



Mai 2011

Rapport d'activité 2010



Rapport d'activité 2010

Mai 2011

Anesm
5 rue Pleyel - Bâtiment Euterpe - 93200 Saint-Denis
Téléphone 01 48 13 91 00
Site www.anesm.sante.gouv.fr
Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables
Mai 2011

Anesm





Depuis sa création au printemps 2007, l'Agence a en priorité assuré la production de recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour toutes les catégories d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Ces recommandations doivent en effet permettre à ces derniers de réaliser leurs évaluations internes, supports d'une démarche continue d'amélioration de la qualité.

En 2009, l'Agence a mis en œuvre la procédure d'habilitation des organismes en charge de l'évaluation externe qui est engagée depuis 2010. Ce rapport présente ainsi un premier bilan de ces opérations et fournit, entre-autres, les premiers éléments d'information sur leur coût.

C'est également au cours de l'année 2010 que l'Anesm s'est positionnée dans l'environnement issu de la loi Hôpital, patients, santé, territoires, dite HPST du 21 juillet 2009.

La création des agences régionales de santé (ARS) lui a ainsi permis de prendre place comme acteur national en charge de la régulation du marché de l'évaluation externe, confiée par la loi aux organismes privés habilités.

L'ensemble du dispositif voulu par législateur est maintenant en place. Les ESSMS concernés - soit les deux tiers d'entre eux – sont ainsi en mesure de respecter leurs obligations d'ici au 4 janvier 2015. L'Agence poursuivra à cet effet son appui aux ARS et aux conseils généraux dans leurs relations avec les établissements et les services.

Didier Charlanne
Directeur de l'Anesm

Sommaire

Avant-propos	p. 1
--------------------	------

Partie I LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN APPUI DE L'EVALUATION	p. 7
--	-------------

1 La production de recommandations pour l'évaluation	p. 8
2 Près de 6000 professionnels sensibilisés en 2010.....	p. 19
3 Les deux tiers des ESSMS engagés dans l'évaluation interne	p. 33

Partie II L'ANESM, UN ACTEUR NATIONAL DU DISPOSITIF DE RENOUVELLEMENT DES AUTORISATIONS	p. 45
--	--------------

1 Le dispositif légal	p. 46
2 Les apports de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST)	p. 47
3 Les dispositions applicables aux organismes habilités.....	p. 50
4 La poursuite de l'habilitation.....	p. 52
5 Le démarrage de l'évaluation externe	p. 56

Partie III DONNEES ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES	p. 65
--	--------------

1 Un partenariat renforcé	p. 66
2 Le renouvellement des instances	p. 66
3 Emplois, catégories et mouvements 2010	p. 67
4 Le compte financier.....	p. 70

ANNEXES	p. 75
----------------	--------------

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

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'Agence est constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des organismes représentant les établissements sociaux et médico-sociaux, les professionnels et les usagers.

Ses missions

Les missions de l'Anesm sont directement issues des obligations faites aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) visés à l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles.

La première consiste à valider ou produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, références et procédures pour que les ESSMS puissent procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.

Au-delà de ces missions principales, l'Etat a confié à l'Anesm des missions connexes parmi lesquelles la détermination des principes fondamentaux de l'évaluation.

Son fonctionnement

L'Anesm est dotée d'une instance de gestion, le Conseil d'administration, qui valide le programme de travail et le budget et de deux instances de travail :

- le Conseil scientifique, composé de 15 personnalités reconnues, qui apporte une expertise, formule des avis d'ordre méthodologique et technique et veille à la cohérence, à l'indépendance et à la qualité scientifique des travaux de l'Anesm.

- le Comité d'orientation stratégique, composé d'environ 70 représentants de l'Etat, d'élus, d'usagers, collectivités territoriales, de fédérations, de directeurs d'établissements, de salariés, d'employeurs, etc., instance d'échange et de concertation qui participe à l'élaboration du programme de travail de l'Anesm.

Le champ de compétences

L'Anesm est compétente dans le champ des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'inclusion sociale, de la protection de l'enfance, de la protection juridique des majeurs, de l'addictologie. Elle couvre des catégories de services et d'établissements aussi diversifiés que les Ehpad, les foyers d'accueil médicalisé pour personnes handicapées, les maisons d'enfants à caractère social, les foyers de jeunes travailleurs, les appartements thérapeutiques, etc.

L'évaluation

Les recommandations, références et procédures validées par l'Agence alimentent la démarche d'évaluation interne des ESSMS.

La loi du 2 janvier 2002 a prévu qu'au-delà du système d'évaluation interne, un regard externe soit réalisé par des organismes indépendants habilités par l'Anesm qui porteront un avis sur les conditions dans lesquelles l'évaluation interne a été mise en œuvre, et sur les axes d'amélioration envisageables.

Elle complète le système d'évaluation interne, et permet aux autorités de tarification et de contrôle d'engager une discussion avec les ESSMS.

Le niveau d'engagement des ESSMS dans l'évaluation interne s'élevait à 26 % avant la création de l'Anesm en 2007. Il s'élève aujourd'hui à 70 %. Fin 2010, 652 organismes étaient habilités.

Les recommandations de l'Anesm

20 recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont disponibles au 7 juillet 2011 sur www.anesm.sante.gouv.fr :

- « L'expression et la participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale » ;
- « La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles » ;
- « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » ;
- « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » ;
- « Les conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses » ;
- « L'ouverture de l'établissement » ;
- « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » ;
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » ;
- « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » ;
- « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles » ;
- « Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile » ;
- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » ;
- « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement » ;
- « L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement » ;
- « La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie » ;
- « Élaboration rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » ;
- « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » ;
- « Qualité de vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) - Volet 1 – De l'accueil de la personne à son accompagnement » ;
- « Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance » ;
- « L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) ».

Partie I

LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN APPUI DE L'EVALUATION

1 La production de recommandations pour l'évaluation

La programmation des travaux de l'Anesm pour l'année 2010 a été établie en tenant compte de l'avancement des programmes 1 à 7 rappelés ci-dessous.

Les programmes de travail 2008 et 2009 avaient ainsi inscrit l'engagement de 28 thèmes de recommandations. Parmi ces thèmes, 16 publications ont été finalisées dans les programmes suivants :

Programme 1

Les fondamentaux

- La bientraitance (2008)
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (2010)

Programme 2

L'expression et la participation

- Expression et participation des usagers dans le secteur de l'inclusion sociale (2008)
- Expression et participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant du secteur de l'addictologie (2010)

Programme 3

Les points de vigilance et la prévention des risques

- Conduites violentes dans les établissements recevant des adolescents (2008)
- Prévention et gestion de la maltraitance en établissement (édition 2008)
- Prévention et gestion de la maltraitance à domicile (édition 2009)
- Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres TED (2010)

Parmi les 12 thèmes non finalisés en 2009, 6 ont été reportés en 2010, dont quatre étaient déjà engagés en 2009.

Programme 4

Le soutien aux professionnels

- Evaluation interne (2008)
- Adaptation à l'emploi (2008)
- La conduite de l'évaluation interne (2009)
- Projet d'établissement ou de service (2010)

Programme 5

Les relations avec l'environnement

- Ouverture de l'établissement (2008)

Programme 6

Les relations avec la famille et les proches

- Exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement (2010)

Programme 7

La qualité de vie

- Les attentes de la personne et le projet individualisé (2008)
- Concilier projet individuel et vie collective (2009)
- Accompagnement médico-psycho-social des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (2009)

1.1 Recommandations publiées en 2010 et en cours de publication

Quatre recommandations présentées dans le rapport d'activité de l'Anesm pour 2009 (pp. 9, 10, et 12) ont été publiées en 2010 :

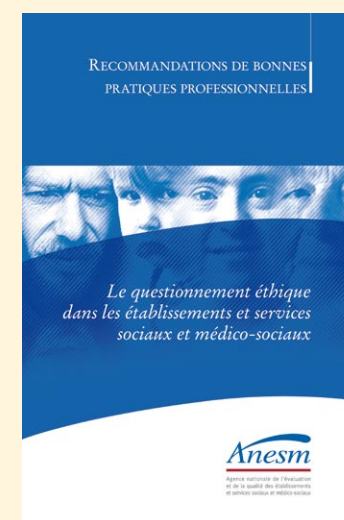
- « *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement* » (janvier 2010)
- « *Exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement* » (mars 2010)
- « *Expression et participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant du secteur de l'addictologie* » (avril 2010)

- « *Elaboration du projet d'établissement et de service* » (mai 2010)

Par ailleurs, une cinquième recommandation relative à l'éthique a été publiée et deux autres ont été approuvées par les instances de l'Anesm : l'une est relative au partage de l'information à caractère secret en protection de l'enfance et l'autre à l'accompagnement des jeunes par les SESSAD.

Au titre du programme 1 : Les fondamentaux

Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux et le cadre déontologique



Engagés en 2009, les travaux sur l'éthique ont abouti à une recommandation publiée en 2010. Ce thème s'est inscrit en outre dans le cadre du 10^e objectif du plan Métiers de février 2008. Il a fait l'objet d'une mesure spécifique dans le cadre du Plan Alzheimer (mesure 38), qui s'est traduite par la création d'un espace de réflexion éthique au sein du CHU de Reims.

► Mise en ligne : octobre 2010

Cette recommandation a pour objectif d'aider les équipes des établissements et services sociaux et médico-sociaux à mettre en place une réflexion éthique collective permettant à chaque acteur, professionnel, personne accompagnée ou proche de trouver des repères face à des situations concrètes singulières où entrent en conflits des valeurs ou des principes d'intervention d'égale légitimité. Comment concilier, par exemple, commande institutionnelle et demande de l'usager, secret et information partagée, droit au risque et devoir de sécurité, logique de mission et logique de gestion ? Comment agir en articulant à la fois les composantes personnelles, professionnelles et institutionnelles qui interrogent en continu la finalité de l'intervention ?

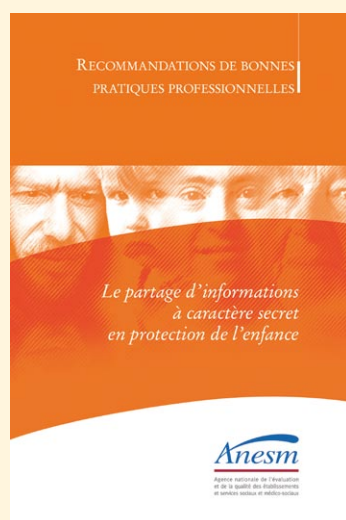
S'il n'y a pas de théorie de l'éthique faisant consensus, il est proposé ici de définir le champ de l'éthique en considérant que c'est « une réflexion qui vise à déterminer le « bien agir » en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées ». Pour autant, la notion ne peut être définie sans faire référence aux concepts de morale, de droit, de déontologie ainsi qu'à ceux de « bonnes pratiques » et de responsabilité professionnelle, institutionnelle et personnelle.

Outre des définitions courtes, ayant pour but d'utiliser un langage commun, le document poursuit sur les caractéristiques de la réflexion éthique pour se centrer ensuite sur les repères méthodologiques : comment faire émerger le questionnement éthique, construire un cadre qui soit un véritable repère pour les acteurs concernés, pérenniser la démarche ?

La dernière partie propose enfin une méthode de traitement des questions éthiques. Cinq cas pratiques illustrent diverses modalités de fonctionnement d'instances de réflexion éthique dans les secteurs relevant du champ de l'Anesm.

**Au titre du
programme 4 : Le soutien
aux professionnels**

**Le partage de l'information à caractère secret
en protection de l'enfance**



Ce thème a été engagé au cours du dernier trimestre 2009, à la demande des représentants du secteur de l'Enfance du Comité d'orientation stratégique de l'Anesm. S'agissant d'un enjeu sensible, ce sujet a été priorisé par rapport à celui de l'expression et de la participation des usagers dans ce secteur.

► **Mise en ligne : mai 2011**

La recommandation s'adresse aux professionnels des ESSMS relevant de la protection de l'enfance (aide sociale à l'enfance et protection judiciaire de la jeunesse) mais elle peut également être utile à d'autres acteurs de la protection de l'enfance, par exemple, exerçant au sein des conseils généraux, aux responsables des politiques institutionnelles de la PJJ, aux professionnels de la psychiatrie infanto-juvénile, de l'Education nationale, aux ESSMS apportant leur concours à la mise en œuvre de la protection de l'enfance...

La recommandation traite du partage d'informations à caractère secret à l'exclusion des obligations d'information des autorités. Néanmoins, elle aborde les pratiques de partage nécessaires à l'évaluation des situations des enfants, en amont ou en aval de la transmission aux autorités.

Il s'agit d'une question particulièrement complexe au regard du cadre juridique et des enjeux éthiques qu'elle soulève. Les deux textes, l'article L226-2-2 du CASF et l'article L121-6-2 du CASF qui légalisent le partage d'informations à caractère secret posent des conditions juridiques en partie différentes. Cette pratique met donc en tension des principes d'intervention fondamentaux, tels que, par exemple, le respect de la vie privée des usagers et la protection de l'enfant. La recommandation propose de mettre en perspective les dimensions technique et éthique du partage d'informations à caractère secret, dont la finalité doit être l'intérêt de l'enfant et son accompagnement personnalisé.

Elle doit permettre aux professionnels :

- de comprendre les fondements du secret professionnel en protection de l'enfance ;
- de connaître le cadre juridique du partage d'informations à caractère secret ;
- d'expliquer les objectifs du partage d'informations ;
- d'identifier les places et le rôle des co-intervenants auprès de l'enfant.

Le document pose tout d'abord les repères et principes applicables à toute situation de partage d'informations à caractère secret, puis traite de la mise en œuvre concrète de ce partage selon que celui-ci a lieu entre professionnels exerçant au sein du même établissement ou service (partage interne) ou avec les acteurs de la protection de l'enfance, de la protection sociale voire de la prévention de la délinquance (partage externe). Un dernier chapitre est consacré au soutien des professionnels.

**Au titre du programme 7 :
La qualité de vie**

Le programme Qualité de vie dans les Ehpad

Ce programme vise à promouvoir l'ensemble des pratiques professionnelles concourant à l'amélioration de la qualité de vie des résidents. Il est conçu selon les quatre enjeux majeurs de l'accueil et de l'accompagnement :

- l'accueil dans l'établissement et la construction du projet personnalisé (volet 1, 2010) ;
- l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (volet 2, 2011) ;
- la vie sociale des résidents (volet 3, 2011) ;
- les interactions entre l'état de santé et la qualité de vie (volet 4, 2012).

Pour chacune de ces thématiques seront déterminés des points de repères spécifiques en termes de postures professionnelles, d'organisation et de management.

Ces recommandations sont complémentaires et s'articulent autour des **axes communs** suivants :

- la promotion de l'autonomie (personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, préservation de l'identité personnelle et sociale) ;
- l'effectivité des droits ; la parole des personnes âgées, l'impact des protections juridiques sur la qualité de vie ;
- la prévention et la gestion des risques liés à la vulnérabilité des personnes accueillies ;
- l'organisation du travail en équipe pluridisciplinaire et le projet de l'établissement ;
- le soutien des professionnels (encadrement, formation, analyse des pratiques, réflexion éthique) ;
- l'inscription de l'établissement dans son environnement (réseaux, partenariats et ressources locales).

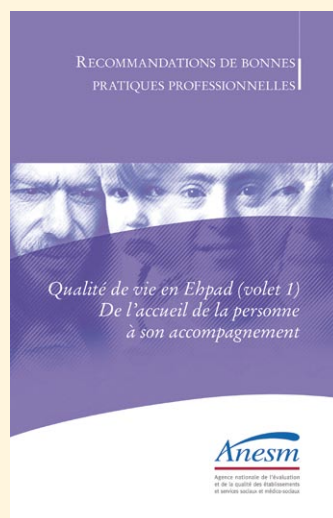
Ces dimensions transversales aux quatre recommandations seront traitées en fonction de la spécificité de chaque thème abordé.

Les définitions des concepts et principes communs aux quatre recommandations figureront dans un « argumentaire » qui sera accessible en ligne et reprendra les apports majeurs de la revue de littérature. Ces définitions auront trait à la *qualité de vie*, ses principaux aspects (physique, psychologique, relationnel...), ses déclinaisons (bien-être, confort de vie...), et ses éléments de mesure (perception, satisfaction...).



« *La qualité de vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)* » est un thème inscrit au programme de travail 2010. Contrairement aux précédentes publications de l'Agence, ce thème ne correspond pas à une seule recommandation mais à un **programme de recommandations** planifié sur 2010-2012.

Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement.



► Mise en ligne de la recommandation : février 2011

► Mise en ligne de la synthèse : janvier 2011

Le premier volet de ce programme¹ a donc été finalisé sous la forme d'une recommandation qui porte sur l'entrée en Ehpad : la préparation, l'accueil du résident, l'élaboration et la mise en œuvre de son projet personnalisé.

Après un préambule reprenant le concept de qualité de vie et le contexte particulier de l'entrée en Ehpad, les auteurs ont choisi de suivre le parcours de la personne âgée et de donner des pistes de réflexion et d'action aux professionnels à chaque étape :

- comment un Ehpad peut-il faciliter l'anticipation de la décision, afin d'éviter autant que possible les entrées en situation de crise ?
- comment un Ehpad peut-il accompagner la personne âgée dans sa prise de décision en lui permettant de rester actrice de ses choix ?
- comment débiter la relation d'accompagnement dès la phase d'admission en dépassant les aspects administratifs ?
- comment accueillir la personne au mieux sachant que la qualité de l'accueil aura un impact sur son bien être tout au long de son séjour ?
- comment concrètement élaborer et mettre en œuvre le projet personnalisé en Ehpad ?

¹ Pour en faciliter l'appropriation par tous les professionnels, une synthèse est disponible sur le site de l'Anesm.

Au titre du programme 4 : le soutien aux professionnels

L'accompagnement par les SESSAD de la socialisation, de la formation et de la scolarisation des jeunes en situation de handicap

Depuis leur création², les Sessad se démarquent par leur positionnement dans les espaces de vie des jeunes comme de leurs familles. Forts de leurs atouts, ces services, qui ont enregistré un développement notable en moins de 10 ans prennent leur place dans une palette de réponses et peuvent constituer, en assurant un soutien spécialisé en milieu ordinaire, un des éléments de la compensation. Cette recommandation prend donc place dans un contexte mouvant où les divers acteurs sont en train de se repositionner et font face à des enjeux complexes.

Son objectif est de mettre en évidence les conditions et pratiques d'accompagnement qui facilitent et étayent la socialisation, la scolarisation et la formation des jeunes en situation de handicap.

Elle s'adresse à l'ensemble des services médico-sociaux d'accompagnement des enfants, adolescents et jeunes majeurs en situation de handicap, quelle que soit leur spécialisation par type de handicap et/ou par âge, professionnels de terrain et de direction.

Elle est construite selon un cheminement, qui dans la logique de la loi du 11 février 2005, part des besoins des jeunes accompagnés et de leurs parents, puis de leurs lieux de vie pour traiter in fine de la dynamique interne du service et de son organisation.

Une première partie, intitulée « *Un accompagnement conçu avec et pour le jeune et sa famille* », permet d'aborder les principales étapes de construction du projet personnalisé et les modalités de l'intervention. La seconde partie décline le travail avec et sur les environnements. Elle aborde la nécessité d'un ancrage du Sessad sur le territoire, et les conditions à développer pour que se mettent en place les partenariats nécessaires. La dernière partie se centre sur la dynamique interne du service et son organisation.

² En moins de dix ans, le nombre de Sessad a augmenté d'environ 60 %. Entre 2001 et 2006, la part des enfants et adolescents suivis par un Sessad est ainsi passée de 17 % à 24 % de l'ensemble des enfants et adolescents bénéficiant d'une prise en charge médico-sociale.



► Mise en ligne : juillet 2011

1.2 Les recommandations poursuivies ou engagées en 2010

Au titre du programme 4 : Le soutien aux professionnels

► L'évaluation interne dans les Ehpad

Ce thème a été engagé à compter de l'été 2009 avec la réalisation d'une étude sur des indicateurs de suivi de la qualité à l'international. À la suite de la phase de test qui a abouti à une version transitoire du projet de recommandation en 2010, la version préliminaire reste à ce jour un document de travail.

Une phase d'expérimentation est prévue à l'échelle nationale en 2011. L'objectif est de suivre la mise en œuvre de la recommandation auprès d'un échantillon d'Ehpad et de tester la robustesse et la pertinence des indicateurs dans l'ensemble de la démarche d'évaluation interne.

Cette étape permettra d'aboutir à une première version de la recommandation fin 2011.

Distincte des démarches d'audit, de certification et de contrôle, l'évaluation interroge l'adaptation des réponses apportées aux besoins et attentes des résidents. Le questionnaire évaluatif est donc porté au-delà de la seule description des activités et du fonctionnement d'une organisation.

Centrer le questionnaire sur la pertinence des principales activités en direction des résidents revient à explorer ce qui, au sein de l'Ehpad, concourt à la personnalisation de leur accompagnement :

- la promotion de leur autonomie ;
- la garantie des droits individuels et collectifs ;
- la prévention des risques liés à la vulnérabilité des personnes et à l'institutionnalisation ;
- l'accompagnement de la fin de vie.

Quel que soit le domaine d'activité exploré, le questionnaire est décliné de manière méthodique :

- quels sont les objectifs spécifiques poursuivis à travers l'activité ou le processus évalué et les effets attendus et recherchés pour les personnes accompagnées ?
- quelles sont les obligations réglementaires, les ressources humaines, matérielles mobilisées ?

► L'évaluation interne dans les services à domicile

La publication, en 2009, de la recommandation relative à la conduite de l'évaluation interne visait en priorité l'élaboration de repères utiles aux établissements sociaux et médico-sociaux. Il a été proposé de décliner cette recommandation en l'adaptant à la spécificité d'intervention des services à domicile et aux contraintes qui leur sont propres, notamment lorsque le service est partie prenante d'un accompagnement assuré en lien avec d'autres acteurs, comme les services de soins infirmiers à domicile, sur

► Plan « Autisme et autres TED 2008-2010 : programmes et interventions chez l'enfant et l'adolescent » – mesure 9

Dans le cadre du plan, l'Anesm devait initialement décliner la mesure 9-2 du plan relative aux aspects médico-sociaux de la prise en charge des enfants et adolescents autistes ou atteints de troubles envahissants du développement.

De nombreuses évolutions ont eu lieu ces dernières années dans le domaine de la prise en charge de l'autisme et des TED, que ce soit dans le champ des données scientifiques ou

- quelles sont les pratiques effectives ?

Le souci d'articuler les pratiques déjà existantes et de les intégrer dans le questionnaire évaluatif a été l'occasion de proposer le suivi d'une quinzaine d'indicateurs permettant de signaler une évolution de la situation des résidents et d'interroger les principaux domaines d'activités d'un Ehpad.

Après un premier test de faisabilité de 30 indicateurs qui a permis de conserver les 15 proposés dans le document de travail, deux types de travaux complémentaires seront mis en place en 2011 afin d'enrichir et de finaliser cette recommandation :

- une consultation de cette version ouverte à tous les Ehpad volontaires sur le site de l'Anesm ;
- une expérimentation dans plusieurs Ehpad d'un département afin d'analyser les conditions d'appropriation de la méthodologie proposée (démarche de questionnaire incluant suivi d'indicateurs), d'approfondir les articulations avec les référentiels ou cahier des charges existants (en particulier celui de la convention tripartite), de disposer d'informations sur le processus d'amélioration de la qualité dans les Ehpad (évaluation interne et plan d'amélioration), ses résultats et les freins constatés.

le champ des personnes âgées et des adultes handicapés. L'objectif est de proposer des indicateurs et repères pour en évaluer l'efficacité.

Ce thème inscrit au programme de 2010, a fait l'objet d'une revue de littérature très documentée, d'entretiens exploratoires sur le terrain qui ont permis de soumettre la lettre de cadrage aux instances en 2010. Néanmoins les travaux annexes au programme de travail ont obligé à reporter l'élaboration de cette recommandation en 2011.

dans celui des pratiques d'accompagnement des personnes. Il est apparu néanmoins, lors de la préparation du plan Autisme 2008-2010 que ces avancées n'étaient pas suffisamment intégrées dans les pratiques des professionnels. Partant de ce constat, le plan préconise l'élaboration de recommandations professionnelles dans tous les secteurs d'intervention, la HAS et l'Anesm ayant été chargées, chacune pour ce qui la concerne, d'élaborer ces recommanda-

tions. Au vu des nombreuses interactions entre mesures sanitaires et médico-sociales, la fusion des sous-mesures 9-1 et 9-2 a été proposée aux autorités de tutelle. Ainsi la HAS et l'Anesm produiront ensemble des recommandations de bonnes pratiques s'adressant à l'ensemble des professionnels concernés, de façon à permettre une prise en charge globale.

Cette recommandation a été limitée aux interventions chez l'enfant et l'adolescent, dans la mesure où l'élaboration de recommandations chez l'adulte est conditionnée aux travaux en cours sur le diagnostic et à l'évaluation de

l'autisme chez l'adulte (mesure 11), auxquels l'Anesm est associée. La méthode utilisée est celle du consensus formalisé. Par ailleurs, une consultation publique sera organisée, afin de recueillir l'avis collectif de tout organisme, association ou institution impliqués dans le suivi et l'accompagnement des enfants et adolescents avec TED et de leurs familles.

Les recommandations relatives aux interventions chez l'enfant et adolescent avec TED s'inscrivent dans un programme pluriannuel de l'Anesm et de la HAS. Elles doivent être finalisées fin 2011 et seront disponibles sous ce double label.

Au titre du programme 2 : L'expression et la participation

► L'expression et la participation des usagers dans le secteur de la protection juridique des majeurs

La loi du 5 mars 2007 a notamment pour objectif de renforcer les droits des majeurs protégés, de favoriser la participation directe de la personne - si elle est en mesure d'exprimer sa volonté éclairée - à la conception et à la mise en œuvre de la mesure de protection la concernant. Celle-ci est formalisée en particulier par un « *document individuel de prise en charge* » ou de « *protection des majeurs* », ou par un « *contrat d'accompagnement social personnalisé* », selon les mesures de protection juridique.

L'objectif de la recommandation est d'identifier :

- les éléments qui d'une part permettent de prendre en compte les attentes du majeur protégé et son autodétermination, et d'autre part favorisent sa participation à l'élaboration et à la mise en œuvre de son projet personnalisé ;

- les éléments, facteurs, pratiques et outils qui favorisent un bon développement de l'accompagnement fondé sur les attentes et besoins de l'usager (en particulier pour les personnes présentant des déficiences intellectuelles), ainsi que la manière de les apprécier et de les mesurer.

Les travaux exploratoires – étude documentaire et développement d'un argumentaire, analyse juridique du périmètre de la recommandation – ont permis de soumettre la lettre de cadrage à l'avis des instances en février 2011. Ces travaux seront suivis du recueil d'information de terrain au premier semestre 2011. La méthodologie d'élaboration envisagée est celle du consensus formalisé.

