréciation synthétique des prestations déployées et de leur qualité (86%) ;
- une appréciation de la conformité de l'ESSMS aux exigences de la loi du 2 janvier 2002 (65%) ;
- une appréciation de la mise en œuvre de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance (61%).



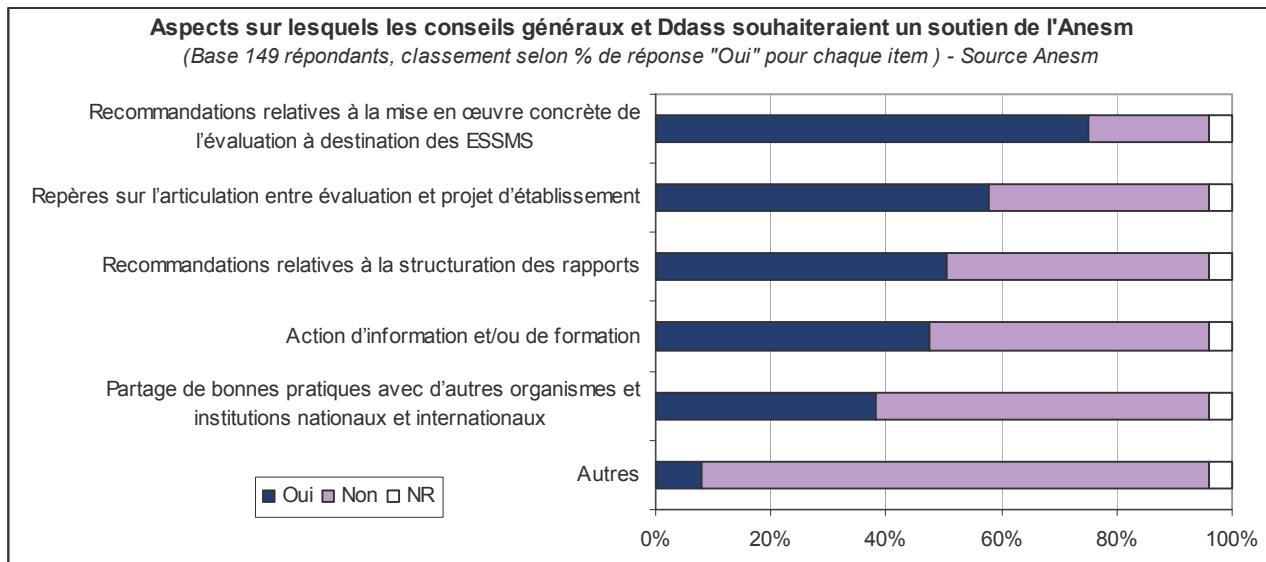
#### ► Leur perception de la démarche

Pour **96%**, la démarche d'évaluation interne doit permettre d'**évaluer la qualité des actions d'accompagnement menées** au regard des missions imparties aux ESSMS.

**77%** indiquent également que **l'évaluation interne doit fournir des données quantifiables** permettant d'objectiver la qualité et l'apport des actions des ESSMS.



#### D. Les attentes vis-à-vis de l'Agence



Les premières attentes exprimées par les conseils généraux et les Ddass portent sur des recommandations concrètes pour mettre en œuvre l'évaluation.

Les Ddass attendent des recommandations relatives à la structuration des rapports entre le projet d'établissement et l'évaluation ; alors que les conseils généraux souhaitent plutôt des actions d'information et/ou de formation.

**A noter :** les éléments de cette enquête ont été utilisés pour établir le contrat d'objectifs et de moyens 2009-2011 ainsi que pour le programme de travail 2009 qui a prévu l'organisation de journées interrégionales associant Ddass et conseils généraux dans le but de déployer les recommandations en lien avec l'évaluation interne.

Ce dernier item permet de conforter l'Agence dans ses orientations stratégiques.

### 3. Accompagner les établissements et services

#### 3.1. Mise en œuvre et conduite de l'évaluation



Ce document a été produit en 2008 avec un double objectif :

- valider des principes de l'évaluation interne énoncés dans le guide du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale et sa note n°1, afin d'éviter un effet d'attentisme du secteur à l'égard de la mise en œuvre de l'évaluation interne ;
- annoncer les éléments de méthode recommandés pour un déploiement effectif de l'évaluation interne comme outil d'amélioration des activités et de la qualité qui seront développés dans un document ultérieur :
  - centration de l'évaluation sur l'analyse des effets des activités sur les usagers ;
  - annonce de l'importance de l'analyse par articulation entre groupes d'activités (processus structurants), à l'intérieur et à l'extérieur de l'ESSMS ;
  - annonce de l'importance de l'objectivation pour assurer une fonction effective d'amélioration continue.

#### 3.2. Préparation d'un outil d'auto-évaluation sur la bientraitance

Dans le cadre de « L'opération bientraitance » engagée par Madame la Secrétaire d'Etat aux solidarités, en octobre 2008, l'Anesm a réalisé le questionnaire d'auto-évaluation de la bientraitance en Ehpad.

Il s'agit de proposer un outil d'auto-évaluation annuelle permettant aux établissements d'évaluer et de rendre compte de leur engagement dans le déploiement d'une culture de la bientraitance dans leur structure.

Le questionnaire propose 30 items et une procédure de compléction par le directeur d'établissement, le président du conseil de la vie sociale (CVS), le médecin coordonnateur.

Ces travaux engagés en 2008 se poursuivent au premier trimestre 2009 avec le test du questionnaire auprès de 10 Ehpad avant sa diffusion par les Ddass.

#### 3.3. Promouvoir les recommandations : les Rencontres de l'Agence

En lançant « Les Rencontres de l'Anesm », l'Agence s'est engagée dans un processus conforme à l'une de ses missions : la diffusion de ses travaux en direction des ESSMS. Elle a organisé dans ses locaux deux demi-journées, les 1<sup>er</sup> octobre et 28 novembre 2008, afin d'informer les professionnels, cadres, directeurs, acteurs associatifs et institutionnels et de répondre à leurs questions sur la recommandation-cadre sur la bientraitance, éditée en août 2008.

La première demi-journée qui a réuni 70 personnes, a eu pour but d'échanger autour de la diversité des pratiques liées à l'appropriation d'une culture de la bientraitance dans les ESSMS.

L'Agence a ainsi présenté dans un premier temps, les travaux qui ont contribué à l'élaboration de la recommandation. Parmi ces travaux ont été abordés :

- les publications retenues à la fois sur le thème de la bientraitance, mais également sur d'autres notions proches, tels que le « care », la sollicitude ou bien encore la maltraitance ;
- les entretiens auprès d'experts (sociologue, pédopsychiatre, consultant...) qui ont par ailleurs apporté un éclairage sur le terme « *bientraitance* » et les controverses qui peuvent le concerner ;
- l'audition d'une quarantaine d'usagers dans 10 établissements des quatre champs du secteur social et médico-social, en établissement et à domicile. Ces entretiens avaient pour objectif de comprendre comment les usagers se représentent leur relation avec les professionnels, et quelle est leur perception des bénéfices que leur apportent les accompagnements qui leur sont proposés.

L'Agence a dans un second temps rappelé la définition et les principes fondamentaux de la bientraitance. Loin d'être seulement le contraire de la maltraitance, la bientraitance est une culture partagée fondée sur le respect, l'écoute, et l'ouverture. Elle a ensuite repris les cinq fondamentaux procédant de cette définition :

- une culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité, et de sa singularité ;
- au-delà d'une série d'actes, une manière d'être des professionnels ;
- une valorisation de l'expression des usagers ;
- un aller-retour permanent entre penser et agir ;
- une démarche continue d'adaptation à une situation donnée.

A l'occasion de ces journées, l'Agence a sollicité quatre intervenants qui ont présenté des éléments de la recommandation au regard de leurs pratiques actuelles :

- 1/ La première intervention d'un directeur du secteur de l'inclusion sociale a abordé le sujet de l'usager co-auteur de son parcours (repère 1 de la recommandation). Il a notamment présenté les modalités selon lesquelles l'accueil se fait de manière singularisée dans les établissements qu'il dirige. Un nouvel arrivant reçoit, quelle que soit l'heure, un accueil en dehors du regard des autres résidants, par une équipe formée pour rentrer en contact avec des personnes très alcoolisées, par exemple. L'objectif est de permettre ensuite à toute personne accompagnée de rencontrer plusieurs professionnels à différents moments et de créer ainsi des relations de confiance pérennes.
- 2/ La seconde intervention d'un directeur d'un foyer de vie pour personnes handicapées, est intervenu sur la qualité du lien entre professionnels et usagers (repère 2 de la recommandation). Le premier objectif de l'établissement est d'aider les personnes accueillies dans les actes de la vie quotidiennes. Le travail auprès du corps des personnes handicapées doit s'insérer dans une relation de confiance pour que ces dernières le vivent sans souffrance ni sentiment d'intrusion. Par ailleurs, l'intervenant a également souligné que la vie affective des personnes accueillies est une dimension de l'accompagnement très riche mais qui pose souvent question aux professionnels. Pour construire une juste distance, décrite dans la

recommandation, il fait appel à des regards extérieurs pour aider les professionnels de terrain et les usagers à prendre la parole sur un sujet sensible, comme, par exemple, la sexualité.

- 3/ La troisième intervention d'une psychologue et formatrice du secteur de l'aide, soins et services au domicile, a présenté le repère 3 de la recommandation : l'enrichissement des structures et des accompagnements par toutes les contributions internes et externes pertinentes. Pour limiter l'impact de l'isolement des professionnels qui interviennent à domicile, la structure organise des formations sur la prévention de la maltraitance qui permettent aux professionnels d'échanger sur leur métier et leurs pratiques et de prendre ensemble du recul sur les difficultés qu'elles rencontrent.
- 4/ Enfin, la quatrième intervention d'un médecin et chef de service d'unités de soins de longue durée au sein d'un Centre hospitalier universitaire, a évoqué le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance (repère 4 de la recommandation). En illustration, elle a présenté un outil de promotion de la bientraitance : « la trousse Mobiqual », support de formation et de réflexion destiné aux professionnels exerçant en Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Elle a insisté sur le nécessaire engagement des directeurs de structures dans la démarche et souligné l'importance de valoriser, au sein des équipes, la fierté et le plaisir professionnels qui sont des piliers de la bientraitance.

Les débats, lors de cette première demi-journée, ont permis enfin d'évoquer la question du regard que portera l'évaluateur externe sur l'appropriation de cette recommandation.

Lors de la seconde demi-journée, les débats sur la recommandation Bientraitance ont été axés sur les modalités d'appropriation expérimentées au niveau des équipes d'un établissement, de l'encadrement, au titre de la formation continue portée par une fédération (la Fehap) ou bien encore sur la façon dont une démarche d'inspection peut s'articuler avec cette recommandation.

150 participants représentant des cadres, des professionnels, des administrations, des formateurs ont assisté à cette manifestation, les locaux de l'Anesm ne pouvant accueillir d'avantage de participants (50 demandes refusées).

Ces journées ont permis d'identifier le besoin des ESSMS d'obtenir des informations sur la façon de s'approprier les recommandations et leur intégration dans le système d'évaluation. Elles ont ainsi servi de base à la préparation du déploiement des recommandations en régions prévu au programme de travail 2009.

### **3.4. Appels à contribution et travaux préparatoires sur les principes fondamentaux garantissant la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation.**

Durant l'année 2008, un groupe de travail spécifique a participé aux travaux de l'Agence pour définir les principes fondamentaux garantissant la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation. L'Agence a procédé à l'analyse d'une part, des référentiels utilisés, et d'autre part, des appels à contribution pour illustrer la mise en œuvre de l'évaluation.

L'Agence a examiné 96 outils et référentiels d'évaluation utilisés dans le secteur social et médico-social afin d'identifier les axes à développer dans les principes fondamentaux.

Parmi les outils et référentiels examinés à l'Agence<sup>10</sup> :

- **31%** sont issus du secteur du handicap ;
- **19%** sont issus du secteur des personnes âgées ;
- **19%** sont des outils transversaux (en majorité concernant tous les secteurs ou plus particulièrement ceux du handicap et des personnes âgées) ;
- **17%** sont issus du secteur de la protection de l'enfance ;
- **10%** sont issus du secteur de l'exclusion ;
- **4%** sont issus du secteur de la santé.

Leur examen a plus particulièrement porté sur :

- les objectifs de l'outil ;
- les promoteurs ;
- les champs couverts ;
- la méthode déployée ;
- les critères d'appréciation et indicateurs proposés ;
- le degré de diffusion.

L'examen de ces éléments vise à déterminer les champs à développer dans le cadre de la définition des principes fondamentaux garantissant la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation.

S'agissant des appels à contribution, sur les pratiques innovantes de mise en œuvre de l'évaluation, l'objectif recherché par l'Agence était d'identifier les principaux freins et facteurs clés de succès concernant les aspects suivants :

- pertinence du cadre évaluatif et caractérisation des profils de population ;
- participation des usagers ; rôle de la réévaluation des besoins et attentes des usagers dans la démarche d'évaluation interne ;
- mobilisation des personnels ;
- objectivation, recueil et analyse des données ;
- pérennisation de la démarche.

L'appel à contribution lancé par l'Anesm en septembre 2008 a permis de recevoir 94 propositions de contribution dont 50% proviennent du relais effectué par le COS et le groupe de travail.

L'origine des appels à contribution se répartit de la façon suivante :

- 63 % viennent du secteur Handicap ;
- 21 % du secteur Personnes âgées ;
- 10 % du secteur Protection de l'enfance ;
- 3% du secteur Inclusion ;
- 3 % du secteur des services à domicile<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Le total auquel se rapportent les données qui suivent ne comprend pas les outils et référentiels à l'international.

<sup>11</sup> Les services à domicile comptabilisés dans cette catégorie s'adressent à un public d'usagers diversifié : personnes âgées et personnes handicapées, ce qui ne permet pas, au regard des éléments fournis sur la population, de les intégrer davantage à une catégorie déjà existante qu'à une autre.

Les contributions de 94 ESSMS sur les pratiques d'évaluation interne ont notamment permis l'identification de bonnes pratiques d'évaluation et de leurs modalités de mise en œuvre dans des situations d'accompagnement spécifiques. Trente d'entre elles ont été directement exploitées pour illustrer les travaux engagés afin de définir les principes fondamentaux garantissant la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation.

Les résultats des enquêtes nationales auprès des ESSMS et des autorités confirment la vision portée par l'Agence concernant les modalités concrètes de l'évaluation (lire, ci-dessus, les résultats des enquêtes nationales).

## 4. Définir la procédure d'habilitation

### 4.1. L'évaluation externe : un marché à réguler

Parmi les deux missions confiées par le législateur à l'Anesm, figure l'habilitation des organismes extérieurs qui procèderont à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles.

S'agissant d'une procédure particulière de régulation de l'accès à un marché concurrentiel, la convention constitutive de l'Anesm a fixé des compétences particulières en la matière au Conseil d'administration. En effet, celui-ci délibère sur les refus, retraits ou suspensions d'habilitation. Ces décisions dans la procédure sont en effet potentiellement contentieuses au regard de la perte de chiffre d'affaires qu'elles engendrent pour les organismes. Il convient de rappeler à cet égard que le marché est évaluable à +/- 350 à 400 M€ par cycle d'évaluation.

Le Conseil d'administration et le Conseil scientifique de l'Agence ont donc été appelé à se prononcer sur les fondements de telles décisions de refus, suspension ou retrait d'habilitation.

### 4.2. Un principe directeur : garantir l'indépendance des organismes

Trois principaux éléments sont entrés en considération dans la définition de la procédure d'habilitation : l'article L.312-8 du CASF, la directive européenne relative aux services dans le marché intérieur et le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le cahier des charges de l'évaluation externe.

Il convient en premier lieu de rappeler que les dispositions de l'article L.312-8 du CASF prévoient que ce sont les établissements qui font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations délivrées par un organisme extérieur. Les établissements et services sont ainsi clairement les donneurs d'ordre. L'Agence ne déclenche ni ne sélectionne l'organisme. La responsabilité confiée à l'Agence par le législateur est d'établir la liste des organismes habilités parmi lesquels les établissements sociaux et médico-sociaux assureront une sélection.

Il convient de noter que le législateur n'a pas prévu un système identique à celui du secteur sanitaire pour lequel la Haute autorité de santé emploie directement les experts visiteurs. Le nombre d'établissements concernés est en effet dix fois plus important dans le secteur social et médico-social que dans le secteur sanitaire.

Il est important de noter en second lieu, que l'exercice d'habilitation s'inscrit dans le calendrier de la transposition en cours de la directive européenne relative aux « Services dans le marché intérieur » n°2006/123/CE qui devra trouver une application au plus tard le 28 décembre 2009.

Dans le cadre de cette transposition, les Etats membres sont appelés à en notifier les exceptions en se référant à un motif d'intérêt général qu'ils doivent préciser. Les exceptions sont appréciées en mettant en rapport les enjeux qu'elles sous-tendent au regard des restrictions mises en œuvre en termes de libre accès au marché concerné.

Enfin, le troisième élément est relatif au décret fixant le cahier des charges de l'évaluation externe qui précise les conditions de sélection des organismes par les ESSMS. Ce décret précise en effet quels sont les critères à examiner dans ce cadre, et confie ainsi expressément certaines compétences aux ESSMS, relatives notamment à l'examen des qualifications et de l'expérience des intervenants proposés ou de la régularité de la situation de l'organisme vis-à-vis des obligations administratives. Il revenait donc de préciser dans la procédure d'habilitation quels étaient les éléments complémentaires que l'Agence demanderait aux organismes.

Les travaux conduits pour définir la procédure ont associé l'Igas, le Président du Conseil scientifique, la Direction générale de l'action sociale et la Direction générale de la Concurrence et de la répression des fraudes. La procédure a été déterminée afin de proportionner les exigences au regard des attendus de l'évaluation externe des ESSMS en complément du décret susvisé.

S'agissant des références que l'Agence était susceptible de demander aux organismes, en dehors de celles qui sont demandées aux intervenants par le décret fixant le cahier des charges de l'évaluation externe, il n'est pas apparu pertinent de prévoir un tel axe. Celui-ci fixerait en effet des barrières à l'entrée sur le marché sans réelle plus value, une société pouvant en effet se constituer en recrutant des intervenants ayant, eux, des références individuelles.

L'enjeu a donc été de déterminer une procédure qui offre des garanties d'indépendance et d'intégrité des organismes au regard des enjeux que représente l'évaluation externe pour les autorisations des ESSMS.

#### 4.3. La mise en œuvre de la procédure

La procédure retenue par le groupe a été soumise à l'avis du Conseil scientifique. Elle peut être résumée de la façon suivante :

- les organismes transmettent à l'Agence un dossier comprenant des données d'identification et un engagement à respecter des principes définis en matière d'intégrité, d'objectivité, de confidentialité et de compétence des personnes employées directement ou indirectement dans le cadre d'une mission d'évaluation externe ;
- dès lors que le dossier transmis est complet, l'organisme se voit adressé un certificat d'habilitation qu'il pourra produire à l'appui de sa candidature.

En conséquence, il est important que les ESSMS soient informés de l'absence de vérifications sur les compétences des intervenants, effectuées par l'Agence et qu'ils soient pleinement conscients du rôle qui leur est attribué en la matière par le décret. La procédure devra ainsi être publiée afin que les ESSMS aient connaissance des engagements demandés aux organismes.

Enfin, sur ces bases, la durée de l'habilitation est indéterminée. Seules de nouvelles demandes d'engagement ou des décisions de suspensions et de retrait peuvent la remettre en cause.

Il convient de souligner que l'Agence n'a pas été spécifiquement innovante en la matière. Elle s'est appuyée sur des procédures déclaratives que d'autres structures utilisent déjà. Ainsi la CNIL a-t-elle mis en œuvre une procédure similaire.

#### 4.4. Refus, suspension ou retrait d'habilitation

Compte-tenu des modalités d'accès à l'habilitation qui reposent sur la fourniture d'un dossier complet, les **refus** reposent sur l'absence d'exhaustivité des engagements demandés. Un organisme peut toujours accéder à une habilitation s'il remet son dossier complet.

Les décisions coercitives en matière d'habilitation telles que les suspensions et les retraits, sont issues d'une part, des modalités d'accès à cette habilitation qui ont été énoncées précédemment et d'autre part, de l'application des dispositions du décret du 15 mai 2007.

Si l'organisme habilité ne respecte pas ses engagements ou a un litige avec l'ESSMS qui l'a mandaté, il n'est pas exclu d'envisager que les services de l'Etat ou des départements destinataires des rapports d'évaluation puissent aussi formuler des critiques sur la qualité de la mission.

Dans ce cas, il faudra distinguer si l'organisme est en capacité de rétablir son obligation ou non. Dans le premier cas, la suspension doit être examinée comme un levier pour contraindre l'organisme à s'exécuter alors que dans le second, elle n'a de sens que pour éviter que l'organisme ne soit sélectionné pour de nouvelles évaluations dans l'attente d'un éventuel retrait.

S'agissant en dernier lieu des mesures de **retrait**, elles seront prononcées lors de manquements graves ou répétés, avérés aux engagements d'un organisme soit au titre de son dossier d'habilitation soit lors de la réalisation d'une mission d'évaluation. Le Conseil serait alors saisi après la mise en œuvre d'une procédure contradictoire par ailleurs prévue au décret susvisé. Il n'est toutefois pas exclu que le Conseil ait à se prononcer sur une proposition de retrait suite à une demande de l'Agence restée infructueuse.