Cette recommandation sera achevée fin 2011.

► L'accès aux droits dans les CHRS

Il faudra définir comment cette question interroge simultanément les missions de l'établissement et les pratiques des professionnels visant à développer l'autonomie des usagers. La recommandation aura pour objectif d'aider et de soutenir ces derniers dans l'accompagnement qu'ils proposent aux usagers pour qu'ils accèdent à leurs droits et puissent connaître leurs obligations. Elle devra envisager les modalités d'ouverture des CHRS à leur environnement et de partenariat avec les dispositifs relatifs à la santé, le logement, la formation, l'emploi.

Les travaux exploratoires débutés fin 2010, – revue bibliographique, étude documentaire,

étude de terrain – ont permis de cibler le périmètre de la recommandation dans un contexte qui évolue. En effet, en novembre 2009, une refondation du secteur de l'hébergement et de l'accès au logement a été engagée au travers de la stratégie nationale de prise en charge des personnes sans abri ou mal logées sur la période 2009-2012. Cette démarche s'inscrit dans le prolongement des actions menées depuis 2008 qui visent à mettre en place un service public de l'hébergement et de l'accès au logement.

Une lettre de cadrage a été soumise aux instances de l'Anesm au premier trimestre 2011.

Au titre du programme 4 : Le soutien aux professionnels

► Qualité de vie en Ehpad, le cadre de vie et l'organisation de la vie quotidienne

Deuxième volet du programme « Qualité de vie en Ehpad », cette recommandation portera sur les éléments de cadre de vie et d'organisation de la vie quotidienne :

- comment maintenir et développer des relations avec l'extérieur en fonction de l'implantation de l'établissement ?
- comment l'organisation des espaces collectifs peut-elle favoriser la création de liens entre les résidents ? Comment peuvent-ils s'approprier ces espaces ?...
- quels sont les éléments qui permettent de personnaliser l'espace ?
- comment les éléments de restauration, linge, horaires, entretien, système d'appel, hygiène, déplacements etc. peuvent-ils être des facteurs de qualité de vie pour chaque résident malgré les contraintes de la vie collective ?
- comment garantir droit au respect de la vie privée, intimité, communication, sécurité des biens et des personnes ?

1.3 Les autres travaux de l'Anesm

L'Anesm conduit ou participe à des travaux avec d'autres opérateurs.

► Plan autisme et autres TED 2008-2010

- Les structures autorisées à titre expérimental dans le cadre de la mesure 29 du plan qui proposent un accompagnement sans hébergement des enfants atteints d'autisme ou autres TED, s'appuyant sur des techniques psycho-éducatives de type comportementaliste ABA (*Applied Behavior Analysis*) : l'Anesm a réalisé, conjointement avec la HAS, un cahier des charges définissant un cadre pour l'évaluation de ces structures, finalisé en juin 2010.
- La mesure 11 du plan autisme 2008-2010 a prévu une recommandation « Autisme et autres TED : diagnostic et évaluation chez l'adulte ».

Cette recommandation est en cours de réalisation par la HAS. L'Anesm y participe en tant que relecteur.

Cette recommandation a pour but :

- d'améliorer le repérage et le diagnostic de l'autisme et autres TED chez l'adulte, qu'il vive à domicile, qu'il soit ou non accompagné par un service, accueilli ou non dans un établissement médico-social ou sanitaire ;
- d'améliorer les connaissances des professionnels des établissements et services médico-sociaux et sanitaires pour adultes, et des professionnels de santé qui orientent et/ou diagnostiquent des personnes adultes pouvant avoir un autisme ou autre TED ;
- d'offrir, sur la base d'un diagnostic fiable, des aides et des services spécifiques à toutes les personnes concernées par l'autisme et autres TED dans des conditions éclairées.

Les populations concernées par cette recommandation sont :

- les personnes adultes en établissement médico-sociaux ou établissements psychiatriques ou vivant à domicile n'ayant pas eu un bilan diagnostique par une équipe de spécialistes et qui ne sont pas repérées comme personnes avec autisme ;
- les personnes adultes avec autisme connu dont il faut revisiter le diagnostic pour les faire bénéficier des connaissances actuelles ;
- les personnes adultes qui se posent la question, ou pour lesquelles leur famille ou des professionnels posent la question d'un éventuel autisme de haut niveau ou d'un syndrome d'Asperger.

► Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

- Mesure 1c : réalisation d'une étude en vue de l'élaboration d'un cahier des charges pour donner à toutes les structures de répit accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, une dimension thérapeutique. Ces travaux ont été engagés en 2010 pour une finalisation en janvier 2011.
- Mesure 4 : les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia).

L'Anesm collabore à l'étude de faisabilité conduite par l'équipe projet nationale Maia (EPN-MAIA) avant la phase de généralisation de ce dispositif pour la prise en charge des patients dans toutes les dimensions : sociales, médico-sociales et sanitaires.



► La participation de l'Anesm aux travaux de la CNSA

- LA CNSA a réuni, de novembre 2009 à février 2010, un atelier d'échanges et de pratiques sur le thème de l'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées vieillissantes. La méthode a consisté à documenter de façon partagée la problématique, ses conséquences, les réponses, les contraintes, pour éclairer les exercices d'adaptation des réponses médico-sociales, qu'elles interviennent à domicile ou en établissement, et les exercices de planification médico-sociale.

L'Anesm a été associée aux travaux qui ont abouti à la publication d'un rapport final en octobre 2010. Il se veut un outil d'aide à la déci-

sion pour les décideurs locaux et les porteurs de projet, l'objectif général étant de préciser en quoi le vieillissement des personnes handicapées impacte les travaux de programmation, les structures et les modes d'accompagnement.

- Les ateliers conduits par la CNSA (octobre 2010 à janvier 2011) relatifs à l'hébergement temporaire destiné aux personnes âgées dépendantes et aux personnes en situation de handicap.
- Le comité de suivi du projet de la fédération AGAPSY (Pratiques d'accompagnement au logement des personnes handicapées psychiques) soutenu par la CNSA.

► Les travaux relatifs aux Ehpad

- Les tests portant sur la recommandation relative à l'évaluation interne dans les Ehpad : il s'est agi d'évaluer la compréhension et la faisabilité des indicateurs de suivi de la qualité des prestations auprès d'une centaine d'établissements. Les résultats ont été présentés aux instances. L'introduction d'indicateurs dans une recommandation sur l'évaluation interne a fait l'objet de débats importants au sein du Comité d'orientation stratégique. Les craintes exprimées portaient à la fois sur l'opportunité de cette introduction et sur les risques d'utilisation détournées (comparaison, contrôle). La mise en place d'une phase d'expérimentation avant présentation de cette recommandation ont été de nature à rassurer les membres du COS qui ont donné un avis favorable à cette recommandation.

- L'Anesm est, par ailleurs, associée aux travaux d'évaluation de la qualité médicale en Ehpad conduits par l'ARS Midi-Pyrénées ainsi qu'aux groupes de travail relatifs à la gestion du risque en Ehpad pilotés par la direction de la Sécurité sociale et la direction générale de la Cohésion sociale.

Enfin, l'Anesm a travaillé en 2010 sur une procédure d'élaboration des recommandations formalisée qui fixe l'ensemble des étapes de la démarche, depuis le choix du thème, la lettre de cadrage, le rôle des groupes de travail et de lecture, la soumission aux instances etc. jusqu'à publication. Elle sera soumise aux instances en 2011.

Elaboration des recommandations et autres travaux en 2010 : quelques données chiffrées

Intitulés des recommandations/ des travaux	Méthode retenue	Type de travaux	Nombre de sites enquê- tés et visités		Personnes ressources	Total Nombre de personnes interviewées	Nombre de réunions	Nombre de participants aux groupes
			Total	dont IDF				
Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux	Consensus simple	Enquête qualitative/ questionnaire	41	11	7	7	5	34
SESSAD	Consensus simple	Enquête qualitative	14	3	17	152	4	31
Qualité de vie en Ehpad : accueil personnalisé (volet 1)	Consensus simple	Enquête qualitative/ questionnaire	8	3	-	10	4	30
Conduite de l'évaluation interne en Ehpad		Enquête qualitative	4				8	37
		Test de faisabilité	115	13			2	8
Partage d'information en protection de l'enfance	Consensus formalisé	Etude qualitative	9	3		17		46
Plan autisme et autres TED 2008-2010 – mesure 9 (travaux en cours/ co-pilotage HAS)		Co-pilotage avec la HAS Participation au groupe de travail	NP	NP	NP	NP	8	NP
Enquête bientraitance dans le secteur des personnes âgées		Révision du questionnaire	/	/	/	/	2	27
Plan autisme et autres TED 2008-2010 – mesure 29		Élaboration d'un cahier des charges pour évaluation	/	/	/	/	3	5
Total			191	33	24	186	36	218

NP : données non pertinentes. Co-pilotage avec une autre institution et pilotage opérationnel assuré par la HAS
/ : données non pertinentes pour les travaux mis en œuvre

418 personnes ont participé aux travaux de l'Agence sur les thématiques ci-dessus. On observera que moins les travaux sont documentés, plus on fait logiquement appel à des personnes ressources, et à des travaux d'enquête (SESSAD, Conduite de l'évaluation interne en Ehpad).

2

Près de 6 000 professionnels sensibilisés en 2010

2.1 La diffusion des recommandations en format papier

Dès que les recommandations sont mises en ligne, les membres du Cos, du Conseil scientifique et diverses institutions ainsi que la presse professionnelle en sont informés. Internet est, depuis 2010, le mode privilégié de diffusion des recommandations, l'édition intervenant de façon complémentaire.

Diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en format papier *

Chacune de ces publications est consultable et téléchargeable sur le site de l'Anesm.

Intitulé de la publication		Date de parution	Secteur	Diffusion en 2008	Diffusion en 2009	Diffusion en 2010	TOTAL
PUBLIÉES EN 2008	Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale	avril 2008	Inclusion sociale	2 000	1 467	2 083	5 550
	La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre	juillet 2008	Transversal	6 500	20 857	9 583	36 940
	Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées	juillet 2008	Transversal	4 300	1 450	935	6 685
	Les conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses	juillet 2008	Protection de l'enfance	3 900	2 044	1 636	7 580
	Ouverture de l'établissement	décembre 2008	Transversal	-	3 962	2 478	6 440
	Les attentes de la personne et le projet personnalisé	décembre 2008	Transversal	-	7 628	2 652	10 280
	Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance	décembre 2008	Transversal	-	7 150	7 570	14 720
PUBLIÉES EN 2009	L'accompagnement des personnes atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social	février 2009	Personnes âgées	-	7 814	3 471	11 285
	La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles	juillet 2009	Transversal	-	16 287	3 513	19 800
	Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile	septembre 2009	Transversal	-	3 917	2 609	6 526
	Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement	novembre 2009	Transversal	-	-	3 749	3 749
PUBLIÉES EN 2010	Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement	janvier 2010	Personnes handicapées	-	-	4 744	4 744
	L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement	février 2010	Protection de l'enfance	-	-	1 386	1 386
	La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie	avril 2010	Inclusion sociale	-	-	1 391	1 391
	Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service	mai 2010	Transversal	-	-	3 985	3 985
	Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux	octobre 2010	Transversal	-	-	3 193	3 193
				16 700	74 600	52 954	144 254

* hors première recommandation sur la mise en œuvre de l'évaluation interne éditée en 2008. Par ailleurs, chaque année, un certain nombre de recommandations sont adoptées par les instances en fin d'année civile. Mais elles feront l'objet d'une publication lors du premier semestre de l'année qui suit.

En 2010, l'Agence a néanmoins continué à diffuser ses recommandations en format papier selon des modalités qui ont tenu compte des contraintes budgétaires, et du choix de l'Agence de renoncer à satisfaire les demandes individuelles, comme indiqué déjà dans le rapport d'activité 2009³.

Les membres du Cos ont ainsi continué à servir de relais, les brochures étant mises en priorité à disposition des organisations et institutions nationales, régionales et départementales au siège de l'Agence. Les services de l'Etat et des conseils généraux ont également été destinataires d'exemplaires mis à leur disposition (3 000) et envoyés à la demande.

La moitié de la diffusion 2010 des recommandations s'est ainsi effectuée grâce aux réseaux professionnels partenaires de l'Agence (fédérations, unions nationales, CREA, Uriopss...), ainsi que sur demande des services de l'Etat et territoriaux, d'instituts de formation etc. Les partenaires de l'Agence ont donc largement contribué à la diffusion des recommandations en 2010.

Les recommandations ont par ailleurs été diffusées à l'occasion de congrès, de journées d'études ou de formation dans tous les secteurs : personnes âgées, handicapées, inclusion sociale, protection de l'enfance, addictologie, protection des majeurs... On a pu notamment observer une demande significative des services des conseils généraux concernant la recommandation relative à l'exercice de l'autorité parentale, en cohérence avec leurs champs de compétence.

Les manifestations organisées ou co-organisées par l'Agence pour sensibiliser les professionnels et les autorités au dispositif d'évaluation ont également servi de support de diffusion (journée interrégionale Grand ouest, journée interrégionale Caraïbes, journée nationale de restitution du cycle interrégional à Paris, journée d'information en Guyane, journée d'information destinée aux ARS et DRJSCS à Paris).

2.2 La diffusion via le web

► Le contenu

Sur l'année 2010, 61 mises à jour de natures diverses ont été effectuées avec la mise en ligne de :

- cinq recommandations avec documents annexes (lettres de cadrage, revues de littérature, synthèse, etc.) ;
- quatre listes d'organismes habilités ;
- des résultats du questionnaire Bienveillance 2009 (un rapport complet et une synthèse) ;
- du guide de remplissage du questionnaire 2010.

Par ailleurs, il faut noter :

- l'enrichissement de la FAQ ;
- la mise à jour des rubriques « Actualité » et « Presse/Communication » ;
- la création d'un formulaire d'inscription pour participer à la journée nationale du 3 juin 2010 ;
- la création de la sous-rubrique « Conventions » ;
- le changement de logo de l'Agence ;
- l'amélioration de l'arborescence suite aux retours des internautes .

► La fréquentation du site internet

Nombre de visiteurs uniques	Nombre de visites	Nombre de pages vues
133 153 (+55 %)	260 513 (+45 %)	1 320 931 (+44 %)
Source Google Analytics		

La fréquentation du site a augmenté comme l'année précédente avec **une hausse de près de 44 % du nombre de pages visitées**.

1 320 931 pages ont été vues par 133 153 visiteurs uniques⁴ sur l'année (augmentation de **55 %** par rapport à 2009).

Tendances : + 45 % de visites en 2010



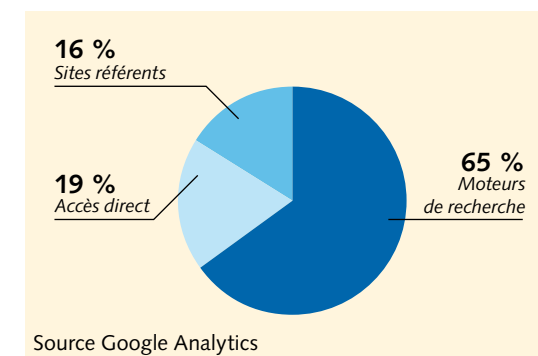
⁴ Un visiteur unique est une personne qui peut effectuer plusieurs visites par jour et consulter plusieurs pages par visite.

Le nombre de visites, **en augmentation de 45 % par rapport à l'année précédente**, montre que les internautes consultent plusieurs fois le site de l'Agence d'où une fidélisation certaine mais un effort à faire pour accroître sa notoriété (cf. plus loin, les sources de trafic) et en conséquence, le trafic, en attirant de nouveaux visiteurs.

Quatre pics de consultation ont été enregistrés au cours de l'année 2010 :

- autour du 20 janvier : cela correspond à la mise en ligne de la recommandation intitulée « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement » ;
- au mois de mars : après mise en ligne de la recommandation intitulée « L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement » ;
- au mois de juin : en raison de la mise en ligne de la recommandation « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service » et de l'actualisation de la liste des organismes habilités ;
- en octobre, novembre et début décembre : en raison de la publication de la 5^e liste des organismes habilités, de la mise en ligne de la recommandation « Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » et de la 6^e liste des organismes habilités.

Sources de trafic



Les internautes atteignent très majoritairement le site de l'Anesm depuis un moteur de recherche (65 %), 19 % directement et 16 % par l'intermédiaire de sites référents. L'Anesm devra s'attacher à développer des liens avec des sites partenaires de façon à accroître sa notoriété et éviter que ses pages ne soient consultées seulement depuis d'autres sites.

Provenance des internautes

Les connexions depuis la France métropolitaine représentent l'essentiel des visites (98,20 %). Dans les DOM, la Réunion détient la palme des connexions, devant la Guadeloupe, puis la Martinique.

Les internautes belges arrivent en 3^e position (+56 %). Les marocains en 7^e position, en augmentation de près de 400 % par rapport à 2009 ; les connexions depuis le Royaume-Uni sont en 8^e position et en augmentation de 105% par rapport à l'année précédente ; enfin, les connexions depuis l'Allemagne sont en 10^e position, en augmentation de 225 % par rapport à 2009.

Les pages les plus visitées en 2010

Les pages les plus visitées, outre la page d'accueil, sont, par ordre décroissant :

- la page donnant accès à l'ensemble des recommandations publiées ;
- la rubrique « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles »⁵ ;
- la page « Recommandations en cours » ;
- la rubrique « Evaluation interne »⁶ ;
- la page dédiée à la recommandation « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » ;
- la page dédiée à la recommandation « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » ;
- la page « Missions de l'Agence » ;
- la rubrique « Evaluation externe »⁶ ;
- la page hébergeant la liste des organismes habilités actualisée.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles éditées par l'Agence suscitent clairement l'intérêt des internautes, ceci d'autant plus que cette dernière privilégie désormais le téléchargement de ses productions plutôt que la diffusion papier.

⁵ Cette rubrique donne accès à la liste des recommandations en cours et à celles qui sont publiées.

⁶ Cette rubrique donne accès aux enquêtes et études (exemples : résultats de l'enquête bientraitance 2009, rapports de l'enquête nationale relative à la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS), aux outils (questionnaire Bienveillance), ainsi qu'aux publications et questions/réponses (FAQ) relatives à l'évaluation interne.

Les fichiers les plus téléchargés en 2010

En cohérence avec les données relatives aux pages les plus consultées, les recommandations sont les fichiers les plus téléchargés du site.

Les thématiques les plus consultées sur le site de l'Agence	Nombre de visites
Autour du Projet d'établissement ou de service	31 083
Outils pour la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.	10 134
Questionnaire Bientraitance 2009	11 181
Lettre de cadrage de la recommandation RELATIVE « Le questionnaire éthique : dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux »	4 758
Revue de littérature – Recommandation « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »	4 656

Source WebTrends Analytics 8

Pour lire ce classement, il faut tenir compte de la date de mise en ligne des documents.

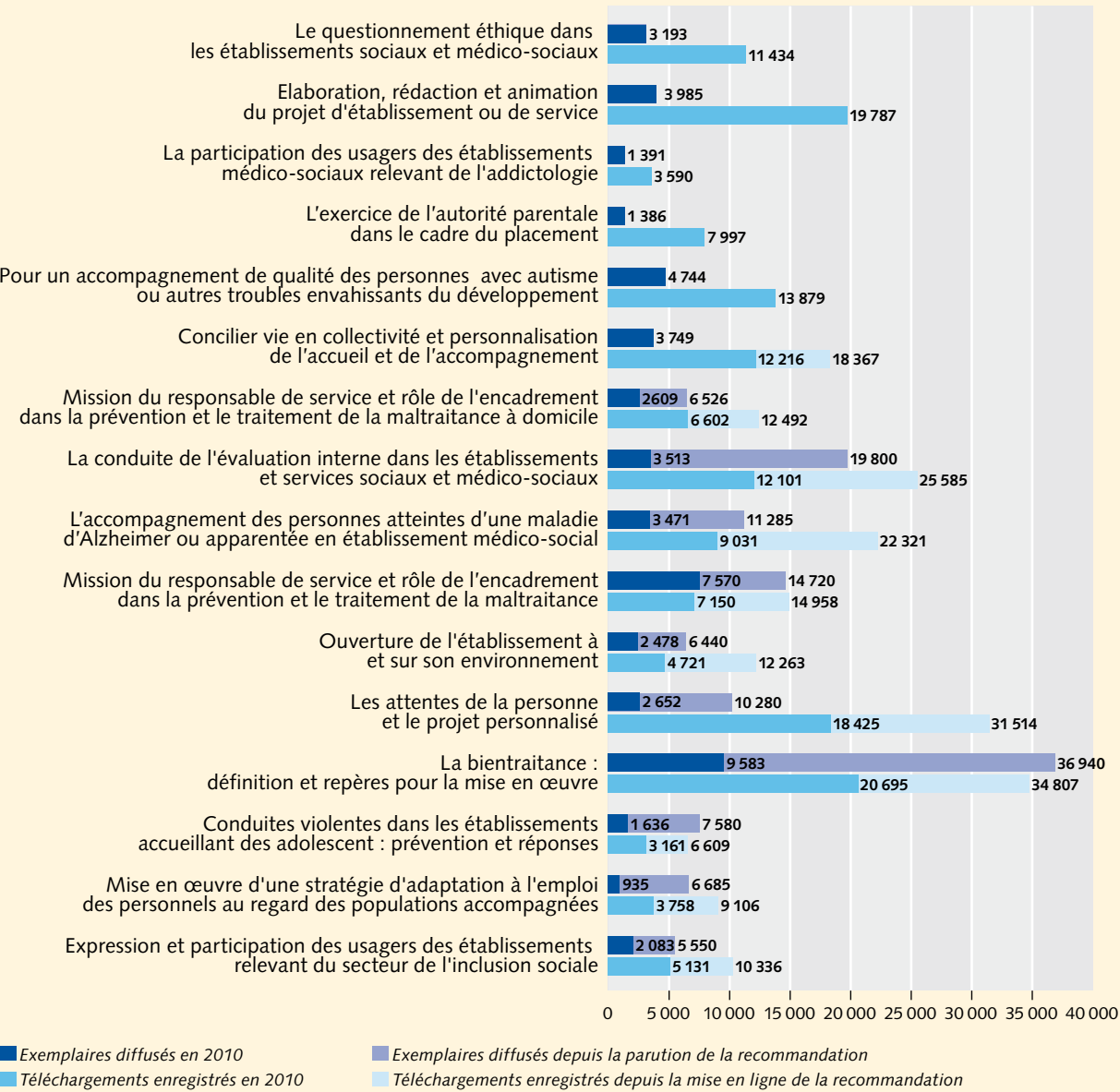
- En termes de visites enregistrées, **les cinq recommandations publiées au cours de l'année 2010** se placent parmi les 17 publications de la façon suivante (cf. graphique page suivante) :
- « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service » en 2^e position avec 19 787 visites (mai) ;
 - « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement » en 4^e position avec 13 879 visites (janvier) ;
 - « Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » en 7^e position avec 11 434 visites (octobre) ;
 - « L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement » en 9^e position avec 7 997 visites (mars) ;
 - « La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie » en 16^e position avec 3 590 visites (avril).

Depuis le lancement du site, le 16 février 2009, **les cinq recommandations les plus consultées** sont, par ordre décroissant (cf. graphique page suivante) :

- « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » ;
- « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » ;
- « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles » ;
- « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » ;
- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement ».

Au total, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, hébergées sur le site de l'Anesm, ont fait l'objet de **165 977 téléchargements en 2010, contre 116 000 en 2009, soit une augmentation de 42 %**, la diminution de la diffusion papier(lire plus haut) entraînant un report sur la consultation web.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles diffusées et téléchargées sur le site de l'Anesm



2.3 Les recommandations associées à l'engagement dans la démarche d'évaluation

Un volet de l'enquête nationale relative à la démarche d'évaluation interne dans les ESSMS a été consacré à la connaissance et l'utilisation des recommandations.

Toutes les structures ont été interrogées sur leur degré d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

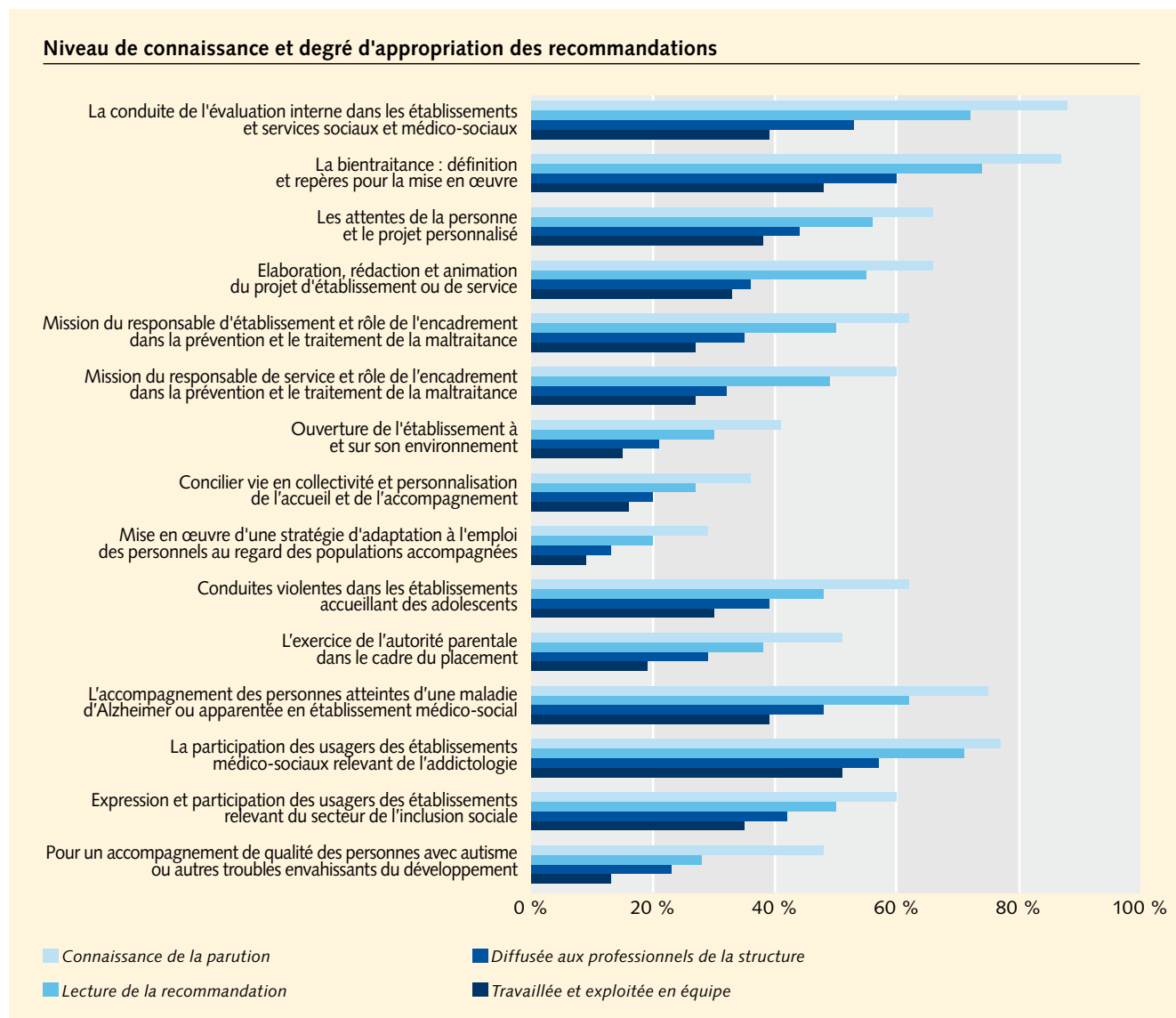
Si les recommandations de l'Anesm sont désormais largement connues, trois thématiques restent prédominantes en 2010 : l'évaluation interne (88 %), la bientraitance (87 %) et les attentes de la personne et le projet personnalisé (66 %).