S'agissant enfin de la durée du retrait de l'habilitation, il a été décidé qu'elle soit proportionnée à sa motivation en prévoyant une durée maximale de 5 ans. Au terme de ce délai, l'organisme sera alors susceptible de déposer un nouveau dossier.

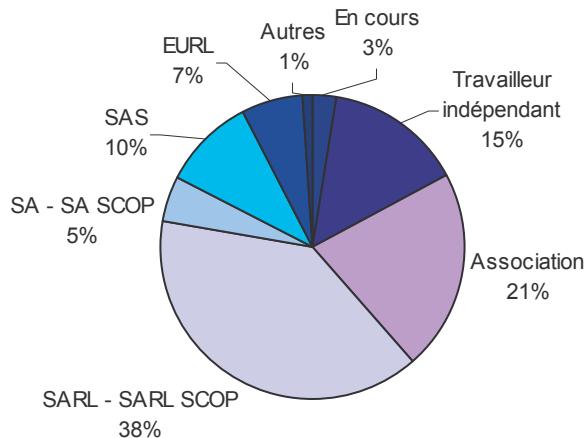
Ces dispositions ont reçu l'avis favorable du Conseil scientifique de l'Agence et ont été adoptées par le Conseil d'administration. Elles seront mises en œuvre dans le cadre du programme de travail 2009 et nécessiteront un lien étroit entre l'Agence et les administrations territoriales destinataires des rapports d'évaluation.

#### 4.5. Qui sont les candidats à l'habilitation ?

Depuis le 1<sup>er</sup> Août 2007, l'Anesm a mis en ligne sur son site internet un formulaire de préinscription des organismes candidats à l'habilitation en vue de l'évaluation externe des établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du CASF.

Fin 2008, 275 organismes étaient préinscrits : il s'agit principalement de cabinets de conseil et/ou d'instituts de formation créés sous des formes juridiques différentes, essentiellement SARL/SCOP et associations.

## Forme juridique des organismes candidats à l'habilitation



Source : Anesm

On observe que les organismes préinscrits se sont créés en majorité **en 2001**, soit avant la promulgation de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, **en 2005**, soit l'année de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et enfin **en 2007**, au moment de la création de l'Anesm.

La majorité des organismes est constituée d'un effectif inférieur ou égal à 10 collaborateurs.

Enfin, une grande majorité des organismes préinscrits ont déclaré disposer de références auprès des établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du CASF, majoritairement dans le secteur des personnes âgées et handicapées.

## 5. Evaluer les Centres ressources (CR) sur le handicap rare

Au titre de sa mission d'évaluation des structures autorisées à titre expérimental, l'Anesm a supervisé la réalisation d'une évaluation des centres de ressources sur le handicap rare.

### 5.1. Le cadre d'évaluation

L'évaluation a été menée au regard des missions principales imparties à la création des centres expérimentaux en 1998, en tenant compte des évolutions majeures apparues depuis 10 ans concernant le diagnostic et les connaissances sur les principales formes de « handicap rare » ; le paysage institutionnel (création des MDPH ; développement de sections pour handicaps complexes au sein d'ESSMS accueillant de jeunes déficients auditifs ou visuels, scolarisation en milieu ordinaire, vieillissement des personnes et accompagnement à l'âge adulte).

Ces missions principales, d'envergure nationale, ont trait, essentiellement :

- au diagnostic complémentaire, au développement et au transfert d'un projet d'accompagnement individuel aux acteurs professionnels et informels de proximité ;
- au transfert de compétences aux professionnels et au développement de réseaux ;
- à la constitution de connaissances sur les populations suivies, notamment sur les conditions d'amélioration de leurs possibilités de développement et de leur qualité de vie (repérage, soutien adéquat du développement cognitif et social, bonnes pratiques d'accompagnement en ESSMS et en milieu ouvert).

### 5.2. Le recueil et l'analyse des données

L'évaluation a été réalisée à partir des sources suivantes :

- une analyse des données issues des centres de ressources : analyse de documents portant sur les dix années d'activité au titre de centre expérimental, réalisation d'entretiens avec la direction et le personnel de chaque centre ;
- une enquête qualitative auprès de 49 usagers professionnels des CR (professionnels et établissements ayant eu recours aux centres de ressources) ;
- une enquête auprès de 23 personnes atteintes de handicap rare et auprès de leur famille (par voie de questionnaires et entretiens) ;
- des entretiens avec des acteurs institutionnels (chefs de service hospitaliers spécialisés et responsables de centres maladies rares, directeurs d'associations d'usagers, responsables d'ESSMS n'ayant pas eu recours aux CR).

Le rapport d'évaluation comporte une monographie par centre (analyse détaillée des activités déployées au regard des principales missions initiales imparties), une analyse globale de la réponse des trois centres soulignant les points de convergence et de différence, des préconisations pour l'optimisation du déploiement des activités des centres ressources nationaux.

### 5.3. Les principaux résultats

- La constitution de savoirs pratiques et théoriques sur le repérage et le diagnostic fonctionnel, les besoins d'accompagnement éducatif et psychosocial des personnes et les techniques d'accompagnement spécifiques les plus probantes, élaborées à partir d'une typologie fonctionnelle fine des populations ; des supports didactiques, de sensibilisation et de transfert de compétences développés par chacun des centres ; mais une diffusion très faible et fortement potentialisable de ces savoirs.
- Une absence de base de données et un manque de ressources et compétences dans les 3 centres.
- Des accompagnements individuels à impact fort impliquant des suivis sur le long terme, mais limités en termes de populations touchées.
- Des actions de formation limitées à certaines catégories de professionnels malgré une bonne connaissance des cibles à sensibiliser pour améliorer l'action préventive.
- La faiblesse des réseaux et un investissement inégal des MDPH ; une émergence de réseaux au niveau interrégional dès lors que le CR est en capacité de mobiliser un centre hospitalier spécialisé (centre maladie rare, unité d'accueil pour sourds...) et un ou plusieurs ESSMS spécialisés ; constitution de réseaux facilitée pour les formes de handicaps rares les mieux connues (Usher, CHARGE...).
- Une absence de mutualisation entre les centres de ressources, en particulier sur des opérations de sensibilisation pouvant être menées de manière commune et sur le partage d'information concernant des dossiers individuels (certaines populations étant communes à plusieurs centres).

### 5.4. Les préconisations de l'Agence

- Le déploiement de la diffusion des savoirs constitués (développement de supports, opérations de sensibilisation et de formation d'envergure interrégionale et nationale), notamment sur les aspects suivants : repérage des formes de handicap rare, techniques d'accompagnement et de compensation des déficiences, aide au développement de projets d'établissement et de projets individuels adaptés pour les professionnels d'ESSMS.
- La structuration et l'alimentation systématique d'une base de données permettant une exploitation épidémiologique et de sciences sociales (parties spécifiques et parties communes aux trois centres).
- La mutualisation des connaissances entre les trois centres et échange d'instruments et de techniques entre les équipes à l'international.
- L'optimisation des fonctions de repérage et d'accompagnement spécifique en ESSMS et en milieu ordinaire, notamment par des actions communes auprès des MDPH, pour formaliser les partenariats avec les structures hospitalières, et développer des actions de formation systématiques auprès d'intervenants d'ESSMS et de professionnels indépendants.
- Le redéploiement des fonctions d'interventions individuelles grâce à une plus grande visibilité des centres de ressources, à la formation de référents de proximité en lien avec les MDPH, à une démarche « offensive » en termes d'interventions auprès des établissements et à leur inscription dans des projets d'accompagnement structurés ;

- Le déploiement de réseaux en grande région, en lien avec les centres de ressources maladies rares et les consultations hospitalières spécialisées.
- Le développement des connaissances et d'actions de sensibilisation sur les modalités d'amélioration de la qualité de vie et d'intégration sociale à l'âge adulte.

Le rapport d'évaluation des centres de ressources sur le handicap rare a été diffusé :

- aux commanditaires de l'étude : DGAS et CNSA ;
- aux présidents des associations gestionnaires des centres de ressources ;
- aux directeurs des centres de ressources.

## 6. Diffuser les travaux, améliorer la visibilité de l'Agence

### 6.1. Le site

Dès 2007, l'Agence s'était dotée d'un site internet. Cet outil a permis en 2008 :

- de continuer à recueillir les préinscriptions des candidats à l'habilitation grâce à un formulaire en ligne (275 inscrits au 31 décembre 2008) et répondre aux demandes d'informations des candidats ;
- de mettre en ligne les recommandations de bonnes pratiques (cinq en 2008).

En l'absence de webmaster à compter de mars 2008, l'actualisation du site a été confiée à la documentaliste jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2008. Entre mars et juin 2008, une seule personne était responsable du service. A compter de septembre 2008, le service communication et relations institutionnelles comptait une personne à laquelle la documentation était rattachée.

Au 17 décembre 2008, 58 mises à jour de natures diverses ont été effectuées :

- mise en ligne de fiches de poste ;
- mise en ligne de recommandation ;
- mise à jour de l'équipe ;
- mise à jour des membres des instances ;
- mise à jour des rubriques « actualités », « espace presse », « agenda » ;
- création d'une rubrique « appels d'offres ».

Le projet de refonte du site de l'Agence a été lancé en septembre 2008, avec pour objectif de faciliter l'interactivité avec les internautes, les démarches en ligne pour les futurs candidats à l'habilitation et globalement, de rendre visibles et accessibles les activités de l'Agence (productions, instances, réunion de travail...) tout en offrant un accès plus large à l'information produite par les services.

Le projet a fait l'objet d'un cahier des charges qui appelait une solution relativement complexe sur le plan technique étant donné les conditions d'hébergement du site et la nécessité de recourir à un prestataire via un appel d'offres. Le projet a démarré mi-novembre pour aboutir début 2009.

### 6.2. La diffusion des travaux

#### 6.2.1. Les recommandations

Les recommandations de bonnes pratiques ont été téléchargeables dès leur finalisation. Par ailleurs, l'Agence a édité chacune des huit recommandations en version papier.

Au cours du premier semestre, 500 exemplaires du Guide de l'évaluation interne et 2 000 recommandations concernant l'Expression et la participation des usagers ont été diffusés.

Entre octobre 2008 et décembre 2008, plus de quinze mille brochures ont été adressées aux établissements et services demandeurs, à savoir notamment :

- 6 500 exemplaires de la recommandation Bientraitance ;
- 4 300 exemplaires de la recommandation Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi ;
- 3 900 exemplaires de la recommandation Conduites violentes dans les établissements accueillant les adolescents.

#### 6.2.2. Le déploiement des recommandations et de la démarche d'évaluation interne

L'Agence a, avec le soutien de la CNSA, initié des journées thématiques régionales pour assurer le déploiement des recommandations très largement sur le territoire, avec l'appui des fédérations et associations représentées au Comité d'orientation stratégique.

### 6.3. L'Anesm dans la presse

Plus de 60 articles dont une partie seulement a pu être recensée sont parus dans la presse professionnelle (web, papier) autour de l'Agence, et des ses travaux en 2008 avec une nette accélération au cours du dernier trimestre<sup>12</sup>.

### 6.4. Les interventions de l'Anesm

Outre les déplacements de certains agents à l'extérieur (voir dans la section Pratiques professionnelles) pour présenter l'Agence et ses travaux, le directeur de l'Agence est intervenu lors de colloques, congrès ou de journées d'études organisées par des acteurs du secteur (15 déplacements).

---

<sup>12</sup> Cf. annexe 10, Liste non-exhaustive des articles parus sur l'Anesm en 2008.

## 7. Les ressources humaines en 2008

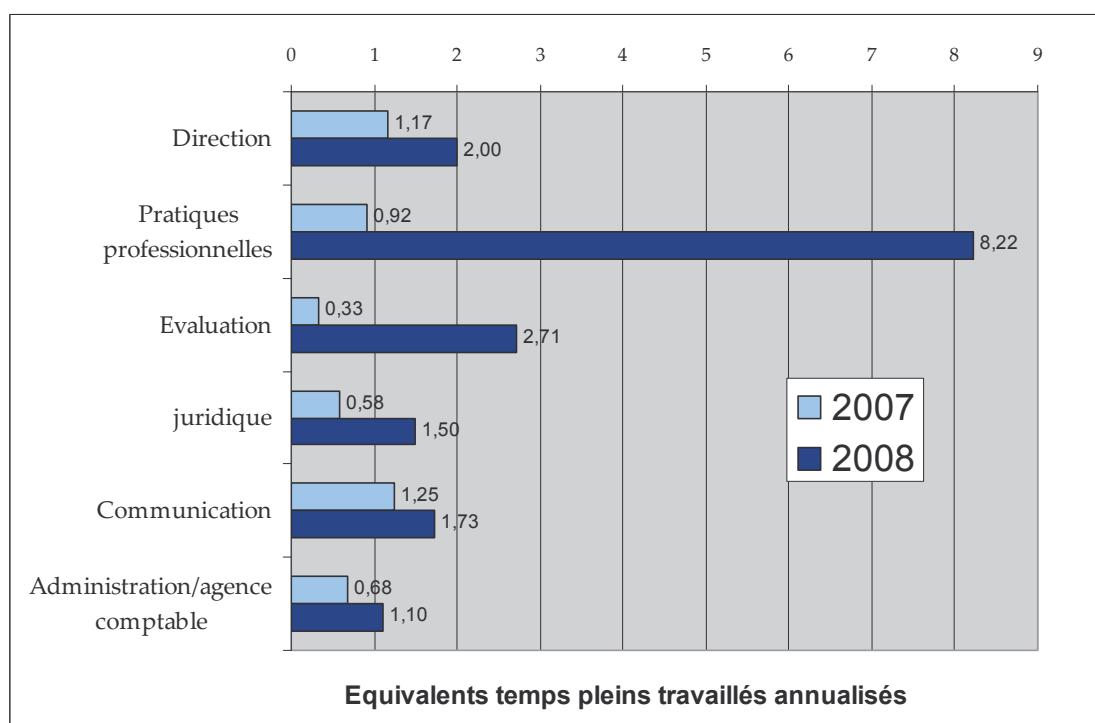
Si, en 2007, les moyens humains de l'Agence ont été limités et dédiés à son installation, en 2008 ils ont été renforcés prioritairement en vue d'exécuter le programme de travail.

Ainsi l'Agence a mobilisé :

- en 2007 : 4,95 équivalents temps plein travaillés sur 12 mois soit 7.48 équivalents temps plein travaillés sur 8 mois
- en 2008 : 17,25 équivalents temps plein travaillés sur 12 mois

Les services « Pratiques professionnelles » et « Evaluation » ont ainsi naturellement bénéficié des principaux recrutements.

La répartition des ETPT par fonction a été la suivante :



Dans le cadre du programme de travail 2009, les deux services concernés par un renforcement seront le service juridique en vue de la mise en place de la procédure d'habilitation et le service évaluation en vue de l'accompagnement des établissements et services.

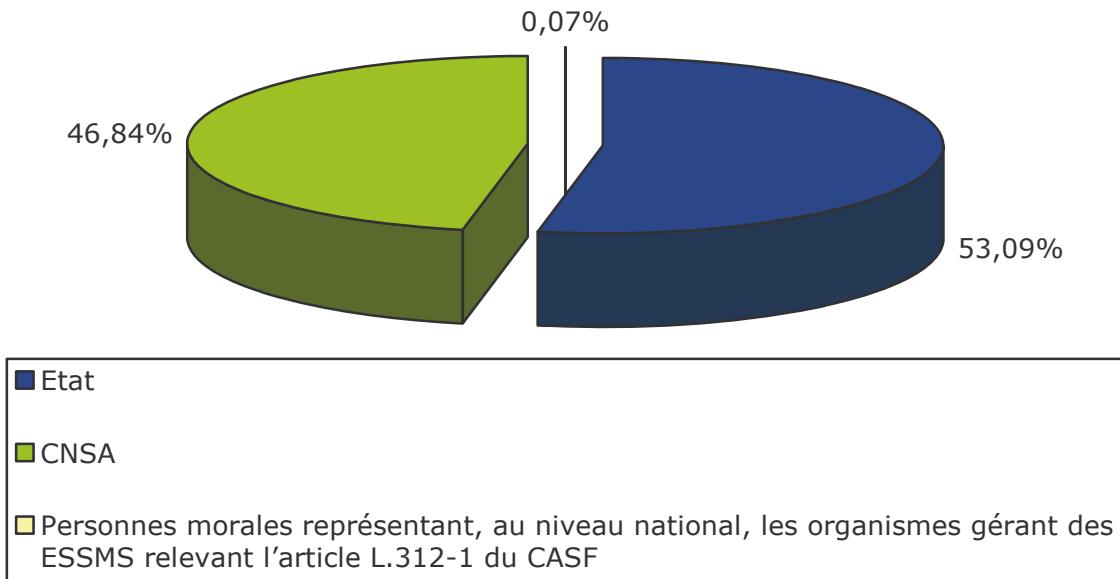
Ces éléments correspondent aux emplois suivants au 31 décembre :

Nature des contrats au 31/12	2007	2008
CDD	9	11
CDI	1	13
MAD	1	0
ajonction de service	1	1
Total	12	25

# Annexes



## Annexe 1 – Répartition des contributeurs au financement du groupement



Source : *Convention constitutive du GIP, Anesm. 17 juillet 2007.*

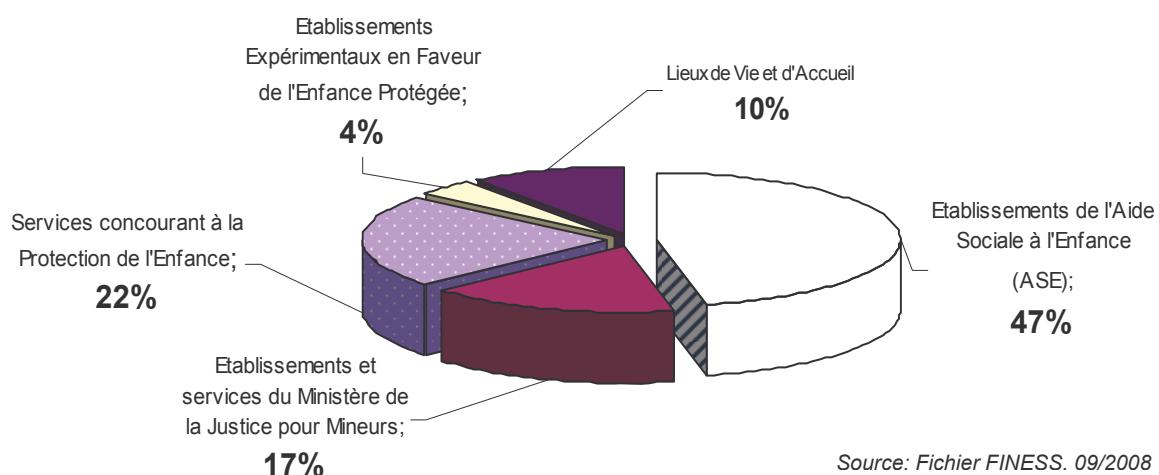
## Annexe 2 – Répartition des établissements du secteur social et médico-social

### Etablissements et services concourant à la Protection de l'enfance

Etablissements et services concourant à la Protection de l'enfance	Nbre d'Etablissements et Services	Répartition %
<b>Etablissements et services concourant à la Protection de l'enfance</b>	<b>3 598</b>	
Etablissements de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) dont:	1 682	47%
<i>Etablissements d'Accueil mère-enfant</i>	140	8%
<i>Pouponnière à Caractère Social</i>	23	1%
<i>Foyer de l'Enfance</i>	220	13%
<i>Village d'Enfants</i>	20	1%
<i>Maisons d'Enfants à caractère Social</i>	1 144	68%
<i>Centre de Placement Familial Socio-éducatif (C.P.F.S.E)</i>	124	7%
<i>Intermédiaire de Placement Social</i>	6	0%
Etablissements et services du Ministère de la Justice pour Mineurs dont:	598	17%
<i>Foyer d'Action Educative (F.A.E)</i>	103	17%
<i>Service Educatif Auprès des Tribunaux (S.E.A.T)</i>	97	16%
<i>Centre d'Action Educatif (C.A.E)</i>	347	58%
<i>Centre Educatif Fermé (C.E.F)</i>	6	1%
<i>Centre Educatif Renforcé (C.E.R)</i>	5	1%
<i>Centre de Placement Immédiat (C.P.I)</i>	40	7%
Source: données Annuaire Sanitaire et Social (2008)		
Services concourant à la Protection de l'Enfance dont:	809	22%
<i>Club Equipe de Prévention</i>	386	48%
<i>Service d'Action Educative en Milieu Ouvert (A.E.M.O)</i>	326	40%
<i>Service d'Enquêtes Sociales (S.E.S)</i>	84	10%
<i>Service de Réparation Pénale</i>	13	2%
Etablissements Expérimentaux en Faveur de l'Enfance Protégée dont:	142	4%
<i>Etablissement Expérimental Enfance Protégée</i>	51	36%
<i>Service Investigation Orientation Educative (S.I.O.E)</i>	91	64%
Lieux de Vie et d'Accueil Données IDVA, l'Officiel des Lieux de vie, 08/2007	367	10%