Les recommandations spécifiques les plus citées sont :

- « La participation des usagers des établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie » (77 %) ;
- « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissements médico-sociaux » (75 %).

Ces recommandations font l'objet d'une forte appropriation des professionnels. Plus d'une

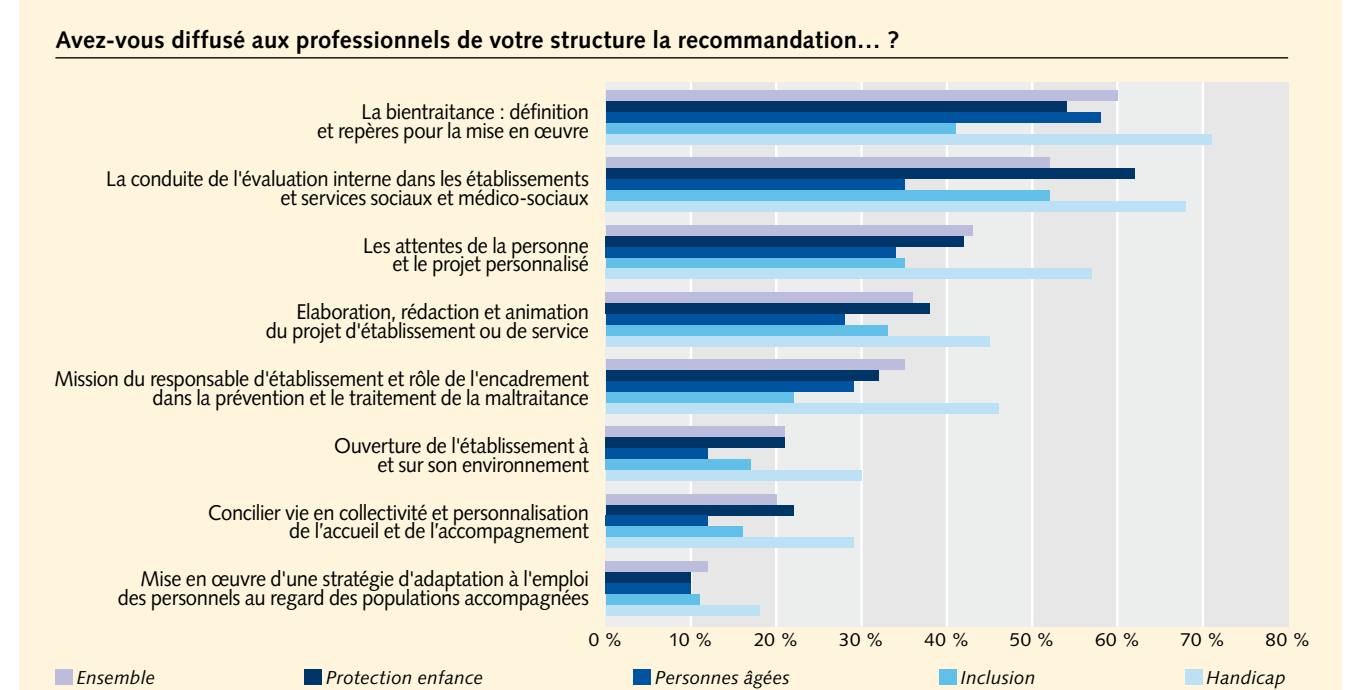
structure sur deux a travaillé en équipe la recommandation « La participation des usagers des établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie ». Plus d'une sur trois sur les recommandations « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » et « Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale » pour les établissements et services concernés.



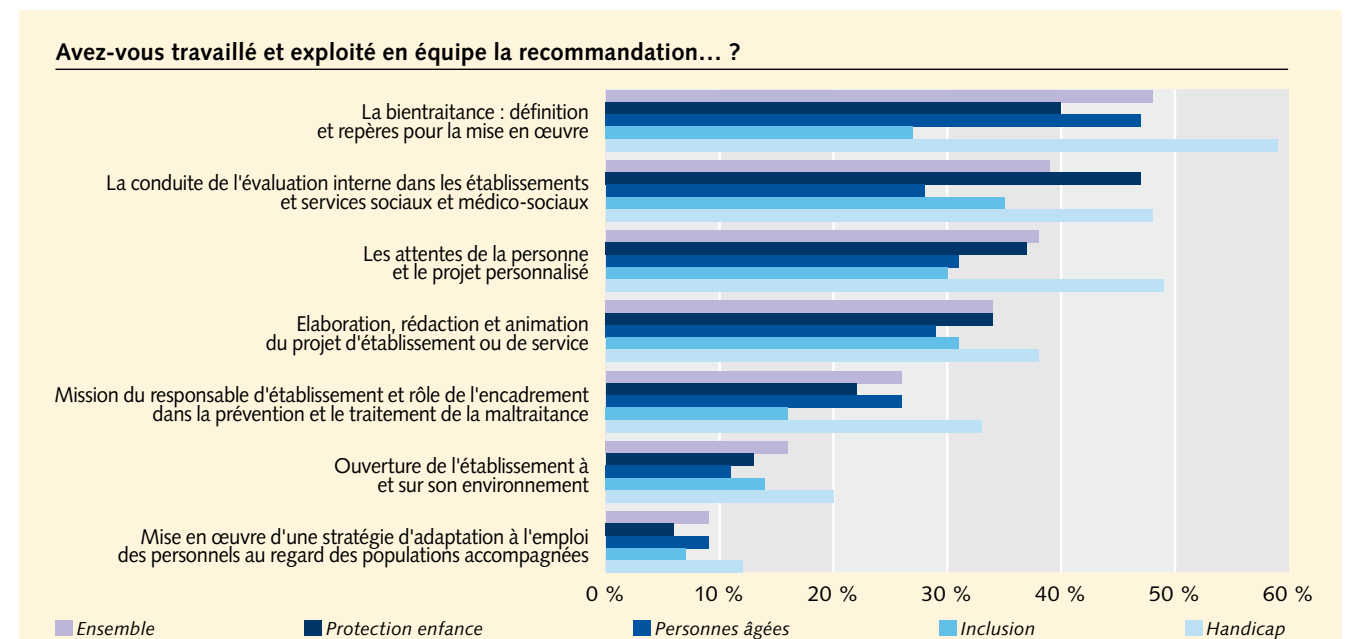
(Source Anesm – base 2990 ESSMS)

Exemple de lecture

88 % des établissements ont connaissance de la parution de « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ». Ils sont 39 % à l'avoir travaillée et exploitée en équipe.



(Source Anesm – base 2990 ESSMS)



(Source Anesm – base 2990 ESSMS)

L'ensemble des secteurs prend en compte les recommandations mais de façon différenciée, l'investissement le plus significatif étant celui du secteur Personnes handicapées qui connaît, utilise et travaille assez largement les productions de l'Anesm. A noter néanmoins : la mobilisation accrue de secteurs moins impliqués par le passé comme la protection de l'enfance et l'inclusion.

Si l'on peut considérer que l'encadrement diffuse les recommandations de façon trop limitée au sein des équipes des ESSMS, ces éléments recoupent les observations recueillies au cours des journées interrégionales de l'Anesm en 2009 et 2010 qui ont abouti à une modification de la production éditoriale dès la fin 2010.

► L'utilisation des recommandations dans la conduite de l'évaluation interne

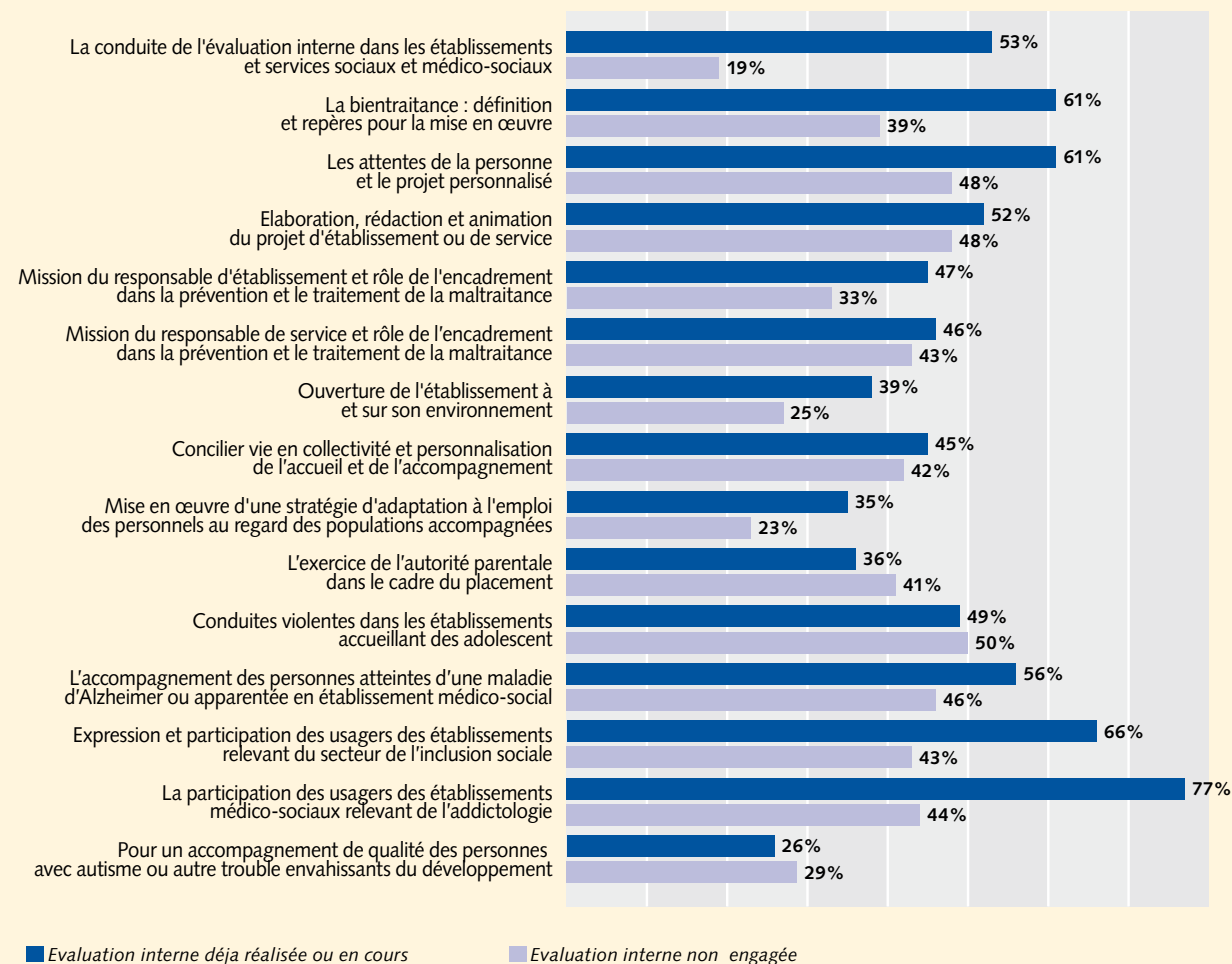
Le croisement des données en 2010 a permis de faire clairement apparaître les liens entre les recommandations, la mise en œuvre de l'évaluation interne et l'évolution des pratiques professionnelles.

La diffusion et le travail sur les recommandations sont clairement associés à un engagement dans la démarche d'évaluation interne.

Les établissements s'étant déjà engagés dans cette démarche déclarent plus souvent avoir travaillé et exploité en équipe ces documents.

Ainsi **53 % d'entre eux ont travaillé sur la recommandation « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services »**, contre 19 % des établissements non engagés dans la démarche.

Avez-vous travaillé et exploité en équipe la recommandation... ?



(Source Anesm – base 2990 ESSMS)

Exemple de lecture :

53 % des ESSMS en cours de réalisation ou ayant déjà réalisé leur évaluation interne ont travaillé en équipe la recommandation « La conduite de l'évaluation interne dans les ESSMS ». Ils sont 19 % à l'avoir fait parmi les ESSMS n'ayant pas engagé leur évaluation interne.

Plus de 73 % des ESSMS interrogés ont travaillé et exploité en équipe au moins l'une des recommandations de l'Anesm. Ils sont 42 % à l'avoir fait sur trois recommandations ou plus.

La couverture par secteur varie selon le champ concerné :

- 83 % des établissements et services du secteur personnes handicapées ;
- 75 % pour la protection de l'enfance ;
- 67 % pour les personnes âgées ;
- 64 % pour l'inclusion.

Enfin, le travail en équipe sur les recommandations est lié à l'état de l'avancement de la démarche d'évaluation interne.

En effet, la moitié des établissements qui ont réalisé une évaluation interne ont travaillé sur 6 recommandations au moins, alors que la moitié de ceux qui n'en ont travaillé aucune ne sont pas engagés dans la démarche.

► Les recommandations et l'évolution des pratiques professionnelles

Nota : l'analyse ne concerne que les structures ayant pris connaissance d'une ou plusieurs recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

- 80 % déclarent une évolution de leurs pratiques à partir des recommandations (87 % en 2009)
- 75 % indiquent également utiliser les recommandations pour conduire leur évaluation interne (86 % en 2009) ;
- 75 % indiquent que ces recommandations ont permis de faire évoluer ou de préciser leur cadre d'évaluation (87 % en 2009).

Les réponses par secteur ne s'avèrent pas vraiment différenciées :

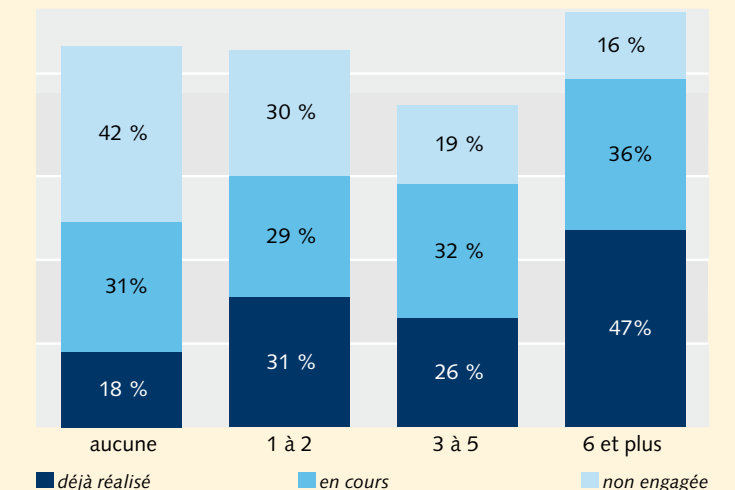
- 79 % des répondants (Personnes âgées)
- 83 % (Personnes handicapées)
- 74 % (Inclusion)
- 79 % (Protection de l'enfance)

considèrent que les pratiques évoluent à partir des recommandations.

Globalement, les résultats de cette enquête 2010 sont stables par rapport à 2009. La baisse de 7 points par rapport à 2009 concernant l'évolution des pratiques à partir des recommandations peut s'expliquer de plusieurs façons :

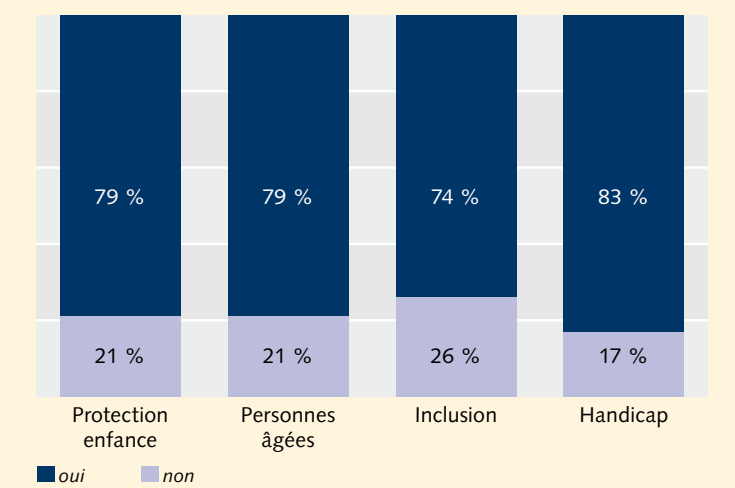
- le nombre de recommandations éditées en 2010 et les thématiques spécifiques abordées qui ont touché un nombre moins important de structures au regard du nombre global d'ESSMS concernés ;

Etat d'avancement de la démarche d'évaluation interne selon le nombre de recommandations travaillées et exploitées en équipe



(Source Anesm – base 2990 ESSMS)

% d'ESSMS qui déclarent une évolution des pratiques à partir des recommandations



(Source Anesm – base 2990 ESSMS)

- le besoin d'assimilation par les équipes avant que les recommandations ne produisent des effets sur les pratiques. Après une montée en puissance de ces dernières dont il faut rappeler la teneur totalement inédite dans le secteur social et médico-social, les ESSMS ont besoin de prendre du recul pour que les équipes puissent intégrer les différentes dimensions des préconisations de l'Anesm. Cela a d'ailleurs été souligné lors des journées

interrégionales en 2009 et 2010. Une pratique professionnelle évolue rarement en temps réel ; le temps d'appropriation puis la mesure du changement ne peuvent s'apprécier qu'avec une relative distance.

Mais dans le même temps, il faut souligner le lien très net entre l'utilisation des recommandations et l'appropriation des repères que celles-ci proposent pour la conduite de l'évaluation interne, ce qui conforte l'une des missions de l'Agence et les objectifs qu'elle s'était fixés à travers le dispositif des journées interrégionales, valorisé par la journée du 3 juin 2010. Si, en 2009, l'Anesm indiquait dans son rapport d'activité que « *les recommandations prenaient place dans le paysage social et médico-social* », leur installation s'est confirmée en 2010.

Enfin, ces résultats ont renforcé la nécessité de faciliter l'appropriation des recommandations en les rendant plus accessibles et plus pédagogiques pour les professionnels. Ainsi l'Agence a entrepris fin 2010 d'en modifier le format et la présentation en proposant un format allégé, une mise en page plus fluide, avec des documents d'accompagnement en ligne dont une synthèse, une bibliographie, un argumentaire, des revues de littérature etc.

2.4 Les événements à Paris et en régions

2.4.1 Deux journées interrégionales en 2010

Deux manifestations ont clos en 2010 le cycle des journées interrégionales initiées en 2009 par l'Anesm avec le concours financier de la CNSA : l'une organisée par l'interrégion Grand ouest a regroupé la Basse Normandie, la Bretagne et les Pays de la Loire ; l'autre, pour les Caraïbes, a concerné la Guadeloupe, la Guyane, St Martin, et la Martinique.

Pour mémoire, l'Anesm s'est engagée, dans son programme de travail pour 2009⁷, à déployer sur le territoire ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans le cadre de la démarche d'évaluation interne à laquelle doivent procéder les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette opération nationale a visé près de 5000 professionnels et avait pour objectifs :

- d'informer et sensibiliser les ESSMS aux recommandations produites par l'Agence ;

- de faciliter l'appropriation des recommandations par les ESSMS ;
- de repérer les bonnes pratiques et modalités d'appropriation innovantes ;
- de poser l'articulation des recommandations avec la démarche d'évaluation interne.

Journée interrégionale Grand ouest, 14 janvier 2010 à Rennes



Le Comité Régional du Travail Social (CRTS) de Bretagne, organisateur de cette journée, en a fait un temps de sensibilisation et d'échanges.

Les 300 professionnels, représentants des pouvoirs publics, des usagers, des étudiants en travail social ont été sollicités par vote électronique sur les grands enjeux de l'évaluation. L'occasion pour chacun d'évoquer les conditions de réussite de mise en œuvre de l'évaluation et les manières de s'approprier les recommandations de l'Anesm, et un temps fort de réflexion et d'appropriation d'une culture de l'évaluation partagée par les acteurs du travail social dans ces régions.

Journées interrégionales Caraïbes en Guadeloupe, 30 avril et en Guyane, 26 octobre 2010



La première a réuni 250 personnes autour de conférences plénières sur l'évaluation. Les interventions et les débats ont permis d'en pointer les avancées dans ces régions. L'Agence a ainsi pu mieux cerner les besoins d'accompagnement des établissements sociaux et médico-sociaux, du fait – notamment – de la distance avec la métropole, et sensibiliser les participants aux échéances du calendrier de l'évaluation externe.

En Guyane, une journée a été organisée à l'initiative de l'Agence régionale de santé qui a également regroupé quelques 200 professionnels, à laquelle a participé la responsable du service Recommandations de l'Anesm, l'Agence ayant par ailleurs apporté son soutien à l'élaboration des programmes de ces deux manifestations Caraïbes et Guyane.

Cette dynamique a incité le département de la Martinique à solliciter l'Anesm pour qu'elle participe en 2011 à la tenue d'une journée sur l'évaluation.

2.4.2 La journée nationale organisée par l'Anesm, le 3 juin 2010, à Paris

Comme prévu dans le dispositif de lancement⁸, cette manifestation nationale a conclu à Paris le cycle des 11 journées interrégionales « Les recommandations de l'Anesm, des repères pour l'évaluation organisées en 2009 en France métropolitaine et outre-mer⁹ ».



Pour poursuivre la dynamique régionale, l'Anesm s'est efforcée, à travers les réseaux des organisations mobilisées en 2009, de faire participer le plus grand nombre de professionnels de façon à ce que les régions soient massivement représentées à ces journées. Aussi les modalités d'inscription ont été organisées de façon à proposer en priorité à l'ensemble des comités

interrégionaux de transmettre eux-mêmes les invitations aux acteurs locaux.



Ce sont ainsi plus de 700 personnes – professionnels du secteur social et médico-social, représentants des services de l'Etat, des conseils généraux, des organismes de formation, des organisations professionnelles qui se sont retrouvées autour de séquences consacrées au bilan de ce cycle ainsi qu'à des témoignages de structures ayant mis en place leur démarche d'évaluation en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques¹⁰. Une table ronde réunissant des représentants des services de l'Etat (PJJ, ARS, DRJSCS), et de l'Association des départements de France a évoqué les questions relatives à la mise en œuvre et au calendrier de l'évaluation externe¹¹.

En ouvrant cette journée, madame Nora Berra, secrétaire d'Etat en charge des Aînés, a tenu à souligner « *le succès des journées interrégionales sur le déploiement des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du dispositif d'évaluation dont le pilote est l'Anesm, jeune structure dans le paysage institutionnel médico-social dont je salue l'action et la mobilisation* ». (...) L'Anesm a « *actuellement une place originale, notamment du fait de sa petite taille, dans le monde des agences sanitaires et sociales. Elle se situe entre la Haute autorité de santé, exerçant les mêmes missions dans le champ sanitaire avec toutefois un statut différent et des prérogatives de puissance publique – et l'Anap, l'Agence nationale d'appui à la performance, dont les missions sont centrées sur l'efficacité et non la qualité des prestations fournies par les établissements et services. Il importe donc de conforter sa place et son rôle* ». Madame Berra a par ailleurs « *jugé utile de rappeler que l'évaluation n'est pas un contrôle des moyens mis en œuvre mais une appréciation des résultats obtenus et des*



Nora Berra, secrétaire d'Etat en charge des Aînés

⁷ Cf. rapport d'activité de l'Anesm 2009, p.22

⁸ Cf. Rapport d'activité de l'Anesm 2009

⁹ Annexe 2, Programme 3 juin 2010

¹⁰ Annexe 3, Synthèse 3 juin 2010

¹¹ Vidéo disponible sur le site, www.anesm.sante.gouv.fr

effets produits pour améliorer la qualité de vie des personnes que nous accompagnons ». Après avoir évoqué « les recommandations importantes » déjà publiées (notamment la Bienveillance, L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, La conduite de l'évaluation interne, Le projet d'établissement ou de service), la ministre a souligné que ces recommandations étaient « véritablement au cœur du métier de l'Anesm. C'est en les élaborant qu'elle a pu prouver sa pertinence et sa légitimité(...) ». Concernant enfin les travaux de l'Anesm relatifs aux indicateurs de suivi de la qualité dans les Ehpad, Mme Berra a salué « une démarche importante qui ne résume pas à elle seule l'importance et la qualité des travaux entrepris par l'Agence à ce jour (...) ».

Agnès Jeannet, présidente du Conseil d'administration de l'Anesm, a pour sa part, évoqué « la naissance de l'Agence, relativement consensuelle sur le plan politique, qui a constitué une novation importante dans le champ des procédures de développement de la qualité. Entre la certification et l'accréditation, bien connues de différents secteurs économiques, est apparue une **nouvelle procédure : l'évaluation**. Appliquée à des établissements et des services, elle est, à ma connaissance, unique dans la sphère administrative. C'est en partie pour cela qu'elle a mis du temps à percer mais aussi parce que tout changement génère "naturellement" des résistances... Et notre secteur n'y a pas échappé ! Mais elle a enfin pris son essor et le nombre de participants aux journées interrégionales de l'Agence montre qu'aujourd'hui, la dynamique est là. » Elle a également insisté sur l'enjeu de l'évaluation, « ... aucun de ces dispositifs de gestion de la qualité [accréditation et certification] ne rend compte de la spécificité du service rendu par les ESSMS, c'est-à-dire la qualité de l'accompagnement de la personne dans la durée, la qualité dans une vision dynamique. »

► Le bilan des journées interrégionales

Les journées interrégionales ont réuni plus de 4500 participants. Un questionnaire leur a été remis : 1335 ont pu être exploités par l'Agence. Selon ce bilan, 43 % d'entre eux (en majorité des cadres et dirigeants) déclaraient connaître l'ensemble des recommandations avant les journées, la moitié reconnaissait en avoir une connaissance parcellaire, 12 % n'en connaissaient aucune.