Source: Fichier FINESS, 09/2008

### Etablissements et services concourants à la Protection de l'enfance



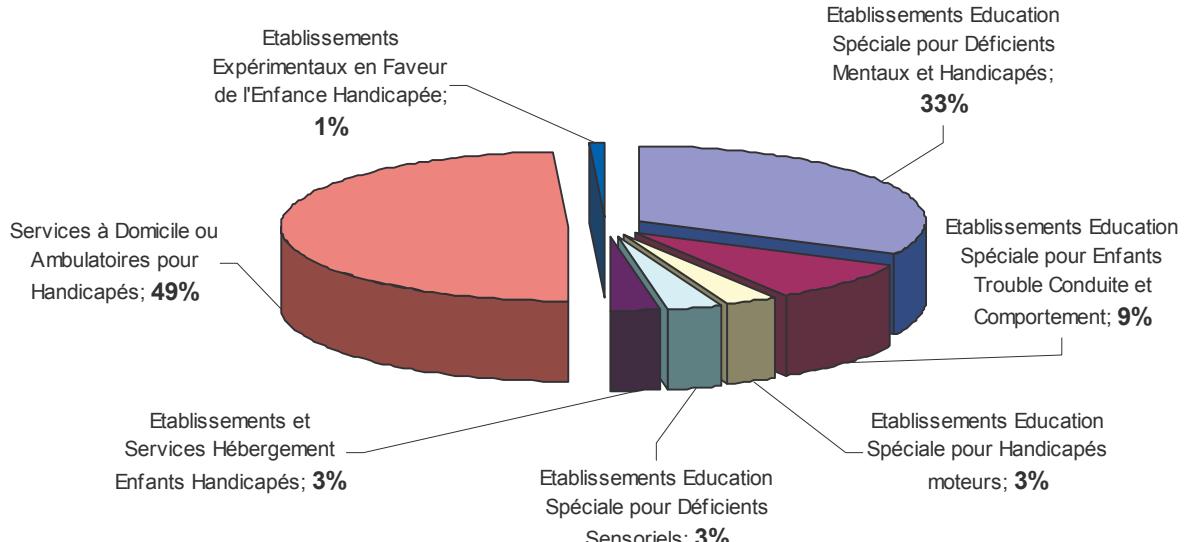
Source: Fichier FINESS. 09/2008

## Etablissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapée

	Nbre d'établissements et services	Répartition %
<b>Etablissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapée</b>	<b>4 422</b>	
Etablissements Education Spéciale pour Déficients Mentaux et Handicapés dont:  Institut Médico-Educatif (I.M.E) Etablissements pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés Jardin d'Enfants Spécialisé	1 441	33%
Etablissements Education Spéciale pour Enfants Trouble Conduite et Comportement dont:  Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (I.T.E.P.)	377	9%
Etablissements Education Spéciale pour Handicapés moteurs dont:  Etablissement pour déficients moteurs (I.E.M)	135	3%
Etablissements Education Spéciale pour Déficients Sensoriels dont:  Institut pour Déficients Visuels Institut pour Déficients Auditifs Institut d'Education Sensorielle Sourd/Aveugle	131	3%
Etablissements et Services Hébergement Enfants Handicapés dont:  Centre d'Accueil Familial Spécialisé Etablissement d'Accueil Temporaire d'Enfants Handicapés Foyer d'Hébergement Enfants et adolescents	124	3%
Services à Domicile ou Ambulatoires pour Handicapés dont:  Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile Centre Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P) Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P) Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (B.A.P.U)	2 180	49%
Etablissements Expérimentaux en Faveur de l'Enfance Handicapée dont:  Etablissement Expérimental pour Enfance Handicapée	34	1%

source: fichier FINESS, 09/2008

## Etablissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapée



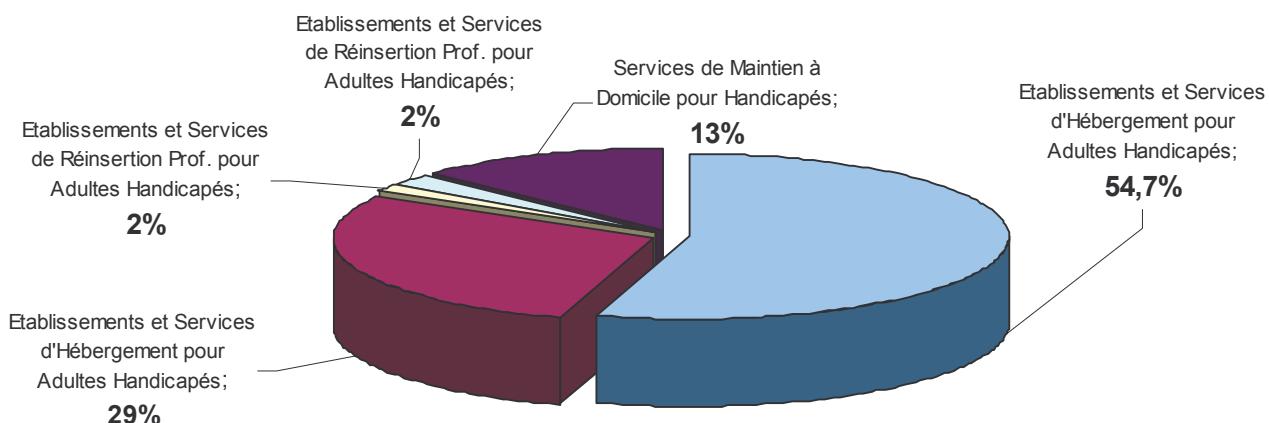
Source: FINESS, 09/2008

## Etablissements et services pour adultes handicapés

	Nbres d'établissements et services	Répartition %
Etablissements et services pour Adultes Handicapés	7 030	
Etablissements et Services d'Hébergement pour Adultes Handicapés	3 842	54,7%
dont:		
<i>Foyer Hébergement Adultes Handicapés</i>	1 232	32,1%
<i>Foyer d'Accueil Polyvalent pour Adulte Handicapés</i>	104	2,7%
<i>Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.)</i>	514	13,4%
<i>Foyer de Vie pour Adultes Handicapés</i>	1 441	37,5%
<i>Etablissement d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés</i>	19	0,5%
<i>Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adulte Handicapés (F.A.M)</i>	532	13,8%
Etablissements et Services d'Hébergement pour Adultes Handicapés	2 008	29%
dont:		
<i>Etablissements et Services d'Aide par le Travail (E.S.A.T)</i>	1 476	73,5%
<i>Entreprise Adaptée</i>	532	26,5%
Etablissements et Services de Réinsertion Prof. pour Adultes Handicapés	124	2%
dont:		
<i>Centre de Pré-orientation pour Handicapés</i>	33	26,6%
<i>Centre Rééducation Professionnelle</i>	91	73,4%
Etablissements et Services de Réinsertion Prof. pour Adultes Handicapés	154	2%
dont:		
<i>Etablissement Expérimental pour Adultes Handicapés</i>	154	100%
Services de Maintien à Domicile pour Handicapés	902	13%
dont:		
<i>Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S)</i>	902	100%

Source : Fichier FINESS, 09/2008

## Etablissements et services pour adultes handicapés



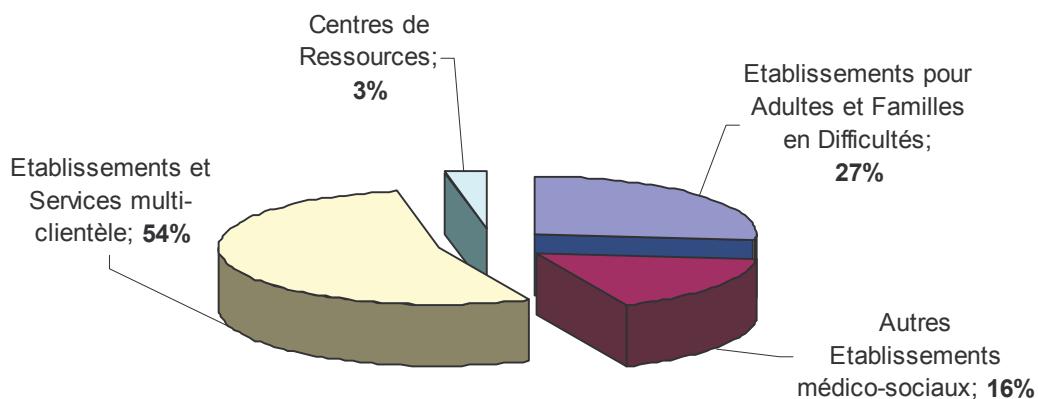
source: Fichier FINESS 09/2008

## Etablissements d'accueil, d'hébergement, de réadaptation sociale

	Nbre d'Etablissements et Services	Répartition %
<b>Etablissements d'accueil, d'hébergement, de réadaptation sociale</b>	<b>5 418</b>	
Etablissements pour Adultes et Familles en Difficultés dont:	1 458	27%
Centre d'hébergement et Réinsertion Sociale (C.H.R.S)	936	64,2%
Autre Centre d'Accueil	204	14,0%
Centre Adaptation Vie Active (C.A.V.A)	14	1,0%
Centre Provisoire Hébergement (C.F.H)	32	2,2%
Centre Accueil Demandeurs d'Asile (C.A.D.A)	272	18,7%
Autres Etablissements Sociaux d'Hébergement et d'Accueil		<b>Valeurs Manquantes</b>
Etablissements Expérimentaux en Faveur des Adultes		
Autres Etablissements médico-sociaux dont:	888	16%
Centre de Soins Spécifiques pour Toxicomanes (C.S.S.T)	340	38,3%
Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (C.C.A.A)	308	34,7%
Appartement de Coordination Thérapeutique (A.C.T)	74	8,3%
Centre Accueil/Accomp.Réduc.Risq.Usag.Drogues (C.A.A.R.U.D)	99	11,1%
Lits Halte Soins Santé (L.H.S.S.)	35	3,9%
Etablissements et Services multi-clientèle dont:	2 908	54%
Service Polyvalent Aide et Soins A Domicile (S.P.A.S.A.D)	78	2,7%
Service de Soins Infirmiers A Domicile (S.S.I.A.D.)	2 293	78,9%
Service Prestataire d'Aide à Domicile (S.A.D)	537	18,5%
Centres de Ressources dont:	164	3%
Centres de Ressources S.A.I (Sans aucune indication)	42	25,6%
Centres Locaux Information Coordination P.A (C.L.I.C)	122	74,4%