- 66 % des participants ont déclaré avoir pu faire évoluer leur perception de la démarche d'amélioration de la qualité dont :
 - 27 % sur les enjeux de l'évaluation en particulier
 - 23 % sur le contenu des recommandations en particulier
 - 16 % sur les deux à la fois
- 77 % voulaient, à l'issue des journées, lire ou relire les recommandations
- 43 % comptaient lancer une réflexion en interne
- 48 % espéraient améliorer le dispositif d'évaluation interne

Le taux de satisfaction a été assez unanime (85 % de très satisfaits ou satisfaits) concernant les thématiques traitées, la pédagogie retenue et la qualité des prestations. Pour la moitié des participants, les journées interrégionales ont répondu totalement ou en grande partie à leurs attentes concernant à la fois les informations partagées et délivrées ; 17 % estiment sur ces deux aspects que les journées ont répondu partiellement à leurs attentes, 16 % s'estimaient partiellement satisfaits concernant le partage d'expériences.

La rencontre du 3 juin a été aussi l'occasion de mettre l'accent sur les perspectives et propositions relevées dans les régions.

Les suggestions des participants aux journées interrégionales relatives au format des productions ont concerné :

- la mise à disposition d'outils de diffusion à disposition des ESSMS (présentations, guides à la mise en œuvre...)
- des fiches de synthèse résumant les points principaux des recommandations
- une forme plus concise ou plus allégée des recommandations
- des recommandations plus illustrées et plus concrètes
- la réalisation de formations ou de conférences et de journées thématiques

On a pu ainsi mesurer combien ces espaces de débat ont été des moments forts de rencontre autour de l'évaluation et des recommandations de pratiques professionnelles et « combien l'Anesm fait désormais partie des incontournables de notre champ d'activités » (André Ducournau, président du Comité d'orientation stratégique de l'Anesm).

- **Les témoignages de structures ayant mis en place leur démarche d'évaluation** en s'appuyant sur les recommandations de bonnes

pratiques¹² ont été l'occasion d'insister sur trois étapes de la démarche d'évaluation interne : l'analyse des besoins et la prise en compte des attentes des usagers, le recueil des informations, le pilotage d'une démarche en continu.

- « **Les résultats de l'évaluation interne et externe : quels enjeux pour les autorités de tarification et de contrôle ?** » Tel était le thème



de la table ronde qui a réuni des représentants des services de l'Etat (PJJ, ARS, DRJSCS), et de l'Association des départements de France : Sabine Fourcade, adjointe au directeur de la Cohésion sociale, Philippe Bas, vice-président du conseil général de la Manche en charge des Solidarités, Joël Magda, directeur régional de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Basse-Normandie, Marc Bourquin, responsable du pôle médico-social à l'ARS Ile-de-France, Jean-Pierre Hardy, chef du service Politiques sociales à l'Assemblée des départements de France, Hubert Allier, directeur général de l'Uniopss. Les conséquences du dispositif d'évaluation sont particulièrement importantes au regard d'une part des rapports d'évaluation interne que doivent transmettre les établissements et services médico-sociaux et sociaux aux services de l'Etat et des départements et d'autre part, au regard des 24 500 rapports d'évaluation externe qui leur seront transmis par les organismes habilités par l'Anesm dans les quatre prochaines années (lire plus loin la mise en œuvre du contrôle des organismes habilités).

► Le bilan de la journée nationale du 3 juin 2010

Un peu plus de 20 % des participants (sur 750) ont répondu au questionnaire de satisfaction relatif à la journée du 3 juin 2010. La majorité était des professionnels d'ESSMS du secteur handicap et personnes âgées (dont 17 % en situation de direction) et un tiers était venu en tant que consultants au titre de l'évaluation externe.

Les deux tiers des répondants se sont montrés satisfaits. Globalement, le bilan des journées rapporté par quatre représentants des comités d'organisation interrégionaux a convaincu près de trois intervenants sur cinq tandis que les informations concernant les enjeux et le calendrier de l'évaluation ont représenté pour une majorité de répondants l'apport essentiel de la journée, alors que les témoignages n'ont satisfait que 47 % de l'auditoire. Outre les recommandations de bonnes pratiques, un certain nombre de participants ont suggéré que l'Anesm puissent renforcer son message auprès des autorités de contrôle et de tarification et développer la communication sur l'évaluation interne et externe.

2.4.3 Les interventions de l'Anesm en régions

L'Anesm a fait l'objet de plus d'une centaine de sollicitations en 2010 pour effectuer des interventions à l'occasion de manifestations diverses : congrès, journées d'études, colloques, séminaires etc. Celle-ci, compte tenu de ses effectifs, n'a pu répondre à l'ensemble des demandes. La vingtaine d'interventions des collaborateurs de l'Agence a essentiellement concerné la présentation du dispositif d'évaluation, de recommandations précises (sur la maltraitance en établissement par exemple) ou sur des thématiques de recommandations (la bientraitance, l'éthique...) à la demande de fédérations, organisations professionnelles, associations, administrations... En 2010, il faut noter que les Agences régionales de santé ont également sollicité l'Anesm avant même la journée du 2 décembre 2010.

Ainsi l'Anesm s'est rendue notamment en Limousin, en Bourgogne, a rencontré les représentants des ARS d'Auvergne, d'Ile-de-France, d'Aquitaine, de Rhône-Alpes. Ses interventions ont également donné lieu à un déplacement organisé par l'ARS de Guyane. Les thèmes abordés recouvrent essentiellement les modalités de traitement de l'évaluation externe et la collaboration entre l'Agence et les ARS au regard des exigences du calendrier et du renouvellement des autorisations.

Ces rencontres ont trouvé aussi leur traduction dans la journée organisée à destination des ARS le 2 décembre à Paris (lire plus haut), l'Agence intervenant ainsi clairement en appui aux ARS, objectif sur lequel elle se concentrera en 2011. Des déplacements sont prévus en Martinique, Franche-Comté, en Limousin, en Champagne-Ardenne, en Picardie...



Sabine Fourcade, adjointe au directeur, DGCS



Philippe Bas, vice-président du CG de la Manche



Hubert Allier, DG Uniopss



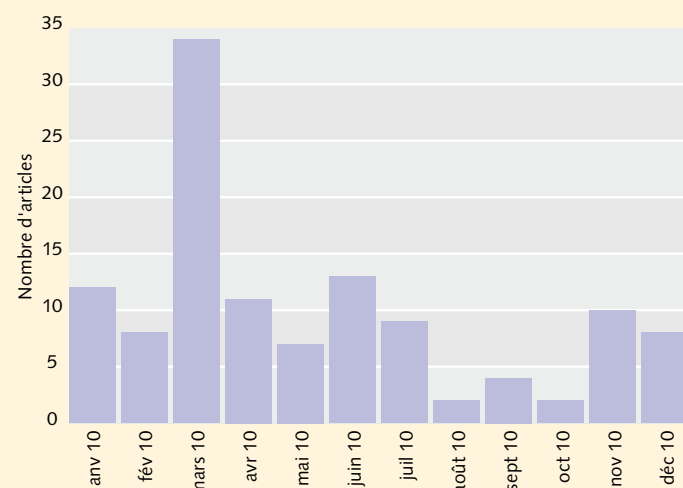
Agnès Jeannet, présidente du CA de l'Anesm



André Ducournau, président du Cos

¹² Annexe 3, Synthèse 3 juin 2010

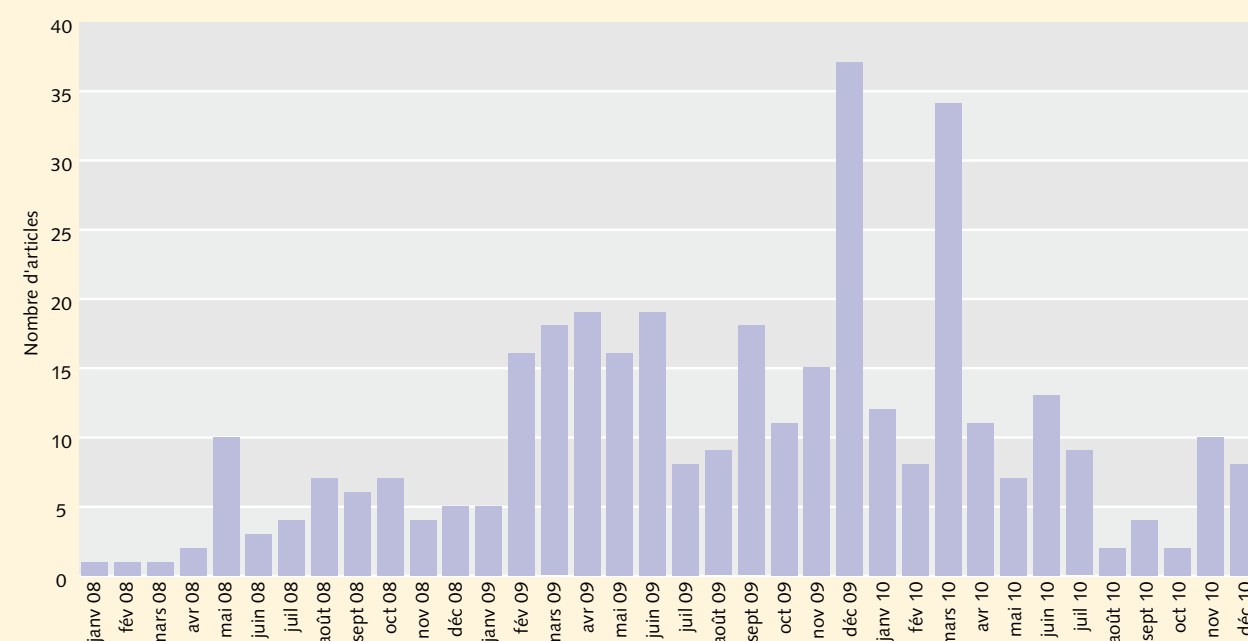
L'Anesm dans la presse en 2010



2.5 L'Anesm dans la presse

Les pics d'audience dans la presse professionnelle correspondent très largement à la mise en ligne des recommandations : janvier (autisme), mars (autorité parentale), novembre (éthique) notamment. On constate également un intérêt soutenu de la presse lors de la publication des listes d'organismes habilités, en juin à l'occasion de la journée nationale et régulièrement au cours de l'année autour des questions liées à l'évaluation externe (cf. liste des articles répertoriées en annexe).

L'Anesm dans la presse de 2008 à 2010



3

Les deux tiers des ESSMS engagés dans l'évaluation interne

3.1 Evaluation interne : les résultats de l'enquête nationale 2010

L'Agence a réalisé en 2010 sa troisième enquête nationale relative à la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles (annexe 4).

Réalisée en partenariat avec la direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), cette enquête a pour objectif de suivre l'évolution de l'avancement de la démarche d'évaluation interne.

L'enquête nationale réalisée en 2008 avait pour objectif principal de dresser un état des lieux de l'avancement de la démarche et d'en identifier les caractéristiques principales. En 2009, il s'est agi de poursuivre l'observation, d'approfondir l'analyse, enfin de suivre la diffusion des recommandations publiées par l'Agence et leur utilisation dans le cadre de la démarche d'évaluation.

► L'avancement de la démarche d'évaluation interne

Au 21 octobre 2010, plus des deux tiers des ESSMS étaient rentrés dans la démarche d'évaluation interne. En l'espace de deux ans, le nombre des établissements ayant terminé un premier cycle d'évaluation interne a presque doublé (38 % en 2010 contre 21 % en 2008).

Néanmoins, la fréquence d'entrée dans la démarche s'est ralentie.

Celle-ci varie en 2010 selon le secteur d'activité :

- **Handicap** : 82 % des structures (contre 72 % en 2008 et 80 % en 2009).
- **Inclusion** : 63 % des structures (contre 50 % en 2008 et 57 % en 2009) soit une progression de plus de 13 points en deux ans ; 21 % ont réalisé au moins une évaluation interne (contre 11 % en 2008 et 19 % en 2009).
- **Protection de l'enfance** : 73 % contre 55 % en 2008 et 65 % en 2009, soit une progression de plus de 18 points en deux ans ; 36 % ont réalisé au moins une évaluation interne (contre 11 % en 2008 et 24 % en 2009).
- **Personnes âgées** : le résultat global montre une stabilisation de l'entrée dans la démarche, et

Présentation de l'échantillon

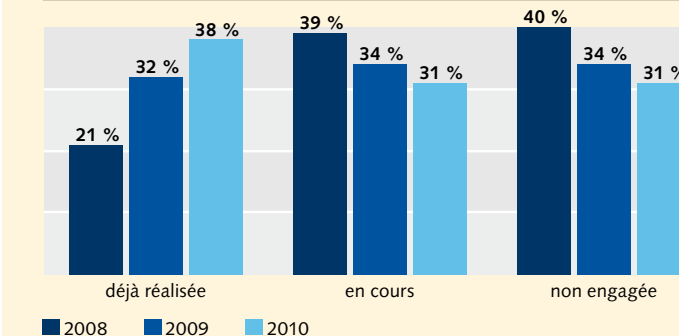
L'enquête 2010 a été réalisée sur un échantillon représentatif de 3 000 ESSMS de France métropolitaine, constitué de 27 strates construites selon la méthode des quotas et obtenu par une extraction de la base de données Finess (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux de la Drees).

La stratification de cet échantillon¹³ a été effectuée selon la méthodologie retenue en 2008 et 2009, soit une répartition selon les 4 grands secteurs du champ social et médico-social.

Comme en 2008 et 2009, les établissements et services contactés ont manifesté un intérêt certain pour cette enquête : le taux de refus s'est limité à 8 %.

La collecte des données a finalement concerné 3 010 structures, pour 2 990 exploitables.

Dans votre établissement/service, l'évaluation interne est...



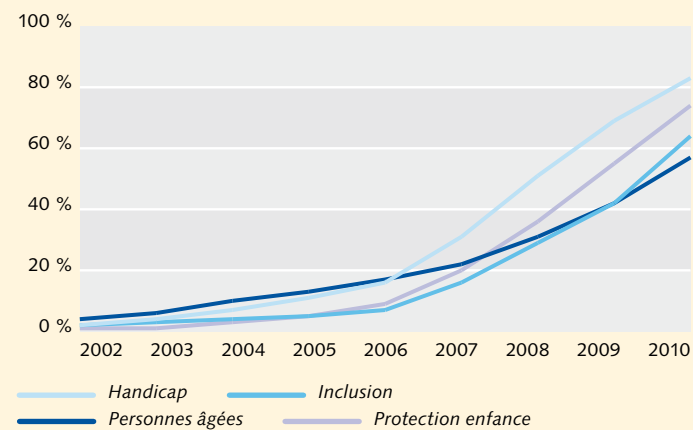
(Source Anesm – base 2990 ESSMS)

¹³ Les établissements et services enquêtés sont sélectionnés chaque année de manière aléatoire. Ce n'est donc pas le même échantillon qui est réinterrogé. Il est cependant probable que certains ESSMS enquêtés en 2008 ou 2009 aient de nouveau participé à l'enquête 2010.

Une entrée progressive

Tous secteurs confondus, les ESSMS depuis 2007 sont entrés rapidement dans la démarche.

Progression de l'entrée dans la démarche d'évaluation selon le secteur d'activité



(Source Anesm – base 2990 ESSMS)

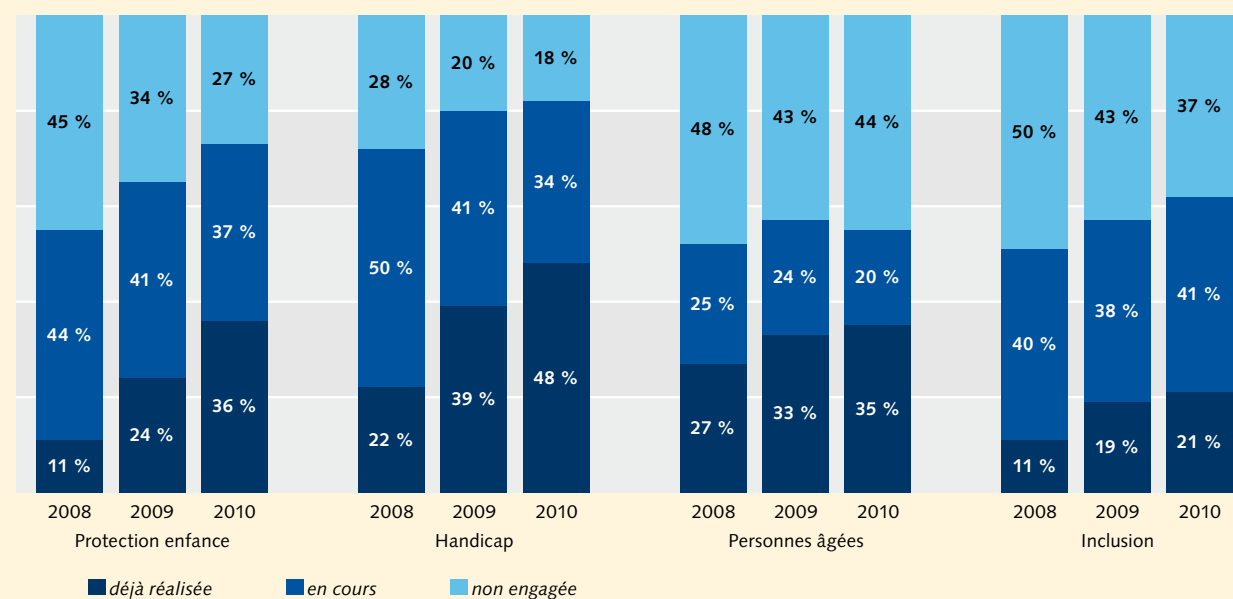
Avant la création de l'Agence, les secteurs Personnes handicapées et Personnes âgées étaient déjà pionniers, le second ayant en effet progressé en raison notamment de l'obligation résultant des conventions tripartites.

En 2010, le secteur Personnes handicapées garde son avance avec plus de 80 % des établissements engagés contre 57 % des structures pour personnes âgées. L'évaluation externe permettra d'examiner plus précisément les conditions de mise en oeuvre de l'évaluation interne.

Exemple de lecture

en 2006, environ 16 % des structures du secteur personnes handicapées et âgées étaient engagées dans l'évaluation interne. En 2010, elles sont 82 % dans le secteur personnes handicapées, contre 57 % dans le secteur personnes âgées.

Dans votre établissement/service, l'évaluation interne est...



(Source Anesm – base 2990 ESSMS)

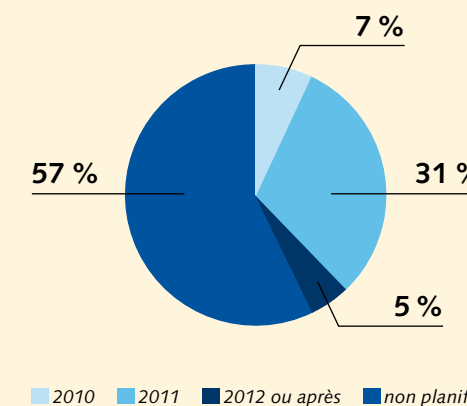
Facteurs influençant l'entrée dans la démarche

Deux facteurs principaux jouent un rôle pour que les ESSMS rentrent dans la démarche. Comme en 2008 et 2009, celle-ci semble plus difficile à engager en dessous d'un seuil de 20 ETP.

Par ailleurs, l'adhésion à une fédération, un réseau d'associations ou à un réseau professionnel est aussi un facteur positif. Ainsi 72 % des répondants qui sont adhérents l'ont initiée (contre 54 % des non adhérents) et 41 % ont déjà réalisé un cycle d'évaluation (contre 26 % des non adhérents).

La planification de l'évaluation interne

A quelle date pensez-vous débiter l'évaluation interne ?



(Source Anesm – base 934 ESSMS)

Parmi les 934 Essms n'ayant pas initié de démarche, près de la moitié (43 %) l'ont néanmoins planifiée :

- 7 % la planifient pour 2010 ;
- 31 % pour 2011 ;
- 5 % pour 2012.

Les structures n'ayant pas engagé d'évaluation interne citent comme principale raison le manque de temps (64 % contre 65 % en 2009). Viennent ensuite, dans les mêmes proportions qu'en 2009, « l'actualité » de l'établissement ou du service puis « les difficultés techniques ou méthodologiques ». Le coût « trop élevé » est invoqué par 31 % des répondants en 2010 contre 26 % en 2009.

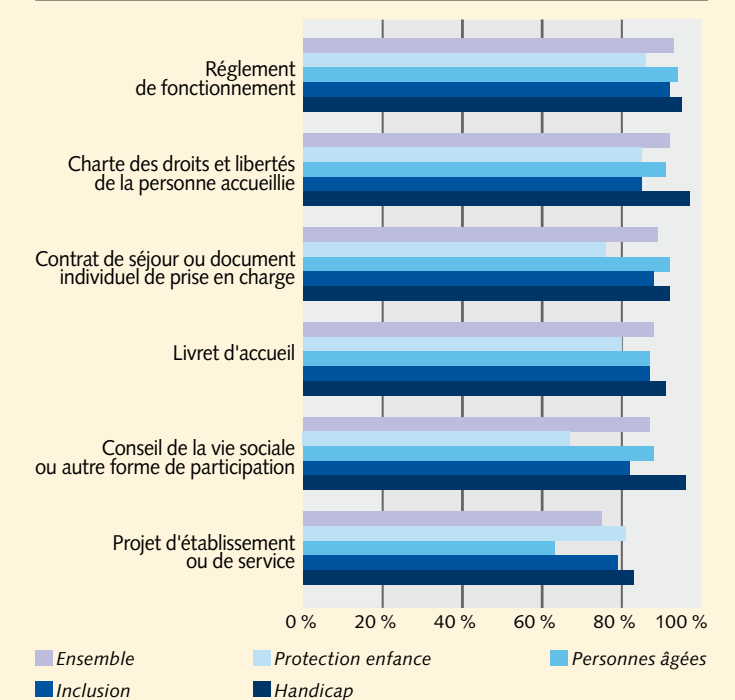
Les outils de la loi du 2 janvier 2002

Les établissements ont été interrogés sur la mise en place des outils prévus par la loi du 2 janvier 2002. Parmi ceux-ci, le règlement de fonctionnement est l'outil le plus souvent disponible (93 %), suivi de la charte des droits et libertés de la personne accueillie (92 %), et du contrat de séjour (89 %).

Si globalement, les résultats sont très proches de ceux obtenus en 2008, ils diffèrent sensiblement selon les secteurs d'activité :

- le secteur du handicap a largement progressé ;
- la protection de l'enfance a mis l'accent sur le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement et la Charte des droits et libertés ;
- le secteur Personnes âgées a globalement mis en place les outils prévus dans le cadre de la loi, à l'exception du projet d'établissement ou de service cité par 63 % des structures seulement.

Avez-vous mis en place les outils suivants... ?



(Source Anesm – base 2990 ESSMS)

Les données sur la mise en place du CVS ont été calculées sans tenir compte des services à domicile, des CAMSP, et des AEMO.

► La conduite de l'évaluation interne : les données recueillies

Les résultats indiqués ci-après ne concernent que les établissements et services ayant mené ou menant une évaluation interne (soit 2 056 ESSMS).

L'enquête 2010 a eu notamment pour objectif d'apporter des informations sur la façon dont les ESSMS recueillent les données et les utilisent dans le déploiement de l'évaluation interne.

La méthodologie retenue

A. Les objectifs de l'évaluation interne

Pour les structures interrogées, l'évaluation interne a pour but d'apprécier principalement :

- l'adéquation entre besoins et attentes des usagers et les activités déployées (94 %) ;
- la personnalisation de l'accompagnement (93 %) ;
- l'effectivité des droits des usagers (93 %) ;
- les effets de l'accompagnement constatés pour les usagers (88 %).

Les résultats étaient similaires en 2009.

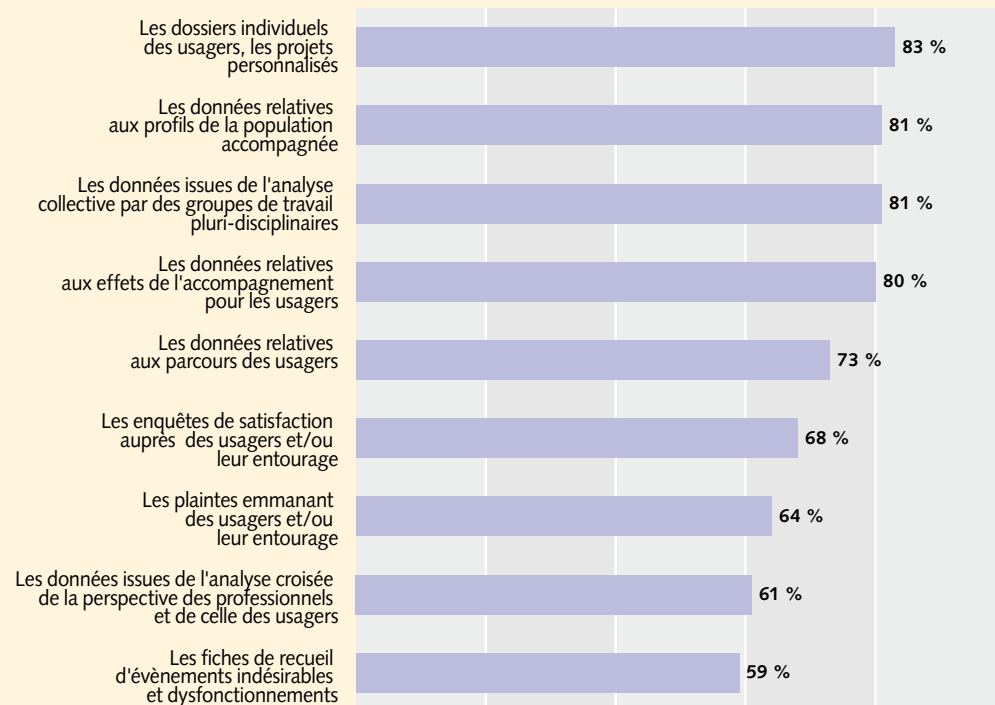
B. Le recueil des informations

Les documents et données relatifs aux usagers sont assez largement exploités. Les données mobilisées concernent en premier lieu :

- les dossiers individuels dont les projets personnalisés (83 %) ;
- les données relatives au profil de la population accompagnée (81 %) ;
- les données issues de l'analyse collective par des groupes de travail pluri-professionnels (81 %) ;
- les données relatives aux effets de l'accompagnement (80 %).

L'analyse par secteur des données utilisées pour réaliser l'évaluation interne révèle là encore des différences. Ainsi les enquêtes de satisfaction (86%), les plaintes émanant des usagers et/ou de leur entourage (85%), ainsi que les fiches de recueils des événements indésirables (71%) sont davantage utilisées dans le secteur des personnes âgées.

Pour réaliser votre évaluation interne, quelles données qualitatives et quantitatives ont été analysées ?



(Source Anesm – base 2056 ESSMS)

C. L'évaluation interne favorise la mise en place d'un système de remontées de données

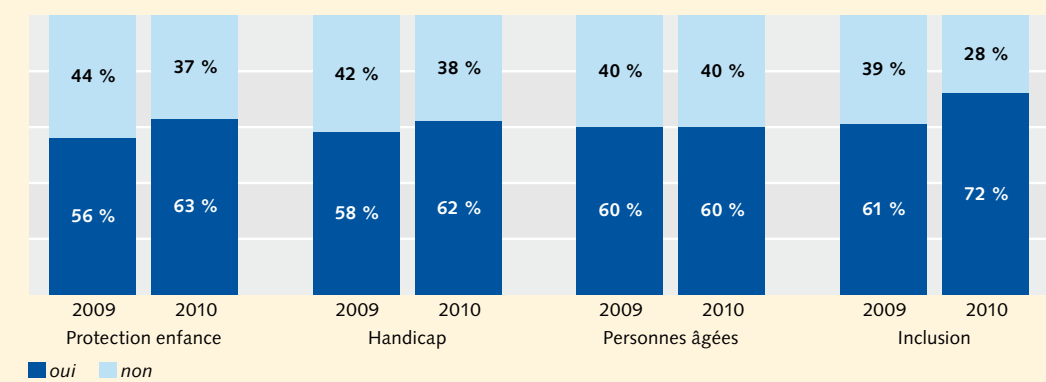
63 % des structures mettent en place un système de remontées de données afin de disposer d'informations régulièrement actualisées utiles au pilotage des activités.

Le quart d'entre elles est en train de le faire tandis que dans 13 % des structures, aucun dispositif n'est pérennisé.

Pour 21 % d'entre elles, l'évaluation interne a été l'occasion de le mettre en place.

Des chiffres très proches de 2009, qui ne présentent pas d'évolution sensible en 2010 sauf là encore, dans deux secteurs : la protection de l'enfance qui gagne 6 points par rapport à 2009 et celui de l'inclusion qui augmente de 11 points.

Avez-vous mis en place un système de remontée de données afin de disposer régulièrement d'informations actualisées utiles au pilotage des activités ?



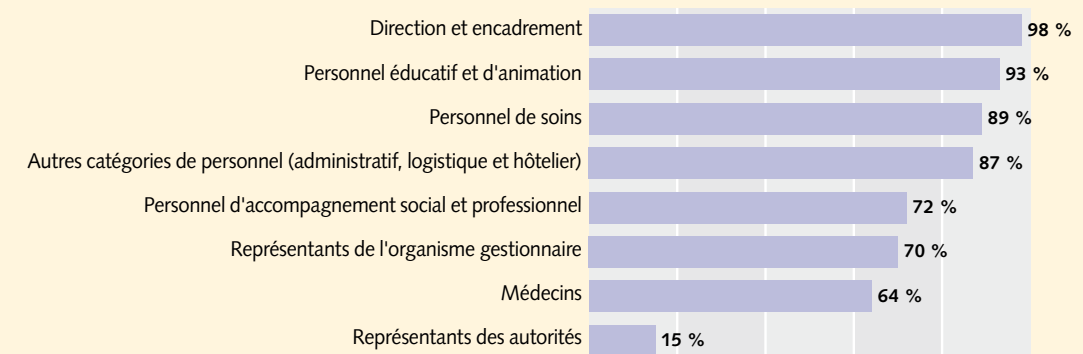
(Source Anesm – base 2056 ESSMS)

La mobilisation des acteurs

A. Les professionnels

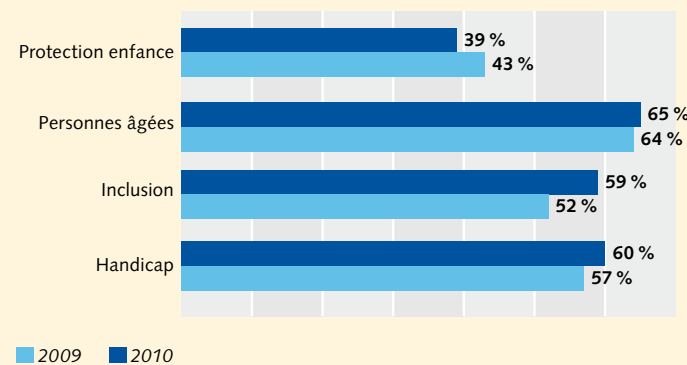
Comme dans les enquêtes précédentes, la démarche est comprise comme étant participative et mobilise toutes les catégories professionnelles, quel que soit le secteur d'activité.

Parmi les professionnels et les partenaires de votre structure, qui a été impliqué dans la démarche d'évaluation interne ?



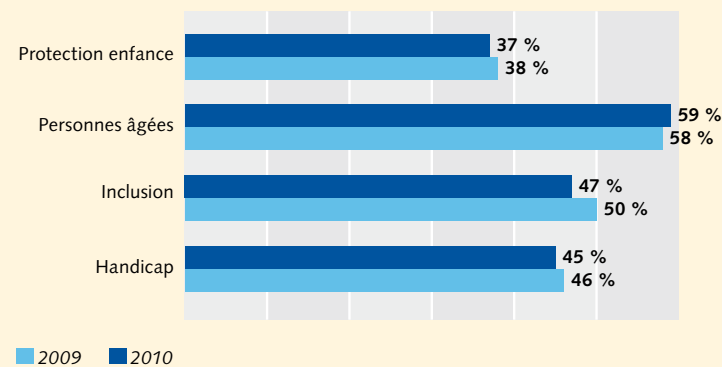
(Source Anesm – base 2056 ESSMS)

Les usagers et/ou leur entourage ont-ils été associés lors de l'évaluation interne ?



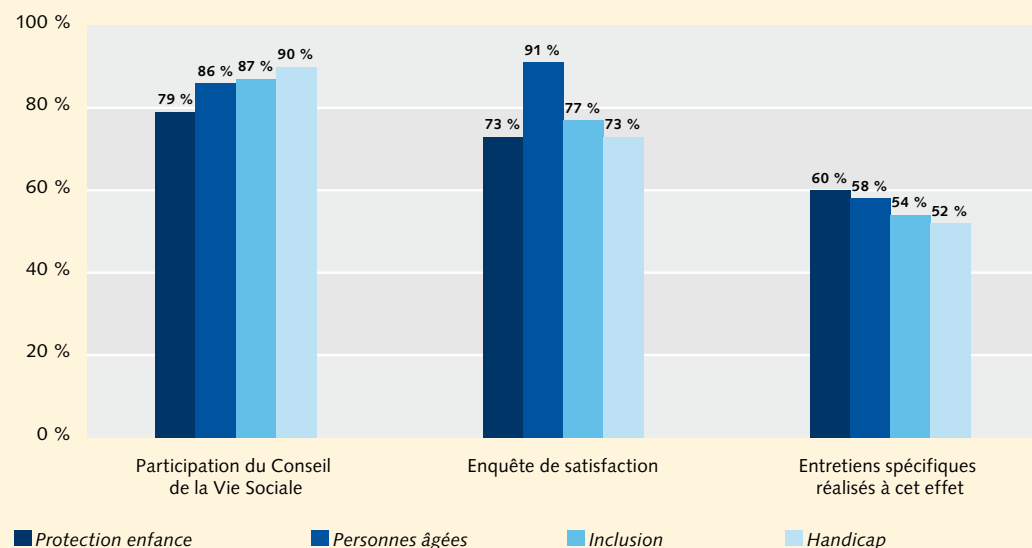
(Source Anesm – base 2990 ESSMS)

L'avis des usagers a-t-il été recueilli directement ?



(Source Anesm – base 2056 ESSMS)

Selon quelles modalités a été recueilli l'avis des usagers ?



(Source Anesm – base 1019 ESSMS)

B. Les usagers

La participation des usagers concerne aujourd'hui près d'une structure sur trois. Elle est globalement stable par rapport à 2009. 59 % associent les usagers et/ou leur entourage à l'évaluation interne.

Des différences apparaissent néanmoins selon les secteurs. L'inclusion et les personnes handicapées progressent sur cette dimension largement promue par l'Anesm.

La moitié des structures recueille directement l'avis des usagers, les établissements et services pour personnes âgées le font assez largement (59 %). Une information à rapprocher de l'utilisation qui est faite dans ce secteur d'outils tels que les enquêtes de satisfaction.

Lorsque les usagers et/ou leur entourage sont associés lors de l'évaluation interne, leur avis a le plus souvent été recueilli directement (86 %).

Les modalités du recueil de l'avis des usagers sont par ordre d'importance :

- le conseil de la vie sociale (86 %) ;
- l'enquête de satisfaction (80 %) ;
- les entretiens spécifiques (55 %).

Les enquêtes de satisfaction sont très souvent utilisées dans le secteur personnes âgées : 91 % contre 74 % en moyenne dans les autres secteurs.

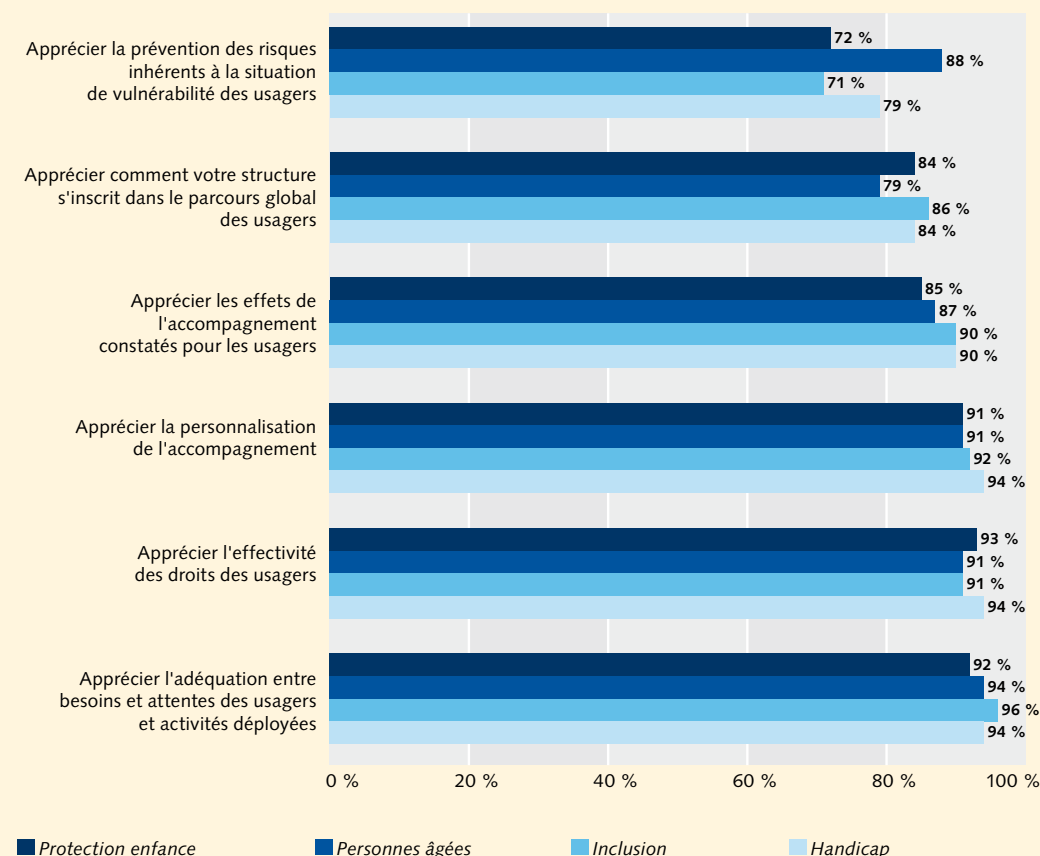
► L'évaluation des effets de l'accompagnement

Les principaux objectifs de l'évaluation interne cités par les ESSMS sont les suivants :

- l'adéquation entre besoins et attentes des usagers et activités déployées (94 %) ;
- l'effectivité des droits des usagers (93 %) ;
- la personnalisation de l'accompagnement (93 %).

Bien que les différences entre différents secteurs soient peu marquées, on note que le secteur personnes âgées privilégie l'appréciation de la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers (88 % contre 76 % en moyenne pour les autres secteurs).

Quels sont les principaux objectifs de l'évaluation interne ?



(Source Anesm – base 2056 ESSMS)

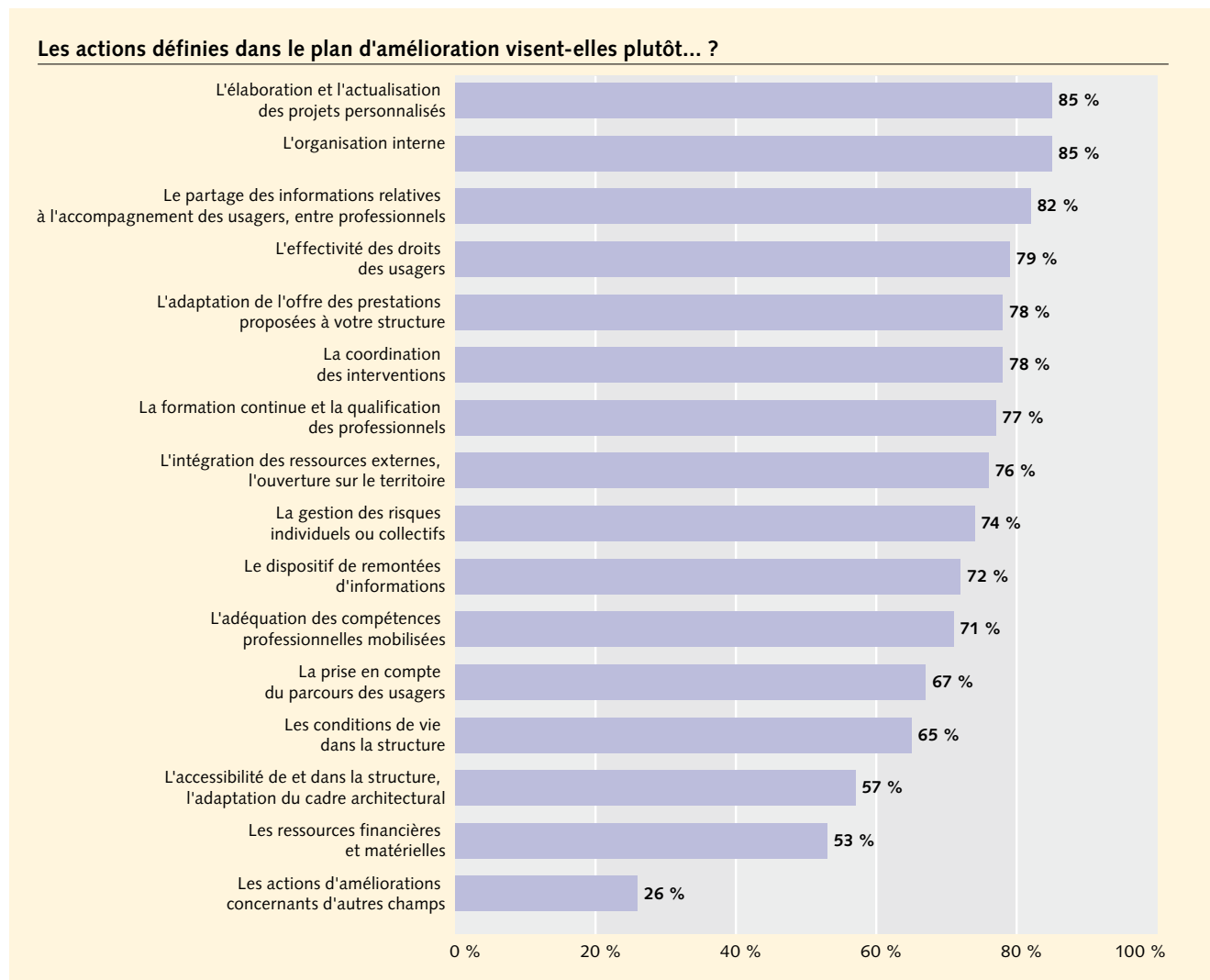
► Les suites données à l'évaluation interne

A. Le plan d'amélioration

Pour 85 % des répondants, le plan d'amélioration vise principalement **l'élaboration et l'actualisation des projets personnalisés et l'organisation interne**.

Les autres axes d'amélioration sont, par ordre décroissant :

- le partage des informations relatives à l'accompagnement des usagers (82 %) ;
- l'effectivité du droit des usagers (79 %) ;
- l'adaptation de l'offre des prestations proposées à votre structure et la coordination des interventions (78 %).

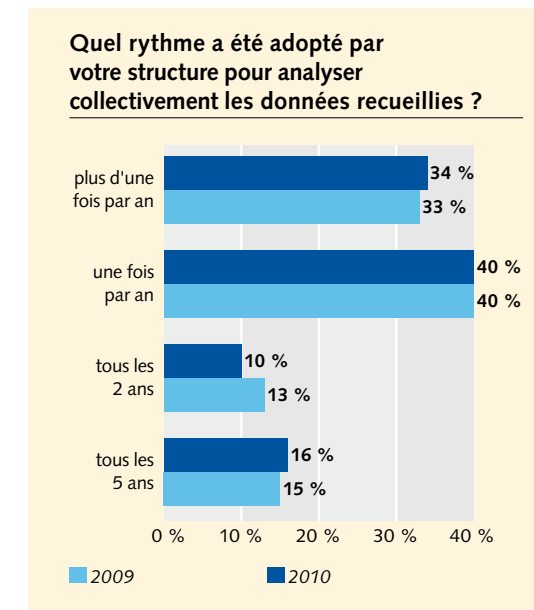


(Source Anesm – base 1141 ESSMS)

En 2009, la formation continue des personnels arrivait en deuxième position dans les citations des répondants, place occupée cette année par l'organisation interne, ce qui correspond sans doute à l'actualité du secteur et aux changements intervenant dans le paysage social et médico-social.

A souligner également : la prise en compte de l'effectivité des droits des usagers qui arrive désormais en quatrième position (huitième en 2009), un signe encourageant pour que s'améliore dans le secteur la qualité des activités et des prestations délivrées par les ESSMS.

B. 40 % des structures réévaluent les données principales



(Source Anesm – base 1141 ESSMS)

Les trois quarts des répondants ayant réalisé au moins un cycle complet d'évaluation (38 % de l'échantillon) procèdent à la réévaluation des principales données évaluatives au moins une fois par an, suivant ainsi la recommandation sur la conduite de l'évaluation interne publiée par l'Anesm.

Près d'un quart de ces établissements et services dispose en conséquence d'une marge de progression sur cette dimension fondamentale de l'évaluation.

3.2 Bientraitance en Ehpad : une offre d'accompagnement consolidée

Depuis l'opération « Bientraitance des personnes âgées » lancée en octobre 2008 par le secrétariat d'Etat à la Solidarité, les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) doivent s'inscrire dans une démarche d'auto-évaluation de leurs pratiques de bientraitance. Pour en faciliter la mise en œuvre, l'Anesm a élaboré un questionnaire d'auto-évaluation qui a été adressé courant 2009 à l'ensemble des établissements concernés par les anciennes Ddass. La majorité des structures ont renseigné ce questionnaire dont le bilan a été réalisé par l'Anesm.

Les principaux résultats pour 2009 ont été rendus publics en mars 2010.

Cette opération a été reconduite en 2010. Le questionnaire a été révisé pour améliorer la lisibilité de certains items. Les Ehpad ont dû le remplir en ligne via un portail internet selon les modalités transmises par chaque ARS. Pour les accompagner dans l'utilisation de cet outil, un guide de remplissage a été mis en ligne sur le site de l'Anesm.

Synthèse des principaux résultats du questionnaire 2009

La bientraitance est un objectif d'action des professionnels, souvent abordé sous l'angle de la posture individuelle dans une relation bilatérale avec l'utilisateur. Le questionnaire a complété cette approche en recherchant les corrélations avec le degré de déploiement des pratiques collectives au sein des établissements et en intégrant la perception de la bientraitance propre au président du conseil de vie sociale en Ehpad.

Il a ainsi eu pour objectif de permettre un diagnostic de la mise en œuvre des pratiques professionnelles concourant à la qualité de vie des personnes âgées. Conçu sur la base des recommandations émises par l'Anesm, il aborde les étapes clés de la vie de la personne en Ehpad en questionnant l'établissement sur le degré de mise en œuvre de chaque catégorie de pratiques.

Le diagnostic posé par les équipes professionnelles, le directeur, et le médecin coordonnateur a été confronté à la perception globale du président du conseil de vie sociale concernant la qualité de vie dans l'établissement.

Renseigné par plus de 76 % des établissements, ce questionnaire constitue un outil de dialogue et de transparence. Les établissements peuvent eux-mêmes se situer et identifier leurs marges de progression, grâce à la synthèse nationale diffusée par l'Agence. Les résultats obtenus permettent aux autorités de définir des axes de travail nationaux et régionaux et d'engager des mesures d'accompagnement des établissements.

Les points forts

Au-delà des aspects structurels des établissements, les résultats du questionnaire 2009 permettent de relever une série de points forts partagés par une grande majorité d'établissements, qui témoignent d'une consolidation de l'offre d'accompagnement en Ehpad.

Toutefois, ceux-ci renvoient, pour la plupart, à certaines conditions nécessaires au développement d'une offre de soins adéquate et de façon moins systématique à l'accompagnement du résident. On constate en effet que :

- dans 82 % des Ehpad, l'évaluation initiale des résidents comprend une évaluation systématique des besoins de soins. L'état de santé et les capacités de la personne constituent la première origine de réévaluation du projet individualisé;
- 96 % des établissements déclarent avoir développé des partenariats permettant d'assurer une continuité des soins et la mise à disposition des compétences nécessaires au bien-être des résidents;
- la continuité des soins est assurée dans 97 % des Ehpad de jour, les week-ends et en période de congé, avec une légère inflexion pendant la nuit (90 % des répondants);
- l'offre d'unités dédiées aux résidents atteints de maladie d'Alzheimer et apparentées progresse : 1 Ehpad sur 3 propose ce type d'accompagnement;
- globalement 4 Ehpad sur 5 disposent aujourd'hui de protocoles ou procédures concernant les risques majeurs identifiés au sein de la population accueillie, la gestion des événements indésirables et le recours à la contention;
- 2 Ehpad sur 3 estiment que la formalisation et la transmission des informations sont effectives au quotidien;
- 3 sur 4 déclarent systématiquement recueillir les plaintes et suggestions de leurs résidents et de leur entourage.

Les axes d'amélioration

Le questionnaire 2009 permet d'identifier deux axes majeurs d'amélioration pour développer des pratiques de bientraitance.

A. Le processus d'admission et l'élaboration du projet personnalisé

Il doit permettre une véritable individualisation de l'accompagnement alors que :

- 2 Ehpad sur 3 procèdent de manière systématique à une évaluation des risques et des fragilités de chaque résident accueilli;
- 6 Ehpad sur 10 recueillent systématiquement les habitudes et centres d'intérêt de la personne accueillie, et près de 4 sur 10 incluent systématiquement les attentes de la personne

et celles de l'entourage dans l'élaboration du projet. Enfin 7 % des projets incluent les conditions nécessaires pour que chaque résident puisse réaliser au quotidien une activité individuelle privilégiée;

- dans la majorité des cas, le projet personnalisé est moins souvent réévalué en raison de modifications de l'humeur ou du comportement du résident, voire à sa demande ou celle de son entourage, qu'en raison de son état de santé ou de ses capacités. Il est en outre systématiquement et régulièrement actualisé dans 1 Ehpad sur 3;
- 14 % des établissements évaluent systématiquement son impact et son appréciation par la personne accueillie.

B. Le développement des pratiques d'évaluation en continu

Seul un peu plus d'un Ehpad sur 3 (37,5 % des répondants) procède systématiquement à l'analyse en équipe des informations recueillies auprès des résidents (plaintes, avis du CVS). Et moins de 2 sur 10 déclarent évaluer, sur le plus long terme, l'impact de l'expression collective des résidents.

Le questionnaire permet également de dégager des éléments déterminants en termes de qualité de vie qui nécessitent cependant d'être modulés en fonction du profil de la population accueillie au sein de chaque Ehpad. Il s'agit notamment de l'absence :

- d'évaluation systématique des risques et fragilités individuels, qui conditionne la mise en œuvre d'une stratégie individuelle de prévention intégrée au projet;
- de protocole ou de procédure concernant la gestion des faits de maltraitance : 4 Ehpad sur 10 n'en disposent pas;
- d'accompagnement systématique des nouveaux personnels lors de leur prise de poste;
- de formation à la maladie d'Alzheimer pour une majorité du personnel;
- de formation à la bientraitance pour l'ensemble du personnel.

Développer la bientraitance : quelques facteurs-clés

L'analyse permet de dégager des pratiques qui conditionnent le déploiement d'autres pratiques de bientraitance. Ainsi :

- l'absence d'évaluation initiale et individuelle systématique des risques et fragilités freine le développement de la prévention mais a également une incidence sur la liberté d'aller et venir des résidents au sein de l'établissement. En effet, les établissements qui procèdent à cette évaluation leur offrent une plus grande liberté de circuler, indépendamment du nombre de ceux qui sont déclarés atteints de maladie d'Alzheimer et apparentées.
- disposer d'unités dédiées fait apparaître un degré de déploiement de bonnes pratiques plus important, en particulier dans l'élaboration du projet personnalisé, pour l'ensemble des résidents. C'est le cas en ce qui concerne notamment le recueil des risques et fragilités, des habitudes et centres d'intérêt, de l'évaluation de leur état, de leurs besoins et attentes dès l'accueil, ainsi qu'en ce qui concerne l'élaboration de projets incluant une adaptation de l'environnement aux besoins de chaque résident.
- l'avis du président de CVS est corrélé de manière significative à la mise en œuvre de pratiques ayant un impact décisif sur l'amélioration de la qualité de vie des résidents.

Les plus importantes ont trait :

- à la possibilité de mettre en œuvre une activité privilégiée au quotidien,
- au développement d'un projet personnalisé incluant une adaptation individualisée de l'environnement et à sa réévaluation régulière et systématique.

L'avis du président du CVS concernant le respect des personnes et l'expression de leur volonté est également fortement corrélé au fait que l'établissement possède un protocole relatif à la gestion des faits de maltraitance et que les nouveaux membres du personnel sont accompagnés lors de leur prise de poste.

L'impact des formations

Dans les Ehpad qui ont fait bénéficier la quasi-totalité de leur personnel d'une formation sur la bientraitance ou la prévention de la maltraitance, on remarque que :

- l'accord du résident à l'entrée ou son accompagnement en cas d'absence d'accord explicite sont plus systématiques;
- des projets personnalisés incluent systématiquement le recueil des besoins de soins,

des risques et fragilités, des attentes de la personne et de son entourage;

- un temps d'observation est mis à profit;
- le projet est co-élaboré avec le résident.