Source : Fichier FINESS, 09/2008

## Etablissements d'accueil, d'hébergement, de réadaptation sociale



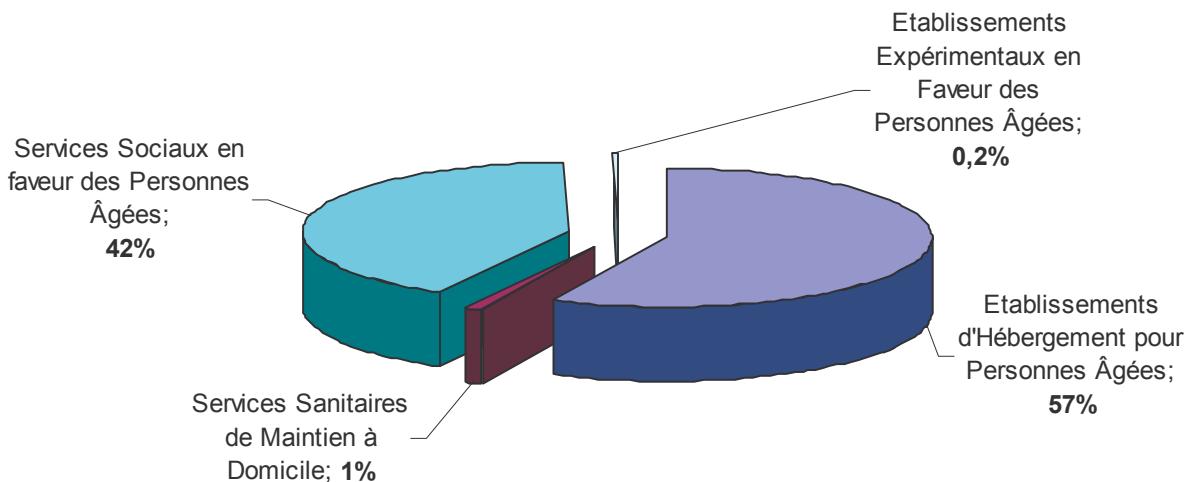
Source : fichier FINESS, 09/2008

## Etablissements et services pour personnes âgées

	Nbre d'établissements et Services	Répartition %
<b>Etablissements et services pour personnes âgées</b>	<b>16 968</b>	
Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées	9 680	57%
dont:		
<i>Hospice</i>	3	0,03%
<i>Maisons de Retraite</i>	6 737	69,6%
<i>Logement Foyer</i>	2 832	29,3%
<i>Etablissement d'Accueil Temporaire pour Personne Âgées</i>	108	1,1%
Services Sanitaires de Maintien à Domicile	187	1%
dont:		
<i>Centre de Jour pour Personnes Âgées</i>	187	100%
Services Sociaux en faveur des Personnes Âgées	7 074	42%
dont:		
<i>Foyer Club Restaurant</i>	612	8,7%
<i>Service d'Aide Ménagère à Domicile</i>	4 333	61,3%
<i>Alarme Médico-Sociale</i>	69	1,0%
<i>Service de repas à Domicile</i>	428	6,1%
<i>Service d'Aide aux Personnes Âgées</i>	1 632	23,1%
Etablissements Expérimentaux en Faveur des Personnes Âgées	27	0,2%
dont:		
<i>Etablissement Expérimental pour Personnes Âgées</i>	27	100%

Source : Fichier FINESS, 09/2008

## Etablissements et services pour personnes âgées



Source : fichier FINESS, 09/2008

## Annexe 3 – Compte financier

CHARGES	Exercice 2007	Exercice 2008	PRODUITS	Exercice 2007	Exercice 2008
Achats	18 223	28 500	Vente de produits et de prestations		
Achats de sous-traitance et services extérieurs	108 513	654 038	Subvention d'exploitation	722 618	2 528 652
Autres services extérieurs	75 589	339 964			
Impôts, taxes et versements assimilés	69 395	79 746			
Autres charges de gestion courante			Autres produits de gestion courante	1	
Charges financières			Produits financiers		22 787
Charges exceptionnelles	554	4 179	Produits exceptionnels	90 982	12 442
Dotations aux amortissements et provisions	30 106	30 975	Reprises sur amortissements et provisions		19 760
<b>TOTAL dépenses de fonctionnement autres que de personnel</b>	<b>302 381</b>	<b>1 137 401</b>			
Charges de personnel	334 001	1 113 692			
<b>TOTAL dépenses de personnel</b>	<b>334 001</b>	<b>1 113 692</b>			
<b>TOTAL DEPENSES DE FONCTIONNEMENT</b>	<b>636 392</b>	<b>2 251 093</b>	<b>TOTAL PRODUITS DE FONCTIONNEMENT</b>	<b>813 601</b>	<b>2 583 641</b>
Résultat	177 219	332 548			
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>813 601</b>	<b>2 583 641</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>813 601</b>	<b>2 583 641</b>

L'excédent comptable a permis de financer les investissements de l'exercice et d'abonner le fond de roulement.

## Annexe 4 – Composition nominative de l’Assemblée générale

### **Au titre du collège des autorités compétentes à l’égard des établissements et services sociaux**

Neuf représentants de l’Etat :

- Fabrice Heyriès, directeur général de l’Action sociale (DGAS) ;
- Jean-Pierre Guardiola, chef du service de l’asile, ministère de l’Immigration, de l’intégration, de l’identité nationale et du développement solidaire ;  
*Suppléante* : Odile Cluzel, adjointe au chef du service de l’asile, ministère de l’Immigration, de l’intégration, de l’identité nationale et du développement solidaire ;
- Joëlle Chazal, chef du bureau « Etablissements sociaux, action locale et professions », direction de la Recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES) ;  
*Suppléant* : Rémy Marquier, adjoint au chef du bureau (DREES) ;
- Catherine Hascoët, directrice de service, direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) ;  
*Suppléante* : Madeleine Mathieu, sous directrice des missions de protection judiciaire et d’éducation (DPJJ) ;
- Annie Podeur, directrice de l’Hospitalisation et de l’organisation des soins (DHOS) ;
- Agnès Jeannet, inspectrice générale, Inspection générale des affaires sociales (Igas) ;
- Françoise Van Rechem, directrice régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass Picardie) ;  
*Suppléante* : Michel Laforcade, Dass de Dordogne, représentant la Drass ;
- Luc Paraire, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (Ddass Yvelines) ;
- Michel Laforcade, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (Ddass Dordogne).

Deux représentants de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) :

- Emilie Vachey ;
- Emilie Delpit.

### **Au titre du collège des personnes morales de droit public ou privé (11 membres)**

- Philippe Jourdy, directeur de l’Association pour la sauvegarde des enfants invalides (ASEI), représentant la Fédération des établissements hospitaliers et d’aide à la personne (FEHAP) ;  
*Suppléant* : Claude Meunier, directeur général de l’Association des paralysés de France (APF) ;
- Murielle Jamot, directrice du centre hospitalier de Puteaux, représentant la Fédération hospitalière de France (FHF) ;  
*Suppléant* : René Vayr, responsable du pôle « Dépendance et maintien de l’autonomie » (FHF) ;
- Catherine Cabannes, directrice du centre d’hébergement et de réinsertion sociale de la Cité Saint-Martin, représentant la Fédération nationale des associations d’accueil et de réinsertion sociale (FNARS) ;  
*Suppléant* : Jean-Pierre Gille (FNARS) ;
- Florence Arnaiz Maume, déléguée générale du Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA) ;
- Gérard Joinneaux, vice-président de l’Association de gestion du fonds pour l’insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH), représentant l’Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI) ;
- Jacky Gavard, directeur de l’Association Meusienne pour la Sauvegarde de l’Enfance, de l’Adolescence et des Adultes (AMSEAA), représentant le CNAPE ;  
*Suppléant* : Michel Franzia, directeur général (CNAPE) ;
- Pierre Demortière, directeur du développement de l’Union nationale de l’aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) ;
- Françoise Nouhen, vice-présidente de l’Union nationale des centres communaux d’action sociale (UNCCAS) ;  
*Suppléante* : Karen Soyer-Hooge, conseillère technique et juridique (UNCCAS) ;

- Hubert Allier, directeur général de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) ;  
*Suppléant* : Arnaud Vinsonneau, adjoint au directeur (UNIOPSS) ;
- Michel Bénard, président de la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA) ;  
*Suppléant* : Didier Sapy, directeur (FNAQPA) ;
- Thierry D'Aboville, secrétaire général de l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) ;  
*Suppléant* : Michel Tanfin, président de l'Union Nationale ADMR.

#### **Assistant par ailleurs aux réunions (5 membres)**

- André Ducournau, président du Comité d'orientation stratégique, représentant le Groupement national des directeurs généraux d'association du secteur éducatif, social et médico-social (GNDA) ;
- Michel Legros, président du Conseil scientifique, directeur du département Politiss de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) ;
- Marie-Jeanne Amable-Bonnin, contrôleur général économique et financier ;
- Odile Fontana, agent comptable ;
- Patrice Guaquiere, Commissaire du gouvernement.

## Annexe 5 – Composition nominative du Conseil d'administration

### Premier collège constitué de quatre représentants du collège de l'assemblée générale :

- Fabrice Heyriès, directeur général de l'Action sociale (DGAS) ;
- Philippe-Pierre Cabourdin, directeur de la direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) ;  
*Suppléante* : Catherine Hascoët, directrice de service (DPJJ) ;
- Agnès Jeannet, inspectrice générale, Inspection générale des affaires sociales (Igas), présidente du Conseil d'administration ;
- Emilie Delpit, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

### Deuxième collège constitué de 12 représentants des institutions, organismes et associations du secteur social et médico-social :

- Philippe Jourdy, directeur de l'Association pour la sauvegarde des enfants invalides (ASEI), représentant la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) ;  
*Suppléante* : Catherine Cabannes, directrice du centre d'hébergement et de réinsertion sociale, Cité Saint-Martin, représentant la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) ;
- Murielle Jamot, directrice du centre hospitalier de Puteaux, représentant la Fédération hospitalière de France (FHF) ;  
*Suppléante* : Karen Soyer-Hooge, conseillère technique et juridique représentant l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCASS) ;
- Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale, représentant le Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA) ;  
*Suppléant* : Didier Sapy, directeur de la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA) ;
- Thierry D'Abouville, secrétaire général de l'Union nationale aide à domicile en milieu rural (ADMR) ;  
*Suppléant* : Pierre Demortière, directeur du développement, représentant l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) ;
- Jacky Gavard, directeur de l'Association meusienne pour la sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence et des adultes (AMSEAA), représentant le CNAPE ;  
*Suppléant* : Gérard Joinneaux, vice-président de l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH), représentant l'Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI) ;
- Hubert Allier, directeur général de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) ;  
*Suppléant* : Arnaud Vinsonneau, adjoint au directeur (UNIOPSS) ;

### Deux représentants des usagers :

- Philippe Chazal, secrétaire général du Comité national pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes (CNPSAA), désigné par le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) ;
- Florence Leduc, directrice du secteur formation et de la vie associative de la FEHAP, désignée par le Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA).

### Assistant par ailleurs aux réunions (5 membres) :

- André Ducournau, président du Comité d'orientation stratégique, représentant le Groupement national des directeurs généraux d'association du secteur éducatif, social et médico-social (GNDA) ;
- Michel Legros, président du conseil scientifique, directeur du département Politiss de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) ;
- Marie-Jeanne Amable-Bonniin, contrôleur général économique et financier ;
- Odile Fontana, agent comptable ;
- Patrice Guaquiere, Commissaire du gouvernement.