Par ailleurs, une proportion plus importante de résidents peut circuler à l'intérieur de ces Ehpad, ceci indépendamment de la proportion de ceux qui sont déclarés atteints de maladie d'Alzheimer et apparentées. Ces établissements disposent aussi plus fréquemment d'un protocole de gestion des faits de maltraitance.

Dans les Ehpad qui ont fait bénéficier une majorité de leur personnel d'une formation à la maladie d'Alzheimer, les projets personnalisés sont réévalués plus régulièrement et les troubles de l'humeur et du comportement sont explorés en équipe pluridisciplinaire de manière plus systématique.

Ces éléments ont été présentés par l'Agence lors d'une réunion des directeurs d'ARS organisée par le ministre du Travail (M. Eric Woerth), et les secrétaires d'Etat en charge des Personnes âgées (Mme Nora Berra) et des personnes handicapées (Mme Nadine Morano) en mars 2010.

Ils ont à cette occasion fixé des objectifs aux directeurs des ARS sur :

- l'existence effective fin 2010 des conseils de la vie sociale dans l'ensemble des Ehpad ;
- la généralisation de procédures de recueil des faits de maltraitance dans l'ensemble de ces établissements ;
- l'engagement d'un plan triennal de formation visant à disposer à l'horizon 2012 de deux référents par établissements formés à la bientraitance.

Les directeurs d'ARS ont par ailleurs reçu une synthèse de la situation de leur région par rapport aux données nationales de façon à leur permettre d'identifier les axes spécifiques qu'ils pourraient inscrire en la matière dans le projet régional de santé (PRS).



Partie II

L'ANESM, UN ACTEUR NATIONAL DU DISPOSITIF DE RENOUVELLEMENT DES AUTORISATIONS

1 Le dispositif légal

Les missions confiées à l'Agence par le législateur sont directement corrélées aux obligations des ESSMS. Les structures sont tenues de mettre en place une évaluation en continu de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Les évaluations se conduisent, selon l'article L312-8 du CASF, notamment au regard des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques validées ou élaborées par l'Agence.

Au-delà de ce dispositif dont les établissements et services doivent rendre compte tous les 5 ans aux conseils généraux et/ou à l'Etat, les ESSMS sont tenus de faire procéder à des évaluations externes par un organisme habilité par l'Agence.

Les deux principales missions de l'Agence sont ainsi de fournir aux ESSMS les conditions pour que l'évaluation de leurs activités et de la qualité de leurs prestations soit mise en œuvre et que les autorités qui les ont autorisées soient destinataires de ces résultats.

Le renouvellement de l'autorisation

Mais ce dispositif est par ailleurs directement connecté à la décision de renouvellement de l'autorisation de l'établissement ou du service. En effet, l'article L313-1 précise que cette décision de renouvellement est exclusivement subordonnée aux résultats de l'évaluation externe réalisée par un organisme habilité par l'Agence, selon un cahier des charges défini par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007.

L'Anesm est ainsi **un acteur public national du dispositif administratif de renouvellement des**

autorisations de fonctionnement par les autorités compétentes (Agences régionales de santé, conseils généraux...). Elle concourt directement par ses missions à la réalisation de ce processus en tant qu'acteur de la ligne opérationnelle administrative.

Il existe néanmoins depuis la loi du 2 janvier 2002, un cas particulier à ce dispositif. Il est constitué par les établissements visés au 4° de l'article L312-1 pour lesquels l'article L313-1 n'a pas fixé de durée à l'autorisation accordée. Ainsi faute de précision dans la décision d'autorisation elle-même, ces établissements et services se voient tenus à une seule évaluation externe dans les 7 ans qui suivent leur autorisation initiale. La seconde évaluation externe intervenant au plus tard 2 ans avant le renouvellement de l'autorisation est ainsi sans fondement.

Un marché concurrentiel

En tant qu'acteur de ce dispositif, l'Agence a été sollicitée lors de la préparation de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST ») ainsi que dans le cadre de la préparation des décrets que cette loi a prévus.

Ces textes ont permis de préciser les obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux en tenant compte de leur avancement dans la démarche d'évaluation depuis la loi du 2 janvier 2002. Ils visent aussi à encadrer l'activité d'évaluation externe confiée par l'habilitation à des prestataires intervenant sur un marché concurrentiel.

2 Les apports de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST)

2.1 La prise en compte des certifications

Parmi les démarches engagées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux pour répondre à leurs obligations d'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations délivrées, des démarches de « certification qualité » ont été adoptées par certains groupes d'établissements et de services.

Ces démarches, souvent initiées et promues par des fédérations professionnelles du secteur, ont principalement concerné les établissements pour personnes âgées et les services à la personne.

Elles ont été portées avant que l'Agence ne soit créée en 2007 et donc dans une période où les recommandations de bonnes pratiques et l'habilitation des organismes en charge des évaluations externes prévues par la loi du 2 janvier 2002 n'étaient pas encore disponibles.

Afin de tenir compte de ces engagements, et éviter que les mandats d'évaluation externe ne soient en partie redondants avec ces démarches, l'article L312-8 du code de l'Action sociale et des familles, a été modifié par la loi du 21 juillet 2009. Il précise maintenant : « *en cas de certification par des organismes visés à l'article L115-28 du code de la Consommation, un décret détermine les conditions dans lesquelles cette certification peut être prise en compte dans le cadre de l'évaluation externe* ».

Les pratiques développées

Pour préparer ce décret, l'Etat a demandé à l'Agence d'organiser une réflexion sur ces conditions. Ces travaux ont été conduits durant le premier semestre 2010 et les résultats ont été transmis à la direction générale de la Cohésion sociale fin juin 2010.

Ces travaux ont consisté à comparer les bases des certifications assurées au titre du code de la Consommation et les attendus de l'article L312-8 du CASF et du décret fixant le cahier des charges de l'évaluation externe. L'objectif était d'identifier à quels champs du décret les certifications répondaient.

L'examen de multiples référentiels issus de démarches qualité, construits à partir de déci-

naisons d'« Angélique » (référentiel produit par l'Etat en 1999 pour intégrer une dimension qualité dans les conventions tripartites passées entre l'Etat, les conseils généraux et les Ehpad) ou développés *ex nihilo* par des groupes de travail a montré que les pratiques de type certificative développées par des associations et des services s'éloignent assez nettement de modèles standards de type industriel, même s'il est possible d'en trouver sur le marché de la démarche qualité. Les référentiels les plus récents intègrent assez nettement les recommandations de bonnes pratiques s'agissant, par exemple, des modes de prises en charge des personnes qui utilisent les services ou les établissements.

La question de la bientraitance et de la vulnérabilité des usagers, sans être omniprésente, figure assez largement dans certains référentiels dans le champ des personnes âgées, du handicap ou de l'inclusion sociale. Mais la plupart de ces référentiels utilisés restent finalement assez proches d'une logique de standardisation qui ne prend pas en compte les critères spécifiques à l'évaluation (pertinence, cohérence, impact).

Un calendrier de révision

Les travaux ont conclu que la certification reposait sur un contrôle de la mise en œuvre de moyens prédéterminés dans un référentiel. Qu'au regard du cahier des charges de l'évaluation externe, un certain nombre de pré-requis étaient pris en compte notamment en matière de droits des usagers ou de procédures mises en œuvre pour garantir la prévention de certains risques génériques.

Sur la base de ce constat, l'Agence a indiqué qu'une prise en compte dans l'évaluation pourrait s'opérer au niveau national par arrêté, en précisant que cette hypothèse supposait un examen individuel des référentiels et des démarches de certification propres à chaque organisme visé à l'article L115-28 du code de la Consommation. Elle a par ailleurs souligné la nécessité de mettre en œuvre un calendrier périodique de révision et de mettre en place une expertise indépendante pour cet examen.

Le groupe de travail a estimé que moins d'une dizaine de référentiels étaient susceptibles d'être pris en compte. Il a par ailleurs attiré l'attention de l'administration sur le fait que les candidats étaient potentiellement beaucoup plus nombreux au vu de l'argument commercial et du levier de croissance que cette reconnaissance constituera pour un organisme certificateur.

La voie préconisée dans ce contexte reposerait alors sur la preuve ou l'attestation du respect du référentiel d'un organisme certificateur par ce dernier. Cette attestation porterait sur l'obligation formulée par voie réglementaire, de prendre en compte des aspects législatifs, réglementaires et relatifs aux droits des usagers et aux procédures mises en œuvre en matière de prévention et de gestion des risques.

L'Agence a indiqué en conclusion que cette reconnaissance permettra de réduire, de manière conséquente, le volume de travail de l'évaluation externe, qu'il s'agisse du nombre de jours-consultant ou du temps mobilisé par les professionnels, en ne prenant plus en compte que les parties manquantes à savoir : l'analyse des effets et la construction du rapport.

2.2 Le calendrier des obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

L'article 124 de loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST »), codifié à l'article 312-8 du code de l'Action sociale et des familles, et le décret d'application n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des ESSMS ont modifié le calendrier des évaluations initialement prévu par la loi du 2 janvier 2002.

Il résulte désormais de l'article L312-8 du CASF modifié, que les établissements et services mentionnés à l'article L312-1 du CASF sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci.

Le décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 codifié à l'article D312-205 du CASF prévoit que la première des deux évaluations externes doit être effectuée au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et la seconde, au plus tard deux ans avant son renouvellement.¹⁴

¹⁴ Lorsqu'un contrat pluriannuel a été conclu, le calendrier de ces évaluations peut être prévu dans le contrat dans les limites définies par l'article D312-205 du CASF.

Le décret susmentionné a par ailleurs précisé que l'évaluation interne était une démarche en continu que les établissements et services retraçaient annuellement dans leur rapport d'activité. Il a en outre confirmé **la périodicité de 5 ans** pour la transmission des résultats de cette évaluation à l'autorité compétente.

L'Agence a appuyé cette disposition au vu de la durée moyenne de séjour dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Elle a porté la vision d'une évaluation en continu de la qualité des prestations afin d'écarter des démarches qui auraient consisté à aborder cette question une fois tous les cinq ans seulement. A titre d'exemple, la durée moyenne de séjour en Ehpad est de 22 mois.

Toutefois, afin de tenir compte de la fin de validité des autorisations généralement de 15 ans, et des obligations faites aux établissements et services depuis la loi du 2 janvier 2002, il était nécessaire que des mesures transitoires soient prises pour définir ce qui serait exigé d'ici à 2017 (date de fin des autorisations des ESSMS autorisés au titre de la loi du 21/1/2002). Par dérogation, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 a prévu que les établissements et services mentionnés à l'article L312-1 du CASF autorisés et ouverts avant la promulgation de la dite loi procèdent **au moins à une évaluation externe** au plus tard deux ans avant le renouvellement de leur autorisation et adressent leurs résultats d'**évaluation interne au plus tard trois ans** avant ce renouvellement.

Selon le fichier Finess, ce sont **24 512 établissements et services** qui verront leur autorisation renouvelée le 4 janvier 2017. Ces structures devront ainsi avoir adressé leurs résultats d'évaluation interne avant le **31/12/2013** et leurs résultats d'évaluation externe avant le **31/12/2014** aux autorités compétentes (agences régionales de santé, conseils généraux...).

Les organismes agréés de services à la personne

En vertu des dispositions de l'article L313-1-2 du code de l'Action sociale et des familles, les services d'aide et d'accompagnement à domicile disposent d'un droit d'option qui les conduit à choisir entre la procédure d'autorisation classique ou la procédure d'agrément qualité.

L'article D347-2 du CASF dispose que les services qui optent pour la procédure d'agrément qualité, et qui auront fait objet d'une certification sont dispensés de la réalisation d'une évaluation externe sous certaines conditions définies à l'article D347-3 du CASF¹⁵.

Cependant, les organismes agréés de services à la personne ayant opté pour la procédure d'agrément qualité n'ayant pas fait l'objet d'une certification, devront conformément aux dispositions de l'article D347-1 du code de l'Action sociale et des familles, faire procéder à

une évaluation externe de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme habilité par l'Anesm, ceci tous les 5 ans.

Ces services doivent transmettre au Préfet les résultats de l'évaluation externe 6 mois au moins avant la date limite de dépôt de la demande de renouvellement de l'agrément (soit 9 mois au moins avant la fin de l'agrément).

Toutefois, il a été admis¹⁶ que les services dont l'agrément expire en 2011 pourront communiquer leurs résultats au Préfet au plus tard 3 mois avant la date limite de dépôt de la demande (soit 6 mois au moins avant la fin de l'agrément).

Les premiers agréments ayant été délivrés en 2005, les services à la personne agréés qualité ont commencé, dès l'année 2010, à déposer leurs demandes de renouvellement d'agrément¹⁷, et seront les premiers concernés dans la réalisation des évaluations externes en 2011.

¹⁵ Art. D347-3 CASF : Les services relevant du 2° de l'article L313-1-2, qui auront fait l'objet d'une certification volontaire au sens de l'article R129-4 du code du travail définie à l'article L115-27 ainsi qu'aux articles R115-1 à R115-9 du code de la consommation, sont dispensés de l'évaluation prévue à l'article D347-1, si la certification répond aux conditions suivantes :

- 1° Le champ de la certification couvre l'activité relevant de l'article L313-1-1 ;
- 2° Le référentiel utilisé est élaboré et validé conformément à l'article R115-8 du code de la consommation ;
- 3° L'organisme certificateur bénéficie d'une accréditation par une instance reconnue à cet effet et selon les normes européennes de la série 45000 ;
- 4° La certification répond à la périodicité prévue au premier alinéa de l'article D347-1 ;
- 5° Les résultats de la certification sont communiqués selon les modalités prévues au second alinéa de l'article D347-1.

¹⁶ Programme national pour le renouvellement de l'agrément qualité (1^{er} février 2010) disponible sur le site de l'Agence nationale des services à la personne.

¹⁷ L'agrément qualité est délivré pour une durée de cinq ans (article R7232-8 du code du Travail).

Les dispositions applicables aux organismes habilités

Le lien direct et exclusif établi par l'article L313-1, entre les résultats de l'évaluation externe et la décision de renouvellement de l'autorisation de fonctionnement d'un établissement ou d'un service, supposait que des garanties minimales soient demandées aux organismes habilités en matière d'indépendance, de déontologie et de méthodologie. Il était par ailleurs nécessaire que l'Agence puisse assurer la gestion des habilitations qu'elle délivre, en prévoyant sa saisine et dans le cadre de plaintes, les modalités selon lesquelles elle examinerait le respect des obligations faites aux organismes.

Ces dispositions prévues par voie réglementaire et insérées au code de l'Action sociale et des familles, ainsi que dans le dossier de demande d'habilitation par lequel les organismes prennent une série d'engagements, constituent la base de la gestion de l'habilitation.

3.1 L'indépendance et la déontologie des organismes

Deux séries d'obligations s'imposent en matière d'indépendance et de déontologie, aux organismes : la première relève de la réglementation, la seconde résulte des engagements expressément pris par ceux-ci dans les dossiers de demande d'habilitation.

S'agissant des obligations réglementaires, l'article D312-199 prévoit que « *ni l'organisme habilité ni l'un des professionnels intervenant pour le compte d'un organisme habilité ne peut, à l'exception des opérations de facturation qui sont la contrepartie de cette opération, avoir, au moment de l'évaluation, ou avoir eu, au cours de l'année précédente, d'intérêt financier direct ou indirect dans l'organisme gestionnaire de l'établissement ou du service concerné. L'existence d'un conflit d'intérêt avéré peut entraîner le retrait de la liste des organismes habilités par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ces dispositions s'appliquent de la même façon en cas de non-respect des règles déontologiques.* »

Les engagements pris par les organismes dans le dossier de demande d'habilitation ont complété ces dispositions. C'est ainsi qu'il leur a été demandé de s'engager à :

- ne pas prendre part à des activités ou établir des relations qui pourraient compromettre ou risquer de compromettre le caractère impartial d'une évaluation externe ;
- s'interdire, avant l'expiration d'un délai d'une année après la fin de la mission, toute relation professionnelle directe ou indirecte avec l'établissement ou le service qui a été évalué en tout ou partie, ou avec l'organisme gestionnaire ;
- ne rien accepter qui pourrait compromettre ou risquer de compromettre un jugement professionnel ;
- ne pas avoir de conflit d'intérêt avec un organisme gestionnaire, une fédération ou tout groupement d'organismes gestionnaires, en lien avec un établissement ou service qu'il évalue ;
- révéler dans le rapport d'évaluation externe tous les faits matériels dont les organismes habilités auront connaissance et qui, s'ils n'étaient pas révélés, auraient pour conséquence de fausser leur rapport ;
- à compter du premier jour de la mission d'évaluation et pendant une année après la remise du rapport d'évaluation externe, ne pas prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt auprès de l'établissement, du service ou de l'organisme gestionnaire dont il est chargé pour tout ou partie de l'évaluation externe, d'une personne qui le contrôle, ou qui est contrôlée par lui au sens de l'article L233-3 du code de Commerce ;
- lorsqu'un organisme habilité est affilié à un réseau national ou international, dont les membres ont un intérêt économique commun et qui n'a pas pour activité exclusive l'évaluation externe, il ne peut postuler auprès d'un établissement, d'un service ou d'un organisme gestionnaire qui, en vertu d'un contrat conclu avec ce réseau ou avec un membre de ce réseau, bénéficie d'une prestation de services, non directement liée à la mission d'évaluation externe telle que prévue à l'article L312-8 du code de l'Action sociale et des familles ;
- à compter de son habilitation, ne pas prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt de quelque nature avec une personne dépositaire de l'autorité publique amenée à intervenir dans la décision

d'autorisation de l'établissement ou du service dont il assure tout ou partie de l'évaluation ;

- ne pas avoir contribué à l'évaluation interne de l'établissement ou du service concerné qui précède l'évaluation.

Les organismes reconnaissent par ailleurs, en signant leur dossier, être régulièrement informés que l'absence de respect de ces engagements est susceptible d'une décision de suspension ou de retrait de l'habilitation.

Ces dispositions ont été fixées en l'absence d'un code de déontologie de la « profession » d'évaluateur externe dont il convient de rappeler que le rapport subordonne exclusivement la décision de renouvellement d'autorisation d'un établissement ou d'un service social ou médico-social.

Elles ont ainsi été naturellement complétées par des engagements en matière de confidentialité et de protection des données recueillies.

3.2 La méthodologie et les compétences

S'agissant de la réglementation, le cahier des charges prévu à l'article L312-8 du code de l'Action sociale et codifié en annexe 4-2, fixe les principes déontologiques et la méthodologie, les objectifs, l'organisation et la mise en œuvre de l'évaluation effectuée par des organismes habilités ainsi que la présentation et le contenu des résultats.

Ces dispositions s'appliquent tant à l'organisme habilité qu'à l'établissement ou au service évalué qui ne peut s'écarter de ce cahier des charges pour faire procéder à son évaluation.

3.3 La saisine prévue de l'Agence

L'article D312-202 prévoit que dans le cadre de sa mission d'habilitation des organismes, l'Agence est informée par la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social ou par l'autorité ayant délivré l'autorisation des différends ou manquements survenus en matière de méthodologie d'évaluation et de production des résultats.

L'Agence peut donc être saisie par les établissements et services évalués mais aussi par leurs autorités telles que les Agences régionales de santé, les conseils généraux... Ce dispositif a été prévu pour deux raisons :

- l'Agence n'est pas destinataire des rapports d'évaluation externe ;
- les autorités disposent de la connaissance des établissements et services par les relations qu'elles entretiennent avec eux dans le cadre des contractualisations, des visites, des déclarations d'événements indésirables voire des inspections.

Il résulte de ces dispositions, une articulation nécessaire de l'Agence avec ces autorités en termes de méthodologie et de résultats attendus mais aussi d'information en termes d'obligations des organismes habilités (voir § 5.2).

3.4 Le rapport d'activité des organismes habilités

Conformément aux dispositions de l'article D312-202 du code de l'Action sociale et des familles, les organismes habilités doivent rendre à l'Anesm, selon des formes et une périodicité qu'elle détermine, et au moins tous les sept ans, un rapport d'activité permettant notamment d'examiner le respect du cahier des charges fixé par le décret du 15 mai 2007 et des critères d'habilitation.

Le format

Par décision n°2010001 en date du 2 juillet 2010 relative à la mise en œuvre des dispositions de suivi de l'activité des organismes habilités au titre de l'article L312-8 du code de l'Action sociale et des familles, l'Agence a défini le format de ce rapport d'activité.

Ce dernier doit permettre à l'Anesm de disposer d'éléments de synthèse sur chaque mandat pris par les organismes au titre de l'évaluation externe. Le rapport d'activité se compose à cet effet de deux parties : la première identifie les établissements et services évalués et recueille des données financières et des données relatives aux équipes mobilisées, la seconde portera sur les éléments de synthèse des missions d'évaluation externe conduites.

La première partie du rapport d'activité a été demandée aux organismes habilités dès le mois de juillet 2010. La seconde partie fera l'objet d'un test préalable en 2011 auprès d'un échantillon d'organismes.

Le rythme retenu pour la transmission du rapport d'activité a été le semestre civil. Ainsi, les organismes habilités doivent transmettre à l'Agence, par voie électronique et au plus tard le 10 du mois suivant le semestre civil écoulé,

ce rapport dûment renseigné des évaluations réalisées ou en cours.

Les organismes n'ayant pas obtenu de mandat pendant la période de référence doivent également renseigner l'Anesm, en portant la mention « rapport d'activité semestriel : néant » en objet du message électronique, sans y joindre le rapport.

Les objectifs de l'Anesm

Les objectifs poursuivis par l'Agence consistent d'une part à disposer d'éléments pour l'examen du respect des obligations d'indépendance, de déontologie et de compétences des organismes habilités et d'autre part, à permettre l'information des autorités en charge des renouvellements d'autorisation sur les évaluations réalisées.

S'agissant de l'examen des mandats pris, l'Agence utilise ce rapport pour investiguer l'indépendance des organismes eux-mêmes par rapport à l'établissement évalué, mais aussi celle des membres de l'équipe d'évaluateurs, le plus souvent des collaborateurs occasionnels. Ces derniers sont

mobilisés pour une mission mais exercent, dans de nombreux cas, une activité professionnelle dans d'autres structures. Le respect de l'obligation portant sur l'absence de lien financier direct ou indirect avec l'établissement évalué ou l'organisme gestionnaire, s'applique de fait aussi aux membres de l'équipe.

Par ailleurs, l'identification par l'Agence des mandats lui permet d'informer ces autorités des évaluations conduites afin qu'elles puissent, le cas échéant, réclamer les rapports d'évaluation externe que les établissements et services sociaux et médico-sociaux doivent leur adresser.

En complément, l'Agence fournit notamment grâce à ces rapports, des informations sur le coût moyen des missions d'évaluation externe, le nombre de jours facturés... Elle assure ainsi une transparence du marché ouvert aux prestataires organismes habilités afin que la concurrence puisse s'exercer.

Il était donc important que l'Agence se dote de compétences humaines pour assurer ce suivi à partir de 2011 et poursuive le traitement des demandes d'habilitation.

4 La poursuite de l'habilitation

4.1 Le suivi de la procédure

Afin de garantir l'examen des candidatures reçues en vue de leur publication, des sessions ont été déterminées avec une date limite de réception des courriers. A l'issue de chaque session d'habilitation, la liste des organismes habilités est mise à jour.

Pour mémoire, sur les 561 candidatures que l'Agence avait reçues en 2009 :

- 348 organismes ont été habilités ;
- 199 dossiers étaient incomplets administrativement et/ou présentaient des problèmes de fond ;
- 14 candidats s'étaient désistés.

Parmi les problèmes de fond identifiés par l'Agence, figure la non-conformité de l'objet

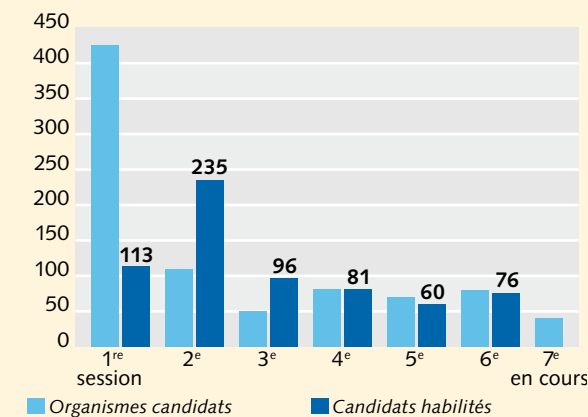
social à l'activité d'évaluation externe. Or, la demande d'habilitation repose sur une somme d'engagements en matière d'indépendance. En conséquence, la société commerciale dépassant son objet n'est pas valable.

En 2010, 303 organismes ont déposé une demande d'habilitation, ce qui a porté le total de dossiers actifs sur l'année 2010 à 502.

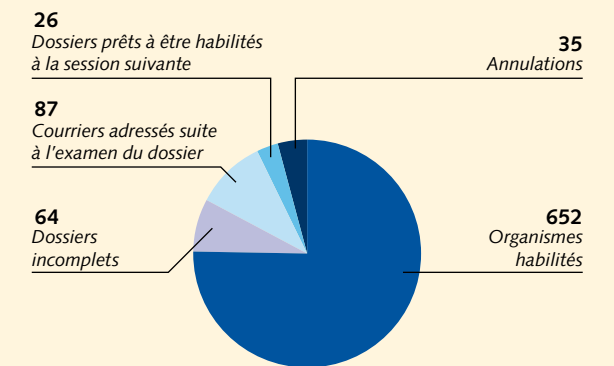
Sur ces 502 structures candidates :

- 313 dossiers ont été habilités, après examen de leur dossier ;
- 168 dossiers étaient incomplets administrativement ou présentaient un problème de fond ;
- 12 candidats se sont désistés et 9 organismes habilités ont demandé le retrait de leur habilitation.

Evolution des demandes d'habilitation durant les sessions d'habilitation



Récapitulatif des demandes d'habilitation



► Le suivi des candidatures

Sur 864 structures candidates depuis 2009, 35 se sont désistées de leur demande notamment pour concentrer leur activité sur l'accompagnement des ESSMS dans leur démarche d'évaluation interne ou parce qu'elles considéraient ne pas être en mesure de répondre aux exigences de compétences et aux critères énoncés par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 ou aux engagements d'indépendance liés à la procédure d'habilitation.

Le bilan au 31 décembre 2010 :

- 652 organismes habilités ;
- 177 dossiers de candidature incomplets au vu des informations et pièces demandées nécessitant un complément d'informations et/ou présentant des difficultés de fond.