## Annexe 6 – Composition nominative du Conseil scientifique

### Quatorze personnalités reconnues du secteur social et médico-social :

- Dominique Argoud maître de conférences en sciences de l'éducation, Université Paris XII, Val de Marne ;
- Brigitte Bouquet, professeur titulaire de la Chaire travail social (CNAM) ;
- Alain Colvez, directeur de recherche Inserm et directeur du centre languedocien d'étude et de formation en gérontologie (Géronto-Clef) ;
- Sylvain Connangle, directeur réseau établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Bergerac ;
- Albert David, professeur des universités, école normale supérieure de Cachan ;
- Roland Geadah, psychologue, historien, enseignant universitaire, directeur du centre international de consultations, d'études, de recherches et de formation (CICERF) ;
- Marcel Jaeger, sociologue, directeur général de l'Institut régional du travail social (IRTS) Ile-de-France ;
- Philippe Jeammet, pédo-psychiatre, professeur des universités ;
- Michel Legros, directeur du département Politiss de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) ;
- Marie-Paule Martin-Blachais, directrice « Enfance et famille », Conseil général d'Eure-et-Loir, présidente de l'Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée (AFIREM) ;
- Florence Pasquier, professeur des universités-praticien hospitalier de neurologie, CHRU de Lille ;
- Jean-François Ravaud, directeur de recherche Inserm, directeur de l'Institut fédératif de recherche sur le handicap (IFRH) ;
- Pierre Savignat, directeur d'hôpital, maître de conférence associé UFR économie et stratégie d'entreprise, Université Grenoble 2 ;
- Claude Volkmar, directeur du Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (CREAI) Rhône-Alpes, professeur associé à l'Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales et leurs réseaux (IFROSS).

## Annexe 7 – Composition nominative du Comité d'orientation stratégique

### Cinq représentants de l'Etat :

- Fabrice Heyriès, directeur de l'Action sociale (DGAS) ;
- Joëlle Chazal, sous direction Observation de la solidarité, bureau des établissements sociaux, de l'action sociale locale et des professions, direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ;  
*Suppléant* : Rémy Marquier (DREES) ;
- Lionel Lavin, bureau des populations, direction générale de la santé (DGS) ;  
*Suppléant* : Benoît Lavallart, direction générale de la santé (DGS) ;
- Jeanne-Marie Urcun, médecin de l'éducation nationale, conseillère technique, direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) ;  
*Suppléante* : Florence Perrin (DGESCO) ;
- Catherine Hascoët, directrice de service, direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) ;  
*Suppléante* : Léonor Sauvage (DPJJ).

### Un représentant des collectivités locales

- Joseph Joubert, conseiller régional, Association des régions de France (ARF)  
*Suppléante* : Malika Sakek.

### Quatre représentants des organismes de protection sociale

- Colette Legat, conseillère technique, Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) ;  
*Suppléante* : Christiane Crépin ;
- Jean-Paul Le Bail, président de la commission d'Action sanitaire et sociale, caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) ;  
*Suppléant* : Claude Périnel ;
- Michel Marty, responsable du département de l'hospitalisation, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;  
*Suppléante* : Catherine Réa ;
- Bruno Lachesnaie, sous-directeur, Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) ;  
*Suppléant* : Franck Darty.

### Dix-sept représentants d'usagers :

- Florence Leduc, directrice du secteur formation et de la vie associative de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), désignée par le Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) ;  
*Suppléante* : Marie Geoffroy ;
- Jean-Marie Barbier, vice-président de la section « Personnes handicapées », président de l'Association des paralysés de France (APF), désigné par le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPh) ;\*
- Bernard Seillier, président du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) ;  
*Suppléante* : Christiane El Hayek ;
- Jean-Marie Muller, vice-président de la section « Enfance », président de la Fédération nationale des associations d'entraide des pupilles et anciens pupilles de l'Etat (FNADEPAPE) ;\*  
*Suppléante* : Angèle Folleville ;
- Raymonde Garreau, présidente des Ainés ruraux ;  
*Suppléante* : Marguerite Bouhin ;
- Judith Mollard, responsable des missions sociales, Association France alzheimer ;  
*Suppléant* : Jean Doudrich ;
- Marcel Hérault, président de la Fédération française sésame autisme ;\*  
*Suppléant* : Jean-Louis Agard ;
- Jacques Ballet, directeur du centre d'accueil de jour pour adultes « Les petites victoires », Association autisme France ;\*  
*Suppléante* : Chantal Tréhin ;

- Emmanuel Bon, vice-président du Comité d'orientation stratégique, adjoint au directeur général, Association des paralysés de France (APF) ;\*
   
*Suppléante* : Dominique Leviel ;
- Henriette Steinberg, secrétaire nationale du Secours populaire ;\*
   
*Suppléant* : Christophe Auxerre ;
- Catherine Baldacci, directrice du centre d'hébergement et de réinsertion sociale, Cité Notre-Dame, Secours catholique ;
   
*Suppléante* : Martine Moissette ;
- Danielle Quantinet, présidente de l'Union départementale des associations familiales (UDAF) de la Marne, Union nationale des associations familiales (UNAF) ;
   
*Suppléante* : Ariane Récalde ;
- Huguette Boissonnat Pelsy, Association ATD quart-monde ;
   
*Suppléante* : Chantal Sibué Decaigny ;
- Jean Canneva, président de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) ;\*
   
*Suppléant* : Jean-Louis Gilles ;
- Régine Clement, présidente de Trisomie 21 France ;
   
*Suppléant* : Jean-Paul Champeaux ;
- Claude Finkelstein, présidente de la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY) ;
   
*Suppléant* : Antoine Dubuisson ;
- Philippe Lemaire, responsable départemental, France terre d'asile ;
   
*Suppléante* : Véronique Lay.

**Cinq représentants des principaux établissements publics nationaux du secteur social et médico-social :**

- Evelyne Sylvain, directrice du département « Etablissements et services médico-sociaux » de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
- Dominique Zumino, responsable de l'Action sociale, Agence nationale des services à la personne (ANSP) ;
   
*Suppléant* : Jean-Pierre Blache ;
- Raymond Le Moign, directeur de l'Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la Haute autorité de santé (HAS) ;
   
*Suppléant* : Patrice Dosquet ;
- Anne Oui, chargée de mission, Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) ;
   
*Suppléant* : David Pioli ;
- Christian Breuil, directeur Buc ressources, Groupement national des instituts régionaux du travail social (GNI) ;
   
*Suppléant* : Jean-Michel Godet.

**Dix-sept représentants des principaux groupements ou fédérations au plan national des institutions sociales et médico-sociales :**

- Philippe Jourdy, directeur de l'Association pour la sauvegarde des enfants invalides (ASEI), représentant la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) ;
   
*Suppléante* : Marine Darnault ;
- Murielle Jamot, directrice du centre hospitalier de Puteaux, représentant la Fédération hospitalière de France (FHF) ;
   
*Suppléante* : Virginie Hoareau ;
- Jean-Louis Reynal, vice-président de la section « Exclusion », directeur de l'Association de soutien Dordogne (ASD), représentant la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) ;\*
   
*Suppléante* : Dominique Meunier ;
- Florian Roger, conseiller technique au Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA) ;
   
*Suppléante* : Laurentia Palazzo ;

- Thierry Nouvel, président de la section « Personnes handicapées », directeur général de l'Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI) ;\*
   
*Suppléante* : Séverine Ragon ;
- Emmanuel Fayemi, directeur du service d'action éducative de Brest, représentant le CNAPE ;\*
   
*Suppléant* : Jean Lavoué ;
- Philippe Rodriguez, président de la section « Personnes âgées », président de l'UNA Essonne, représentant l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) ;\*
   
*Suppléant* : Pierre Demortière ;
- Françoise Nouhen, présidente de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) ;
   
*Suppléante* : Karen Soyer-Hooge ;
- Dominique Sacher, président de la Conférence permanente des coordinations associatives, élu au titre des représentants des usagers, représentant l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) ;\*
- Gérard Michelitz, directeur de l'établissement public médico-social départemental (EPMSD) « Jean-Elien Jambon », représentant le Groupe national des établissements et services publics sociaux (GEPSO) ;
   
*Suppléant* : Ignace Lepoutre ;
- Yann Rollier, secrétaire général de l'Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (ANCREAI) ;
   
*Suppléant* : Maurice Bolland ;
- Isabelle Barges, vice-présidente de la section « Personnes âgées », directrice du département formation et qualité de vie de la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA) ;\*
   
*Suppléante* : Sandra Bertezenne ;
- Stéphanie Bertrand, conseillère technique à l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) ;
   
*Suppléant* : Christian Fourreau ;
- Serge Heuzé, représentant l'Association des instituts de rééducation (AIRE) ;
   
*Suppléant* : Yves Matho ;
- Nathalie Chevallier, responsable du secteur personnes âgées, personnes handicapées à l'Union nationale mutualiste des personnes âgées et personnes handicapées (UNMPAPH), représentant la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) ;
   
*Suppléante* : Céline Nossereau ;
- Anne-Valérie Dommangelet, responsable du département « Gestion, évaluation et financement » de la Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales (FEGAPEI) ;
   
*Suppléante* : Hélène Marie ;
- Marie Villez, représentant l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (ANITEA) ;
   
*Suppléant* : Louis-Michel Reliquet, Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie (F3A).

### **Six représentants des directeurs d'établissements :**

- Jean-Marie Simon, secrétaire national de l'Association de directeurs, cadres de direction. et certifiés de l'Ecole des hautes études en santé publique (ADC) ;
   
*Suppléant* : Laurent Viglienno ;
- André Ducournau, président du Comité d'orientation stratégique, directeur général de l'Association calvadosienne pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (ACSEA), représentant le Groupement national des directeurs généraux d'association du secteur éducatif, social et médico-social (GNDA) ;\*
   
*Suppléant* : Patrick Enot ;
- Gérard Zribi, président de l'Association nationale des directeurs et cadres de CAT (ANDICAT) ;
   
*Suppléant* : Dominique Gallay ;

- Françoise Toursiere, directrice de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA) ;  
*Suppléante* : Claudy Jarry ;
- Norbert Navarro, secrétaire adjoint de l'Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (AD-PA) ;  
*Suppléant* : Pascal Champvert ;
- Armelle De Guibert, présidente de la section « Exclusion », responsable du centre d'hébergement et de réinsertion sociale « Pixérécourt » et du centre d'hébergement d'urgence « George Sand », représentant l'Association des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux, sociaux et médico-sociaux (D3S) ;\*  
*Suppléant* : Pierre Tuauden.

#### **Un représentant des directeurs des administrations sociales des départements :**

- Pascal Gouffier président de l'Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements (ANDASS) ;  
*Suppléant* : Jean-Claude Placiard.

#### **Quatre représentants des employeurs en établissement ou service social ou médico-social :**

- Véronique Cazals, directrice des questions sociales et de retraite au Mouvement des entreprises de France (MEDEF) ;  
*Suppléante* : Muriel Carroll ;
- Michel Gaté, président d'« A domicile services », représentant l'Union des syndicats et groupements d'employeurs représentatifs dans l'économie sociale (USGERES) ;  
*Suppléant* : Loïc O'Murphy ;
- Stéphane Racz, directrice générale adjointe du Syndicat national au service des associations du secteur social et médico-social (SNASEA), représentant l'Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social (UNIFED) ;  
*Suppléant* : Philippe Richard ;
- Alain Raoul, directeur général de la Fondation de l'armée du salut, représentant l'Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social (UNIFED) ;  
*Suppléant* : Jacques Gerzain.

#### **Cinq représentants des personnels exerçant en établissement ou service social ou médico-social :**

- Bernadette Burnier, Confédération française démocratique du travail (CFDT) ;  
*Suppléant* : Abdou Ali Mohamed ;
- Georges Bres, Confédération générale du travail (CGT) ;  
*Suppléant* : Bernard Frigout ;
- Jean Barnéoud-Rousset, Confédération générale du travail - Force ouvrière (CGT-FO) ;  
*Suppléante* : Christiane Morell ;
- Jacques Doury, Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) ;  
*Suppléante* : Christine Divay ;
- Dominique Jeoffre, Confédération française de l'encadrement (CFE-CGC) ;  
*Suppléant* : Jean-Baptiste Plarier.

## Annexe 8 – Liste des avis rendus par le Comité d'orientation stratégique

- Avis 2008-01 favorable (17/01/08) : lettre de mission pour la recommandation de bonnes pratiques professionnelles « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »
- Avis 2008-02 favorable (17/01/08) : lettre de mission intitulée « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »
- Avis 2008-03 favorable (17/01/08) : lettre de mission intitulée « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement »
- Avis 2008-04 favorable (17/01/08) : lettre de mission intitulée « Les attentes de la personne et le projet personnalisé »
- Avis 2008-05 favorable (17/01/08) : lettre de mission intitulée « Mise en œuvre d'une stratégie à l'emploi des personnels selon les populations accompagnées »
- Avis 2008-06 favorable (17/01/08) : recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « L'expression et la participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale »
- Avis 2008-07 favorable (17/03/08) : recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Mise en œuvre de l'évaluation interne »
- Avis 2008-08 favorable (25/06/08) : recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »
- Avis 2008-09 favorable (25/06/08) : recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels selon les populations accompagnées »
- Avis 2008-10 favorable (25/06/08) : recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses »
- Avis 2008-11 favorable (25/06/08) : lettre de mission intitulée « L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »
- Avis 2008-12 favorable (25/06/08) : lettre de mission intitulée « Exercice de l'autorité parentale dans le cadre d'un placement relevant de la protection de l'enfance »
- Avis 2008-13 favorable (25/06/08) : lettre de mission intitulée « Evaluation interne V2 »
- Avis 2008-14 favorable (27/11/08) : lettre de mission sur « Accompagnement des personnes autistes »
- Avis 2008-15 favorable (27/11/08) : lettre de mission sur « Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile dans le cadre de l'accompagnement des adultes vulnérables »
- Avis 2008-16 favorable (27/11/08) : lettre de mission intitulée « Concilier la vie en collectivité et la personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement »
- Avis 2008-17 favorable (27/11/08) : recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement »
- Avis 2008-18 favorable (27/11/08) : recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Les attentes de la personne et le projet personnalisé »
- Avis 2008-19 favorable (27/11/08) : recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »

## **Annexe 9** – Composition nominative du bureau du Comité d'orientation stratégique

### **Président :**

André Ducournau - Groupement national des directeurs généraux d'association du secteur éducatif, social et médico-social (GNDA)

### **Vice-président :**

Emmanuel Bon - Association des paralysés de France (APF)

### **Section Personnes âgées**

#### Président :

Philippe Rodriguez - Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)

#### Vice-Présidente :

Isabelle Barges - Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)

### **Section personnes handicapées**

#### Président :

Thierry Nouvel - Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI)

#### Vice-Président :

Jean-Marie BARBIER - Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPh)

### **Section enfance**

#### Président :

Jean-Marie Simon, secrétaire national de l'Association de directeurs, cadres de direction et certifiés de l'Ecole des hautes études en santé publique (ADC-EHESP)

#### Vice-Président :

Jean-Marie Muller - Fédération nationale des associations d'entraide des pupilles et anciens pupilles de l'Etat (FNADEPAPE)

### **Section exclusion**

#### Présidente :

Armelle de Guibert - Association des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux et médico-sociaux (D3S)

#### Vice-Président :

Jean-Louis REYNAL - Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)

### **Représentants des usagers**

Marcel Hérault - Fédération française sésame autisme

Henriette Steinberg - Secours populaire

Jean Canneva - Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)

Jacques Ballet – Autisme France

Dominique Sacher - Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

## **Annexe 10** – Liste non-exhaustive des articles parus sur l'Anesm en 2008

### Février 2008:

- LALLEMAND D., L'agence de l'évaluation est un outil de mutualisation, in *Direction(s)*, n°49, Février 2008, pp.18-19

### Mars 2008:

- CHASSAT-PHILIPPE S., « Nous ne créerons pas de rupture avec les orientations du Conseil national de l'évaluation. », in *TSA Hebdo* n°1153, 14/03/2008, pp.23-24.

### Avril 2008:

- LAMPERT S., Mieux intégrer l'évaluation dans les pratiques, in *La gazette santé-social*, n°40, Avril 2008, pp.22-26.
- Rencontre avec Didier Charlanne, directeur de l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale, site [agevillage.com](http://agevillage.com), 2008.

### Mai 2008:

- Le feuilleton des dates d'évaluations internes et externes des établissements sociaux et médico-sociaux : un nouvel épisode ? Le dernier ?, Billet du blog de Daniel Gacoin, 09/05/2008.
- Publication des deux premières recommandations de l'ANESM, site de l'UNASEA, 15/05/2008.
- HOARAU V., Évaluation interne des établissements sociaux et médico-sociaux : 1ères recommandations de l'ANESM, site de la FHF, 16/05/2008.
- Évaluation interne des établissements sociaux et médico-sociaux : l'ANESM publie ses premières recommandations, site de *TSA Hebdo*, 16/05/2008.
- L'ANESM formule ses premières recommandations sur l'évaluation interne, in *ASH* n°2558, 16/05/2008, pp. 7-8.
- Publications des deux premières recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux, site du CNLE, 21/05/2008.
- L'ANESM publie ses premières recommandations sur l'évaluation, site [Localtis.info](http://Localtis.info), 22/05/2008.
- ALPEROVITCH-MIKOLAJCZAK S., Évaluation interne : où en sont les établissements et services du secteur ?, *Gestionnaire du handicap*, avril-mai 2008, n°172.
- L'ANESM publie deux recommandations, *FEGAPEI*, 26/05/2008.
- Discours de Valérie Létard, 8<sup>ème</sup> Congrès *SYNERPA*, 29/05/2008.

### Juin 2008:

- LALLEMAND D., Mouche ! (Édito), *Direction(s)*, Juin 2008, n°54.
- GILLIOTTE N., Agence Nationale d'Évaluation : Premières préconisations, *Direction(s)*, Juin 2008, n°54.
- GACOIN D., Recommandations de l'ANESM en évaluation et « bonnes pratiques professionnelles » : une étape de plus, une étape probante ?, Blog de Daniel Gacoin, 06/06/2008.

### Juillet 2008:

- BOUKELAL A., Évaluation de la qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, *Blog d'Ali Boukelal*, 07/07/2008.
- Un guide pour la participation et l'expression des usagers, *Lien social*, 10/07/2008, n°892.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *Trait d'Union*, Juillet 2008, n°7.
- Secteur médico-social : la réforme doit augmenter la performance des structures, *News Press*, 24/07/2008.

### Août 2008:

- L'Anesm publie de nouvelles recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *FEHAP*, 12/08/2008.
- Faire "coller" les outils mis à disposition des établissements et services aux problématiques rencontrées, *Age Village*, 19/08/2008.
- L'Anesm publie trois nouveaux guides de bonnes pratiques, *ASH*, août 2008.

- L'Anesm publie trois nouvelles recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ASH, 22/08/2008, n°2569.
- Compte rendu du Comité d'orientation stratégique de l'Anesm et programme de rentrée de l'Agence, FEHAP, 28/08/2008.
- L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité publie trois nouveaux référentiels, Localtis.info, 27/08/2008.
- L'Anesm se bouge, Le mensuel des maisons de retraite, août-septembre 2008, n°113.

#### Septembre 2008 :

- Évaluation : L'Anesm publie trois nouvelles recommandations, WEKA Action sociale, 02/09/2008.
- Où en est l'évaluation interne ? Le CREAI a mené l'enquête en Bourgogne, ASH, 12/09/2008, n°2572, pp. 45-46.
- L'Anesm devrait publier quatre nouvelles recommandations d'ici la fin de l'année, APM International, 19/09/2008.
- Une rentrée chargée pour l'évaluation !, La gazette n°07, septembre 2008, pp.12-14.
- Agence de l'évaluation : prochaines recommandations, Newsletter Direction(s), 25/09/2008.
- GACOIN D., Evaluation sociale et médico-sociale et bonnes pratiques professionnelles : derniers épisodes ..., Blog de Daniel Gacoin, 27/09/2008.

#### Octobre 2008 :

- Que faire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm ?, La Gazette de la Fnars, octobre 2008, n°8.
- La bientraitance: une approche transversale, La Gazette de la Fnars, octobre 2008, n°8.
- Le paradoxe de l'évaluation, Lien social, 23/10/2008, n°902, p3.
- Maltraitance dans les Ehpad: les établissements privés non lucratifs dénoncent les « amalgames » et réclament des moyens pour mettre en œuvre les « plans successifs », Aef.info, 23/10/2008.
- Bientraitance en établissement : Valérie Létard mise sur le contrôle et la formation, ASH, 24/10/2008, n°2578, pp. 7-8.
- L'ADC a fait le point sur les travaux de l'Anesm en cours, Newsletter Direction(s), 23/10/2008.
- 2<sup>èmes</sup> Rencontres de l'Anesm : Recommandation sur la bientraitance, Age village pro, newsletter 27/10/2008.

#### Novembre 2008:

- Dossier maltraitance, Géroskopie, novembre 2008, n°33, pp .23-27.
- Bientraitance : un guide pour l'aide à domicile, Newsletter Direction(s), 13/11/2008.
- ROUSSEAU P., Comment se saisir de l'évaluation ?, ASH, 28/11/2008, n°2583-2584, pp. 37-42.
- L'accompagnement de la personne handicapée dans un environnement législatif et réglementaire en recomposition, La lettre du G.N.D.A., novembre-décembre 2008, n°98, pp. 5-8.

#### Décembre 2008:

- Évaluation et approche qualité, Le point des associations, décembre 2008, n°204, pp. 19-21.
- Cibler les établissements à risques, Direction(s), décembre 2008, p. 10.
- ANESM : Recommandations pour l'évaluation interne, Pluriel formation recherche, 05/12/2008.
- Bientraitance : certification versus évaluation ?, Newsletter Direction(s), 11/12/2008.
- Évaluation externe : l'habilitation des organismes extérieurs sur les rails, TSA Hebdo, 19-26/12/2008, n°1188-1189, p. 6.







Anesm

5 rue Pleyel - Bâtiment Euterpe - 93200 Saint-Denis

Téléphone 01 48 13 91 00

Site [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)