4.2 Les caractéristiques des organismes habilités

Les 652 organismes habilités présentent les caractéristiques suivantes en termes de :

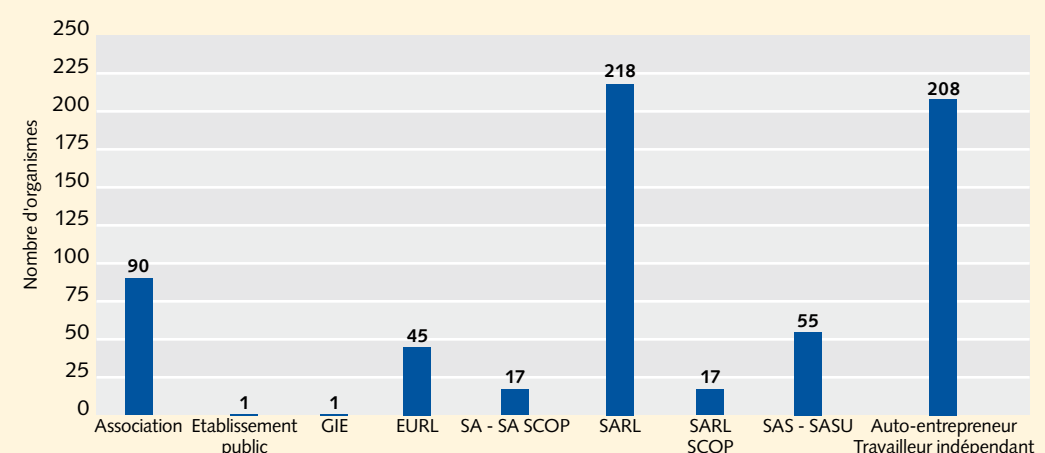
- forme juridique ;
- date de création ;
- chiffre d'affaires ;
- effectifs ;
- champs d'intervention.

► Forme juridique

Les organismes habilités sont majoritairement des personnes morales (68 %), essentiellement des SARL et des associations.

Un tiers des organismes habilités exerce à titre individuel, comme travailleurs indépendants et auto-entrepreneurs.

Répartition des organismes habilités selon la forme juridique

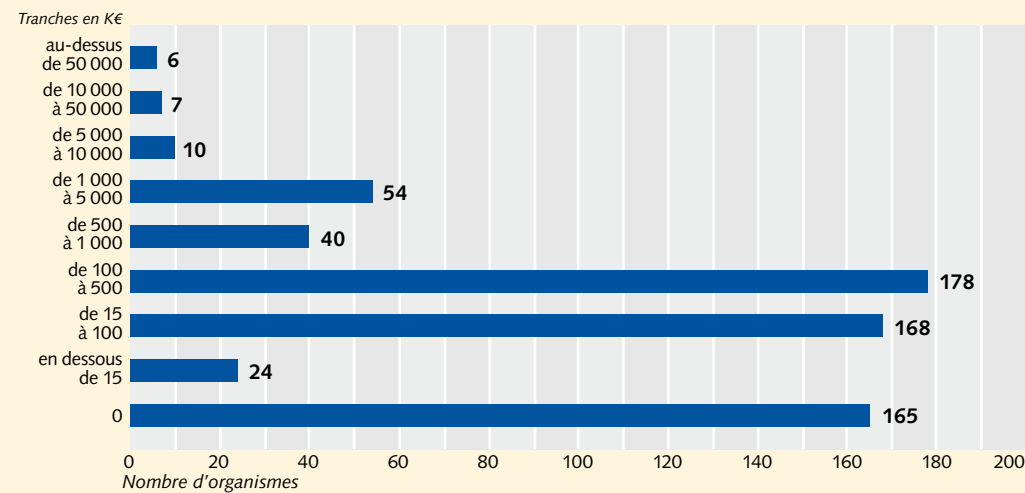


► Le chiffre d'affaires

La majorité des organismes habilités déclare un chiffre d'affaires inférieur à 500 000 euros.

Nombreuses sont les jeunes structures, pour nombre d'entre elles, des travailleurs indépendants et auto-entrepreneurs qui ont créé leur statut à l'occasion de leur demande d'habilitation, et n'ont donc pas encore réalisé de chiffre d'affaires.

Chiffres d'affaires de l'année N-1 déclarés par les organismes habilités lors de leur candidature à l'habilitation

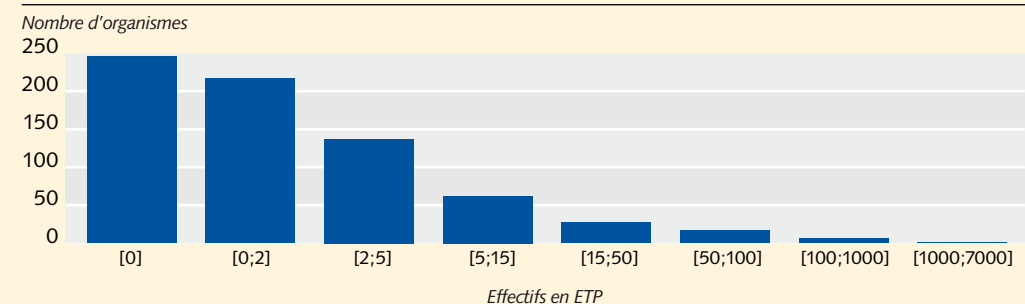


► L'effectif

Au jour de leur demande d'habilitation, les organismes déclarent n'employer que peu ou pas de personnel.

Leur mode d'intervention se réalise, dans ce cas, en recourant à des collaborateurs occasionnels sélectionnés en fonction de la catégorie d'établissement ou du service leur demandant un devis ou une offre.

Effectifs des organismes habilités



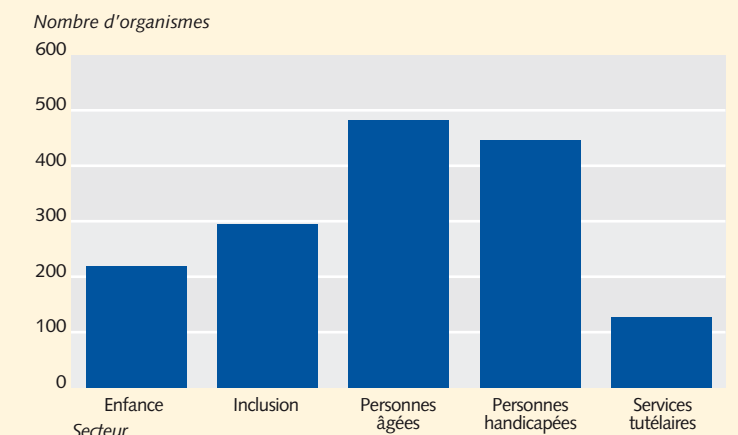
► Les champs d'intervention

Sur leurs dossiers de demande d'habilitation, les organismes habilités ont renseigné le(s) secteur(s) pour le(s)quel(s) il(s) dispose(nt) de références.

Si la majorité des organismes habilités déclare des références dans les secteurs des personnes âgées et handicapées, **l'habilitation est néanmoins valable sur l'ensemble du secteur social et médico-social.**

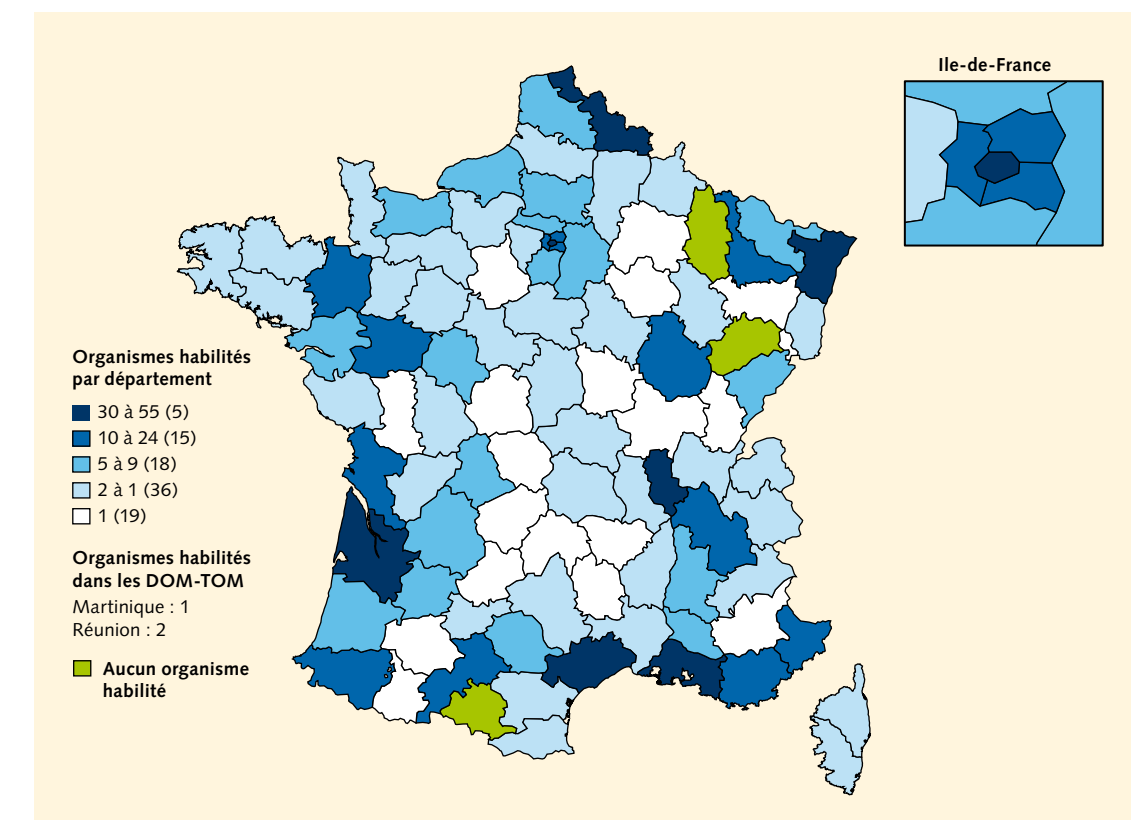
Ces références seront des points de vigilance quand au respect de l'interdiction faite par l'article D312-199 du CASF interdisant un lien financier, direct ou indirect, avec l'ESSMS évalué dans l'année qui précède cette évaluation.

Répartition des organismes habilités par secteur



► Localisation géographique des organismes habilités par département

- Les organismes habilités sont présents sur l'ensemble du territoire national, hormis dans 3 départements métropolitains (Ariège, Meuse et Haute-Saône).
- La majorité se concentre dans le Nord, dans l'Est, dans le Sud-Ouest, sur la Côte-d'Azur ainsi qu'en Ile-de-France, et principalement dans les grandes villes.
- Dans les départements d'outre-mer, trois organismes sont habilités.
- Trois organismes suisses ont par ailleurs été habilités.



5 Le démarrage de l'évaluation externe

5.1 Les rapports d'activité : le suivi des mandats

L'Agence a mis en œuvre le suivi des mandats d'évaluation externe en 2010. Elle a pour cela notifié le 2 juillet, par voie électronique à chacun des 437 organismes habilités à cette date, leur obligation de lui transmettre un rapport d'activité.

Les organismes concernés ont disposé d'un délai expirant le 17 septembre 2010 pour transmettre ce premier rapport renseignant les missions terminées et en cours depuis leur date d'habilitation jusqu'au 30 juin 2010.

Le 18 septembre 2010, 317 organismes habilités avaient adressé leur rapport d'activité à l'Anesm :

- 290 organismes ont déclaré ne pas avoir réalisé d'évaluation externe,
- 27 organismes ont déclaré 62 évaluations externes, dont 31 réalisées et 31 en cours au 30 juin 2010.

Suspensions et retraits

120 organismes n'ont pas respecté cette obligation. Ils ont donc reçu une notification les enjoignant de répondre sous un délai d'un mois à compter de la réception du courrier sous peine de voir leur habilitation suspendue.

Données relatives aux organismes ayant réalisé des évaluations externes

En 2010, l'Anesm a dénombré **230 mandats d'évaluation externe conclus avec 75 organismes habilités, soit en moyenne 3 mandats par organisme** sur l'année.

Sur les 230 mandats, 117 évaluations externes étaient réalisées et 113 étaient en cours de réalisation au 31 décembre 2010.

L'attention du lecteur est attirée sur le caractère encore peu significatif des données et des moyennes qui sont présentées dans ce chapitre 5.

L'année 2010 est en effet l'année du démarrage de l'évaluation externe. Les obligations faites en matière de calendrier aux ESSMS ont en effet été apportées par le décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010.

Par ailleurs, les mandats assurés par un nombre relativement bas de jours/homme facturés, pourraient révéler des manquements au cahier des charges fixé par le décret 975-2007 du 15 mai 2007 et être de fait remis en cause par les contrôles de l'Agence. Ces premières données ne peuvent ainsi constituer à ce stade une base fiable en termes de référence tarifaire.

En l'absence de réponse, 18 décisions de suspension ont été notifiées. Un nouveau délai d'un mois a été octroyé aux organismes concernés afin qu'ils puissent régulariser leur situation, sous peine de voir leur habilitation retirée.

Sur ces **18 cas de suspension, 7 habilitations ont été retirées**, et ce pour un délai de cinq ans.

S'agissant du second rapport d'activité portant sur la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2010, l'Agence a notifié aux 575 organismes habilités leur obligation de transmission au 15 octobre 2010.

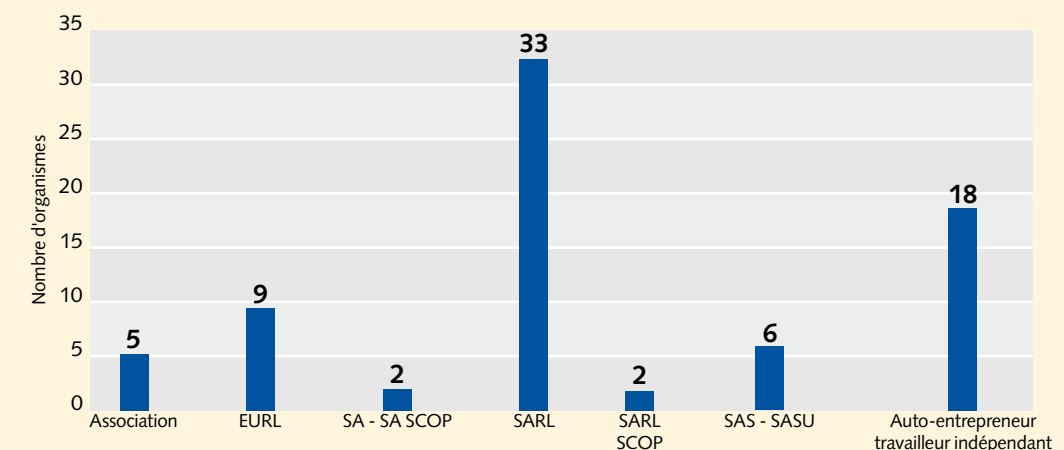
Sur les **575 rapports d'activité attendus, 525 ont répondu à leur obligation de transmission**, et 50 organismes n'ont pas transmis leur rapport d'activité à la date fixée.

Ce rapport d'activité est une obligation faite aux organismes par voie réglementaire. Il est destiné à permettre à l'Agence d'assurer le suivi des mandats et d'identifier des situations de nature à engager une investigation sur le respect des critères d'indépendance et de compétences. L'Agence a expressément prévenu les organismes des risques de suspension ou de retrait d'habilitation qu'ils encourent en cas d'absence de transmission.

Formes juridiques des organismes habilités ayant réalisé des évaluations externes

Les organismes habilités ayant réalisé des évaluations externes sont pour l'essentiel des personnes morales (76%). Un quart des organismes habilités ayant réalisé des évaluations externes (24%) sont des personnes physiques, travailleurs indépendants ou auto-entrepreneurs.

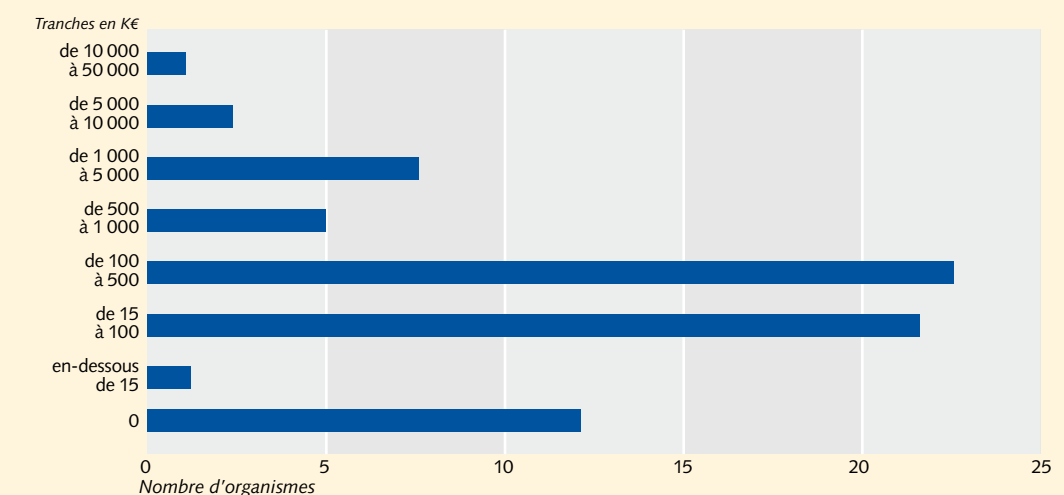
Répartition des organismes ayant réalisé des évaluations externes selon la forme juridique



Le chiffre d'affaires

La majorité des organismes déclare un chiffre d'affaires inférieur à 500 K€. La plupart de ces organismes sont des petites structures dont les effectifs propres sont faibles.

Chiffre d'affaires des organismes habilités ayant réalisé des évaluations externes



► **Données relatives aux évaluations externes**

Localisation géographique

- En métropole, les évaluations externes ont débuté dans toutes les régions, sauf en Franche-Comté et se sont concentrées en Aquitaine, Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d’Azur.
- Au niveau départemental, de grandes disparités existent puisqu’on ne compte encore aucune évaluation externe dans 44 départements métropolitains, ni dans les DOM.

Nombre d'évaluations externes par département au 31 décembre 2010			
01 Ain	0	33 Gironde	7
02 Aisne	3	34 Hérault	3
03 Allier	1	35 Ille-et-Vilaine	2
04 Alpes-de-Haute-Provence	32	36 Indre	0
05 Hautes-Alpes	0	37 Indre-et-Loire	0
06 Alpes-Maritimes	29	38 Isère	3
07 Ardèche	0	39 Jura	0
08 Ardennes	6	40 Landes	3
09 Ariège	0	41 Loir-et-Cher	1
10 Aube	1	42 Loire	2
11 Aude	2	43 Haute-Loire	0
12 Aveyron	0	44 Loire-Atlantique	7
13 Bouches-du-Rhône	14	45 Loiret	0
14 Calvados	1	46 Lot	0
15 Cantal	1	47 Lot-et-Garonne	0
16 Charente	2	48 Lozère	0
17 Charente-Maritime	0	49 Maine-et-Loire	0
18 Cher	0	50 Manche	0
19 Corrèze	0	51 Marne	4
2A Corse-du-Sud	0	52 Haute-Marne	1
2B Haute-Corse	4	53 Mayenne	0
21 Côte-d'Or	7	54 Meurthe-et-Moselle	0
22 Côtes-d'Armor	3	55 Meuse	0
23 Creuse	0	56 Morbihan	4
24 Dordogne	3	57 Moselle	3
25 Doubs	0	58 Nièvre	0
26 Drôme	2	59 Nord	14
27 Eure	4	60 Oise	0
28 Eure-et-Loir	0	61 Orne	1
29 Finistère	2	62 Pas-de-Calais	7
30 Gard	3	63 Puy-de-Dôme	2
31 Haute-Garonne	2	64 Pyrénées-Atlantiques	1
32 Gers	0	65 Hautes-Pyrénées	0
		66 Pyrénées-Orientales	0
		67 Bas-Rhin	3
		68 Haut-Rhin	2
		69 Rhône	5
		70 Haute-Saône	0
		71 Saône-et-Loire	0
		72 Sarthe	0
		73 Savoie	0
		74 Haute-Savoie	0
		75 Paris	4
		76 Seine-Maritime	8
		77 Seine-et-Marne	2
		78 Yvelines	2
		79 Deux-Sèvres	1
		80 Somme	0
		81 Tarn	0
		82 Tarn-et-Garonne	0
		83 Var	3
		84 Vaucluse	1
		85 Vendée	3
		86 Vienne	0
		87 Haute-Vienne	3
		88 Vosges	0
		89 Yonne	0
		90 Territoire-de-Belfort	0
		91 Essonne	2
		92 Hauts-de-Seine	1
		93 Seine-Saint-Denis	0
		94 Val-de-Marne	1
		95 Val-d'Oise	2
		97 Guyane - Réunion - Martinique	0

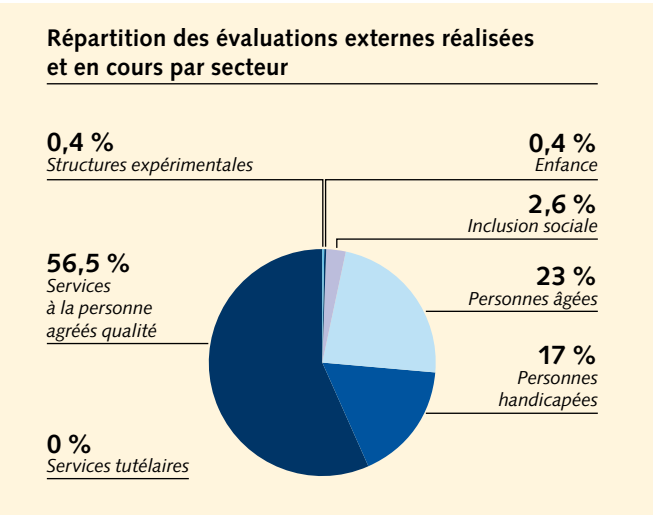
Ce suivi devra être rapproché de celui de l’avancée de l’évaluation interne dans les départements.

Nombre d'évaluations externes par régions (hors Outre-mer) au 31 décembre 2010			
Alsace	5	Limousin	3
Aquitaine	14	Lorraine	3
Auvergne	4	Midi-Pyrénées	2
Bourgogne	7	Nord-Pas-de-Calais	21
Bretagne	11	Basse-Normandie	2
Centre	1	Haute-Normandie	12
Champagne-Ardenne	12	Pays-de-Loire	10
Corse	4	Picardie	3
Franche-Comté	0	Poitou-Charentes	3
Ile-de-France	14	Provence-Alpes-Côte d’Azur	79
Languedoc-Roussillon	8	Rhône-Alpes	12

► **Répartition des évaluations par secteur**

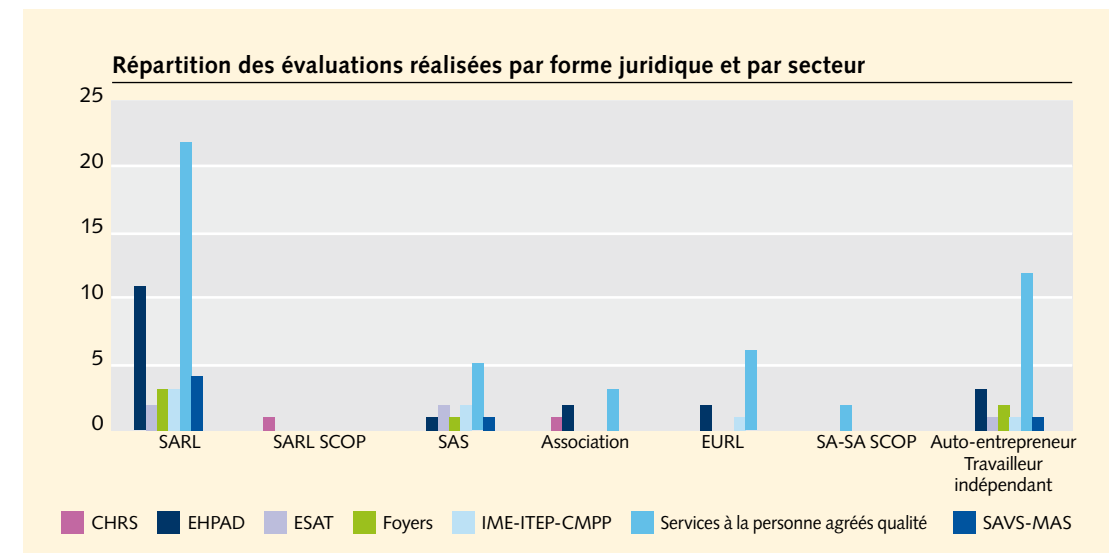
Les évaluations externes réalisées concernent essentiellement les secteurs des personnes âgées et handicapées y compris les services agréés qualité. Il convient de souligner l’importance relative du nombre de services agréés qualité auxquels un calendrier spécifique est applicable (voir § 2.2).

Le suivi de ces mandats par catégorie d’établissement ou de service sera globalement à rapprocher du nombre d’établissements et de services dont les autorisations doivent être renouvelées d’ici à 2017. Ce travail doit s’opérer en lien avec les autorités en charge de ce suivi.



► Répartition selon le statut des organismes ayant réalisé des évaluations

Certains secteurs ont plus spécifiquement fait appel à une catégorie juridique d'organismes alors que d'autres ont été moins attachés à ce critère. A cet égard, les Ehpad ont majoritairement sollicité des SARL, alors que les CHRS ont davantage fait appel à des SCOP ou des associations. Les services à la personne ont, pour leur part, eu recours à la quasi-totalité des catégories, l'intervention de personnes physiques étant toutefois plus significative dans ce secteur que dans les autres.



► Les données chiffrées relatives aux évaluations externes

Les données issues des rapports d'activité des organismes habilités ont permis de mettre en évidence :

- la répartition moyenne du nombre d'évaluateurs ;
- la répartition moyenne du nombre de jours/homme facturés ;
- la répartition moyenne du prix TTC par évaluation et par type d'ESSMS.

Les moyennes ont été calculées selon le type d'ESSMS, d'une part pour les évaluations réalisées au 31/12/2010, d'autre part pour celles en cours à cette date et enfin pour toutes les évaluations confondues.

Sur les 230 évaluations réalisées/en cours renseignées, 6 n'ont pas été intégrées en raison de données incomplètes.

Catégorie d'ESSMS	Détail du nombre d'évaluations		
	Evaluations réalisées	Evaluations en cours au 31/12/10	Toutes évaluations confondues
CHRS	2	2	4
EHPAD	37	14	51
ESAT	8	0	8
FOYERS	9	2	11
IME-ITEP-CMPP	10	4	14
OASP	46	84	130
SAVS-MAS	2	4	6
Total	114	110	224

Le tableau ci-dessus permet d'assurer un suivi des catégories d'ESSMS qui s'engagent dans l'évaluation externe.

► Les équipes d'évaluateurs mobilisés

Le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 requiert, au titre des critères demandés, des qualifications et compétences.

Les évaluateurs mobilisés pour les mandats d'évaluation externe disposent essentiellement de diplômes de niveau 1 (dans les domaines du management de la santé, qualité, gestion, organisation des ESSMS, économie de la santé...).

Une grande partie des organismes habilités s'attache ainsi les compétences de professionnels, sous forme de collaborateurs occasionnels ou vacataires. Ce point peut être identifié grâce à l'obligation faite à l'organisme de déclarer dans son rapport d'activité, l'employeur principal de chaque membre de l'équipe d'évaluateurs.

Catégorie d'ESSMS	Nombre moyen d'évaluateurs en ETP		
	Evaluations réalisées	Evaluations en cours au 31/12/10	Toutes évaluations confondues
CHRS	2	2	2
EHPAD	3,27	3,21	3,25
ESAT	2,4	SO	2,4
FOYERS	2,55	3,5	2,72
IME-ITEP-CMPP	2,7	6,5	2,64
OASP	1,95	2,04	2,01
SAVS-MAS	2	3,25	2,83

La composition d'une équipe dépasse rarement 4 évaluateurs, hormis pour des structures à grande capacité d'accueil, telles que les Ehpad ou foyers d'hébergement pour lesquelles l'équipe peut atteindre 8 évaluateurs.

Le nombre de personnes mobilisées par équipe est en moyenne plus élevé dans les Ehpad et les MAS.

► Le nombre de jours/homme facturés

Ces données concernent seulement la facturation du mandat. Le nombre de jours effectifs passés sur la mission peut être totalement indépendant de cette dernière. Ce point est d'autant plus significatif pendant cette période, dans la mesure où certains organismes cherchent à se constituer des références commerciales sur un marché très concurrentiel.

Un organisme a ainsi assuré une mission gratuitement, ce qui a conduit l'Agence à indiquer que ce mandat n'était pas recevable.

Catégorie d'ESSMS	Nombre moyen de jours/homme facturés		
	Evaluations réalisées	Evaluations en cours au 31/12/10	Toutes évaluations confondues
CHRS	12,25	11	11,6
EHPAD	7,48	9,28	7,96
ESAT	6,3	SO	6,3
FOYERS	7,62	12,5	8,6
IME-ITEP-CMPP	4,05	2,5	4,75
OASP	4,61	5,1	4,88
SAVS-MAS	3,2	8,37	6,65

► Le coût des évaluations externes

Le coût facturé TTC varie considérablement selon le mandat – 909 € à 19 255 € –, cela sans corrélation directe avec la catégorie, la taille de la structure évaluée ou le nombre de jours/homme facturés. Quelques organismes déclarent des prix promotionnels de lancement confirmant ainsi la stratégie commerciale évoquée plus haut.

Il convient toutefois de noter l'évolution entre le coût des évaluations réalisées et celui des évaluations en cours notamment pour certaines catégories comme les Ehpad et les MAS. On constate que certains organismes sont entrés sur le marché plus récemment avec des tarifs plus élevés. Ainsi le coût moyen des évaluations en cours pour les Ehpad se situe aux alentours de 10 000 € TTC si l'on corrige la moyenne des pratiques commerciales « agressives ».

Les éléments ci-dessous sont donnés à titre indicatif. Ils concernent un nombre insuffisant d'établissements et de services pour être significatifs en 2010 ; la poursuite du recueil d'informations permettra une analyse plus précise en 2011.

Catégorie d'ESSMS	Prix moyen TTC		
	Evaluations réalisées	Evaluations en cours au 31/12/10	Toutes évaluations confondues
CHRS	17 127 €	15 000 €	16 056 €
EHPAD	6 661 €	9 400 €	7 413 €
ESAT	4 922 €	SO	4 922 €
FOYERS	6 185 €	4 880 €	5 924 €
IME-ITEP-CMPP	5 474 €	6 000 €	5 624 €
OASP	4 123 €	3 976 €	4 028 €
SAVS-MAS	2 498 €	9 154 €	6 935 €

Les pratiques tarifaires issues des stratégies marketing propres à chaque organisme habilité comme les autres éléments déclarés, seront à vérifier et devront toutes offrir les mêmes garanties de résultats prévus par les dispositions réglementaires en matière d'évaluation externe.

5.2 L'articulation avec les autorités en charge des autorisations

Le positionnement de l'Agence comme acteur national d'un dispositif administratif géré à l'échelon régional et/ou départemental, appelle de sa part une large information sur ses décisions et ses productions ainsi qu'un accompagnement des autorités locales dans un objectif d'harmonisation et de facilitation du dispositif.

La loi du 21 juillet 2009 (HPST) a confié aux agences régionales de santé, le champ médico-social qui était antérieurement géré par les DDASS. La création des ARS a permis à l'Agence d'assurer un lien plus étroit avec ces autorités qu'elle ne pouvait le faire avec les DDASS, en raison de leur nombre.

Dès les premiers mois de création des ARS, l'Agence a rapidement attiré leur attention ainsi que celle du Secrétaire général des ministères

sociaux, sur le dispositif qu'elles auraient à gérer dans les quatre années restant d'ici à fin 2014 (date limite pour la transmission des résultats d'évaluation externe, voir § 2.2).

Ce calendrier comporte trois risques pour les autorités de tarification et de contrôle :

- recevoir tous les rapports d'évaluation au même moment voire à la date limite ;
- ne pas être en mesure de traiter les résultats des évaluations du fait de leur hétérogénéité ;
- ne pas disposer des résultats des évaluations du fait d'un défaut d'identification et de relance des établissements et services concernés.

Si tel était le cas, les autorités se verraient dans l'incapacité d'accompagner les ESSMS, voire de statuer valablement sur les conditions de renouvellement de leur autorisation. Afin d'anticiper ces situations, l'Agence a conduit trois types d'actions en 2010 :

- en premier lieu, elle a rencontré un grand nombre d'ARS afin de les alerter sur cet enjeu et a accompagné certaines d'entre elles lors de journées qu'elles organisaient sur ce thème afin de mobiliser les établissements et les services.

Parmi les ARS qui ont sollicité l'Agence, l'ARS Bourgogne a prévu un programme Qualité, sécurité et gestion des risques inclus dans le Projet régional de santé (PRS). Deux grandes actions complémentaires ont été identifiées dans le volet médico-social du programme Qualité, à savoir le suivi exhaustif des évaluations internes et externes menées par les structures, et l'animation régionale centrée sur les démarches qualité des structures.

Par ailleurs, l'Agence a répondu aux questions des ARS sur l'évaluation en mettant en place une permanence téléphonique.

- en second lieu, l'Agence a souhaité informer plus directement les équipes en charge du médico-social sur le dispositif national d'évaluation – ses enjeux, ses principes, le rôle des différents acteurs – et promouvoir les initiatives prises par certaines ARS.

Elle a organisé pour cela une journée à leur attention le 2 décembre 2010 en présence de représentants de la direction générale de la Cohésion sociale et du Secrétariat général des ministères sociaux. Vingt ARS étaient représentées à cette journée dont trois en provenance des DOM (Réunion, Martinique, Guyane), ainsi que deux directions régionales de la Cohésion sociale.

Ont été successivement présentés les missions de l'Agence, le mécanisme du renouvellement des autorisations, les productions de l'Agence, le système d'évaluation interne et d'évaluation externe ainsi que les modalités de saisine de l'Agence en cas de manquement des organismes habilités. L'ARS Bourgogne a été invitée à présenter la démarche qu'elle a adoptée. Chaque temps de présentation a été suivi d'un échange sur les questions pratiques qui se posaient aux équipes et sur le positionnement administratif dans le dispositif. Enfin, l'Agence et la DGCS ont annoncé à cette occasion qu'une circulaire expliciterait en 2011 le dispositif global que les ARS doivent gérer dans ce cadre.

- enfin, l'Agence a souhaité répondre au risque d'obtenir des résultats d'évaluations externes très disparates selon les organismes qui effectuent les missions et ce, pour une même catégorie d'établissement ou de service.

Elle a donc travaillé en 2010, sur une synthèse des résultats de l'évaluation externe accompagnée d'une notice d'utilisation ou guide de remplissage, destinée à assurer la reproductibilité des réponses formulées. Cet outil issu des matrices de type SWOT (forces, faiblesses, opportunités et menaces) sera testé en 2011 auprès d'organismes habilités, en vue d'être rendu opposable par voie réglementaire. Il devra permettre aux autorités en charge de l'examen des résultats des évaluations externes, d'identifier rapidement les axes à investiguer et permettre ainsi un traitement plus rapide des rapports.



Partie III

DONNEES ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

1 Un partenariat renforcé



Pr Laurent Degos (à gauche), président de la HAS, et Didier Charlanne.

Un conventionnement avec la Haute Autorité de Santé

Le partenariat entre la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Anesm a fait l'objet d'un accord cadre signé le 14 juin 2010. Cet accord a pour objet de renforcer la collaboration entre la HAS et l'Anesm, par le développement d'actions communes ou complémentaires dans leurs champs de compétence respectifs.

Formulant toutes deux des recommandations à l'attention de professionnels, la HAS et l'Agence ont défini par cet accord le principe et l'ampleur de leur participation à leurs travaux respectifs.

Cet accord définit plusieurs niveaux de collaboration allant de la relecture des projets de recommandations jusqu'à la production de recommandations à double label. Entre ces deux situations, les équipes d'une agence peuvent être associées aux groupes de travail de l'autre, et réciproquement.

Un programme d'activités communes est établi chaque année. C'est ainsi que les travaux relatifs à la mesure 9 du plan Autisme ont été conduits avec un double pilotage HAS/Anesm.

Un conventionnement avec l'Agence nationale d'appui à la performance

L'ANAP a pour mission de mettre à disposition des établissements de santé et médico-sociaux les services et les outils leur permettant d'améliorer leur performance.

Considérant que leurs objectifs sont complémentaires sur le champ du secteur médico-social et tendent vers un effort commun de modernisation et d'amélioration du service rendu aux usagers, les deux agences ont souhaité définir des modalités de coopération dans le cadre de leurs missions respectives. Elles ont signé le 17 novembre 2010 une convention de partenariat.

Par application de cette convention, Didier Charlanne, directeur de l'Anesm, et Christian Anastasy, directeur général de l'ANAP, sont convenus de se rencontrer régulièrement dans le cadre d'un comité de suivi qui élaborera un plan d'actions annuel sur les projets stratégiques et les coopérations envisagées. Ce comité sera également en charge d'assurer le suivi et l'évaluation du travail annuel issu de cette coopération.

Des domaines de coopération seront identifiés après l'adoption du programme annuel d'activité 2011 de l'Anesm et le programme de travail de l'ANAP afin de mettre en commun les actions et les travaux à mener sur le champ du médico-social. D'ores et déjà, cette coopération se traduit par la participation de l'Anesm au groupe de travail mis en place par l'ANAP sur le pilotage de la performance dans le secteur médico-social, et par la participation de l'ANAP au groupe de travail mis en place par l'Anesm sur l'évaluation interne dans les Ehpad.

La convention de partenariat est conclue pour une durée de quatre ans, et sera reconduite par voie d'avenant.

S'agissant du Conseil scientifique, 14 membres sur 15 ont vu leur mandat prendre fin en octobre 2010. L'arrêté ministériel de désignation des nouveaux membres n'a pas été pris en 2010.

S'agissant enfin du bureau du COS dont la mission est de préparer les débats du COS, il a été reconstitué en intégralité le 28 septembre 2010. Les membres du Comité d'orientation stratégique de l'Anesm ont procédé à l'élection des membres du bureau pour une nouvelle période de trois ans.

Ont ainsi été élus :

- **André Ducournau**, directeur général de l'association ARSEAA à Toulouse, représentant le Groupement national des directeurs généraux d'associations du secteur éducatif, social et médico-social (GNDA), a été renouvelé dans ses fonctions de président du COS.
- **Dominique Sacher**, représentant l'Uniopss, est devenu vice-président.

Chaque section a élu son président et son vice-président.

Section Personnes âgées :

- **président : Philippe Rodriguez**, directeur de Progress 91 à Savigny-sur-Orge (Essonne), représentant l'Union des associations d'aide, de soins et services à domicile (Una)
- **vice-présidente** : Isabelle Bargès, directrice des départements Formation et Qualité de vie, représentant la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)

Section Personnes handicapées :

- **président : Thierry Nouvel**, directeur général, représentant l'Union nationale des amis et parents d'enfants inadaptés (Unapei)

- **vice-présidente** : Catherine Wartel, directrice adjointe à la direction de la Qualité, représentant l'Association des paralysés de France (APF)

Section Enfance :

- **président : Jean-Marie Simon**, directeur de service d'AEMO à Colmar (Haut-Rhin), représentant l'Association des directeurs, cadres de direction et certifiés de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)
- **vice-président** : Emmanuel Fayemi, directeur général de l'ADSEA 29 à Brest, représentant la Convention nationale des associations de protection de l'enfant (CNAPE)

Section Inclusion sociale :

- **présidente : Armelle de Guibert**, directrice d'établissement, association Les petits Frères des pauvres, représentant l'association D3S
- **vice-présidente** : Henriette Steinberg, représentant le Secours populaire français

Au titre des autres membres et représentants des usagers ont été élus :

- Fédération française Sésame Autisme : Marcel Hérault, président
- France Terre d'asile : Philippe Lemaire, responsable départemental Hauts-de-Seine
- Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) : Jean Canneva, président
- AD-PA : Norbert Navarro, directeur d'Ephad, Puy-de-Dôme
- Association nationale des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et de leurs réseaux (AIRE) : Serge Heuzé, directeur honoraire d'institut éducatif, thérapeutique et pédagogique en Ile-et-Vilaine, membre du bureau de l'AIRE

3 Emplois, catégories et mouvements 2010

2 Le renouvellement des instances

Mis en place en 2007 pour une durée de 3 ans, trois types de mandats sont arrivés à terme en 2010 : la présidence et la vice-présidence du conseil d'administration, le bureau du Comité d'orientation stratégique et celui du Conseil scientifique.

S'agissant du conseil d'administration, les élections du président et du vice-président se sont

déroulées lors de la séance du 9 décembre 2010. Madame Agnès Jeannet inspectrice générale des affaires sociales représentant le chef de l'IGAS au conseil, et Monsieur Hubert Allier directeur de l'UNIOPISS, respectivement présidente et vice-président sortants, se sont vus renouveler la confiance des administrateurs.

3.1 L'évolution des emplois

L'évolution des emplois depuis 2008 a été la suivante :

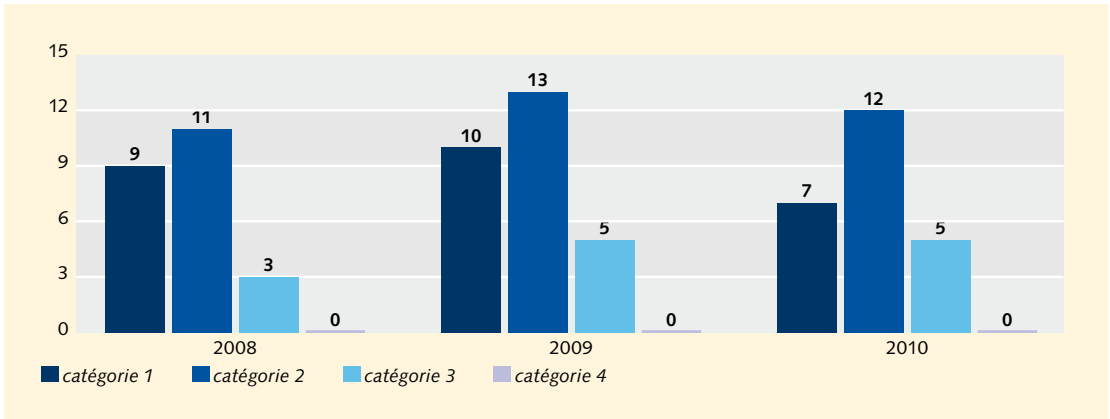
ETP et ETPT dont agent comptable			
	2008	2009	2010
Nombre de personnes au 31/12/n	25	30	26
ETP au 31/12/n	23,9	28,5	24,5
ETPT	17,2	24,2	23,9

L'Agence compte 16 emplois-repères, répartis sur 4 catégories d'emploi.

Les agents ont été recrutés par catégories selon la répartition suivante :

La catégorie 2 reste la catégorie la plus représentée. Elle comprend les chefs de projets, et chargés d'études alors que la catégorie 1 comprend les chefs de services et responsables de projets, qui pilotent les équipes de chefs de projets. Enfin la catégorie 3 comprend les secrétaires et techniciens comptables. En termes de formation, les agents en catégories 1 et 2 sont dotés de doctorat ou de DESS/Master 2, les agents de catégorie 3 d'un niveau licence ou BTS.

Les agents de l'Anesm sont répartis en 4 catégories d'emploi :



Hors directeur et agent comptable.

Les mouvements 2010 ont été les suivants :

- L'origine des départs a été :
- 5 départs pendant la période d'essai ou CDD de durée inférieure ou égale à 6 mois;
 - 2 départs de CDI;
 - 5 départs de CDD de longue durée (3 ans).

Le rapport entre le nombre d'entrées et de sorties sur l'année 2010 ne correspond pas à la différence entre le nombre agents présents au 31/12/09 et ceux présents au 31/12/10 puisque certaines personnes ont quitté leur poste pendant la période d'essai (contrats inférieurs à 6 mois) courant 2010.

Année 2010	Entrées	Sorties
Catégorie 1	1	4
Catégorie 2	4	7
Catégorie 3	1	1
Total	6	12

La durée moyenne passée dans l'emploi des agents ayant quitté l'Anesm :

- Période d'essai et CDD < 6 mois : 3,25 mois
- CDI : 21,5 mois
- CDD longue durée : 21 mois

3.2 Caractéristiques des personnels de l'Agence

L'Agence se caractérise toujours par un taux de féminisation de ses effectifs important : 88 % en 2010, malgré une augmentation de la population masculine : 3 hommes présents en 2010.

	Femmes	Hommes
2008	23 93 %	1 4,2 %
2009	27 93 %	2 6,9 %
2010	22 88 %	3 12 %

Hors agent comptable

	2009	répartition	2010	répartition
> 60 ans	0	0	1	4 %
50-59 ans	7	24 %	5	20 %
40-49 ans	4	13,8 %	3	12 %
30-39 ans	8	27,6 %	10	40 %
< 30 ans	10	34,5 %	6	24 %

La moyenne d'âge des collaborateurs de l'Anesm présents au 31/12/2010 est relativement jeune : les 30-39 ans et les moins de 30 ans représentent respectivement 40 % et 24 %.

Hors agent comptable

3.3 Absentéisme et durée du travail

Les jours d'absence ont été peu nombreux en 2008 et 2009. Par contre, ils ont fortement augmenté en 2010 ; le taux d'absentéisme s'établit à 2,82 %. Le taux d'arrêt inférieur à 5 jours est de 74,28 %, le taux d'arrêt des arrêts compris entre 10 et 20 jours est de 8,57 % et celui des arrêts supérieurs à 30 jours est de 17,14 %.

	2009		2010	
	Effectifs		Effectifs	
Motifs	Agents absents	Jours d'absence	Agents absents	Jours d'absence
Congés maladie	9	86	14	257
dont arrêts pré et post-natal	1	58	2	74
Accidents du travail	0	0	0	0
Congés maternité	3	268	3	282
Total		296		539

Hors agent comptable

Taux d'absentéisme

Seuls les arrêts maladie sont pris en compte pour le calcul du taux d'absentéisme.

	2009	2010
Taux d'absentéisme agents	< 1 %	< 3 %

En 2010, il y a eu 12 jours d'absence pour enfant malade.

Le chiffre était de 8 jours en 2008 et 11,5 jours en 2009.

Durée et aménagement du temps de travail

Le temps de travail hebdomadaire à l'Anesm est de 38 heures et 30 minutes soit 7,7 heures par jour.

Temps de travail

Temps de travail	Nombre agents 2008	Agents 2009	Agents 2010
80 %	1	2	2
100 %	23	27	23
Total	24	29	25

Hors agent comptable

3.4 Les promotions et avancements du personnel

Les dispositions statutaires des personnels contractuels de droit public permettent des avancements d'échelons. Les avancements d'échelons ont concerné huit agents en 2010, soit 33,3 % des agents permanents, contractuels de droit public.

4 Le compte financier

4.1 Le compte de résultat

Les ressources en 2010 de l'Agence ont été constituées de :

- au titre de l'Etat : 1 518 K € ;
- au titre de la CNSA : 2 140 K € (dont produits sur exercice antérieur pour la couverture du déficit 2009 : 128 K €) ;
- en produits divers : 20 K €.

Compte d'exploitation 2010

CHARGES	2010	2009	2008	2007
CHARGES D'EXPLOITATION	1 517 929	1 322 170	979 281	202 325
Achats non stockés de matières et fournitures	40 883	44 433	28 500	18 223
Personnel extérieur de l'établissement				
- autres	208 412			
Autres services extérieurs	1 268 634	1 277 737	950 780	184 102
IMPOTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILES	194 245	178 344	122 967	40 162
Sur rémunérations	151 024	135 123	76 130	
Autres	43 221	43 221	46 837	40 162
CHARGES DE PERSONNEL	1 476 386	1 420 893	1 113 692	363 234
Salaires et traitements	1 065 631	1 050 902	668 193	363 234
Charges sociales	410 755	369 992	445 499	
DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS ET PROVISIONS	51 768	48 326	30 975	30 106
Sur immobilisations : dotations aux amortissements	51 768	48 326	30 975	30 106
AUTRES CHARGES				
TOTAL I	3 240 328	2 969 733	2 246 914	635 827
CHARGES SPECIFIQUES				
CHARGES FINANCIERES				
Charges assimilées				
Différences négatives de change				
Autres charges financières				
CHARGES EXCEPTIONNELLES	12 072	8 572	4 179	554
Sur opérations de gestion	2 457			
Sur opérations exercice antérieur		8 572	4 179	
Sur opérations en capital				
- valeurs comptables des éléments immobilisés	9 615			
- autres				554
TOTAL II	12 072	8 572	4 179	554
TOTAL DES CHARGES	3 252 400	2 978 305	2 251 093	636 382
Solde créditeur = excédent	425 225		332 548	177 219
TOTAL GENERAL	3 677 625	2 978 305	2 583 641	813 601

PRODUITS	2010	2009	2008	2007
PRODUITS D'EXPLOITATIONS	3 530 233	2 825 404	2 528 652	722 618
Production vendue				
- ventes de marchandise				
- prestations de services et études, activités annexes				
Subvention d'exploitation	3 530 233	2 823 530	2 526 914	722 122
Autres produits		1 874	1 737	496
TOTAL I	3 530 233	2 825 404	2 528 652	722 618
PRODUITS SPECIFIQUES			19 760	
Reprise de charges sur exploitation			19 760	
PRODUITS FINANCIERS		3 203	22 787	
Autres intérêts et produits assimilés		3 203	22 787	
Différences positives de change				
PRODUITS EXCEPTIONNELS	147 392	21 550	12 442	90 983
Sur opérations de gestion	19 244	21 550	12 442	90 983
Sur opérations en capital	128 148			
TOTAL II	147 392	24 753	54 989	90 983
TOTAL DES PRODUITS	3 677 625	2 850 157	2 583 641	813 601
Solde débiteur = perte		128 148		
TOTAL GENERAL	3 677 625	2 978 305	2 583 641	813 601

Le compte d'exploitation 2010 enregistre une progression des charges de 9,2 % par rapport à 2009. Cette progression correspondant à la poursuite de la montée en charge de l'Agence concerne les charges de personnel propres ou mis à disposition (personnel extérieur).

Le total des créances constatées par un titre forment un produit global de : 3 677 626 €
 Les charges assumées représentent au total une dépense de : 3 262 400 €
 Générant un excédent de : 425 225 €

La capacité d'autofinancement générée en 2010 est de 487 K €.

4.2 La structure financière

ACTIF	2010			2009	2008	2007
	BRUT	AMORTISSEMENTS ET PROVISIONS	NET	NET	NET	NET
ACTIF IMMOBILISE						
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	42 485	18 258	24 226	32 723	21 511	7 584
Concessions et droits similaires	42 485	18 258	24 226	32 723	21 511	7 584
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	296 490	113 434	183 056	232 701	257 271	159 289
Autres immobilisations corporelles	296 490	113 434	183 056	232 701	257 271	159 289
IMMOBILISATIONS FINANCIERES						
TOTAL I	338 975	131 692	207 282	265 424	278 782	166 873
ACTIF CIRCULANT						
STOCKS ET EN COURS						
ACOMPTE ET AVANCES						
CREANCES D'EXPLOITATION	1 037		1 037	11 821	66 946	207 500
Créances clients et comptes rattachés						207 500
Autres créances d'exploitations	1 037		1 037	11 821	66 946	
CREANCES DIVERSES	1 470 446		1 470 446	797 903	761 803	557 146
Valeurs mobilières de placements					282 897	
Disponibilités	1 470 446		1 470 446	797 903	478 905	557 146
Virements émis						
TOTAL II	1 471 483		1 471 483	809 723	828 748	764 647
Charges à répartir sur plusieurs exercices						
TOTAL III						
Autres					7 666	5 255
TOTAL IV					7 666	5 255
Ecart de conversion - actif						
TOTAL V						
TOTAL GENERAL (I+II+III+IV+V)	1 810 458	131 692	1 678 765	1 075 147	1 115 196	936 775

PASSIF	2010	2009	2008	2007
CAPITAUX PROPRES				
Réserves	381 620	509 767	177 219	
- Report à nouveau	381 620	509 767	177 219	
Résultat de l'exercice	425 225	-128 148	332 548	177 219
Subvention d'investissement				
TOTAL I	806 845	381 620	509 767	177 219
PROVISIONS POUR RISQUES				19 760
TOTAL II				19 760
DETTES				
Dettes d'exploitation :	870 248	691 974	274 546	283 156
- Dettes fournisseurs et comptes rattachés	311 836	348 002	181 631	211 000
- Dettes fiscales et sociales	558 412	340 941	77 617	72 156
- Autres		3 030	15 299	
Dettes diverses :	1 672	1 554	330 883	456 640
- Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	1 554	1 554		
- Autres dettes			330 883	456 640
- Comptes transitoires ou d'attente	118			
TOTAL III	871 920	693 528	605 429	739 796
COMPTES DE REGULARISATION				
Ecart de conversion - PASSIF				
TOTAL IV				
TOTAL GENERAL (I+II+III+IV)	1 678 765	1 075 147	1 115 196	936 775

Aucun engagement hors bilan n'a été donné

4.3 Le fonds de roulement

	2007	2008	2009	2010
FRNG	30 106	563 532	116 196	599 563
BFR	-532 296	-198 271	-681 707	-870 883
Trésorerie nette	562 402	761 803	797 903	1 470 446
FRNG N en mois de charges décaissables N+1	0,16	2,31	0,44	1,95

Le fonds de roulement au 31/12/2010 correspond à près de 2 mois de charges de fonctionnement par rapport au budget 2011.

Le besoin en fonds de roulement apparaît systématiquement négatif en fin d'exercice en raison de la nature de ses recettes constituées par les contributions de ses membres.

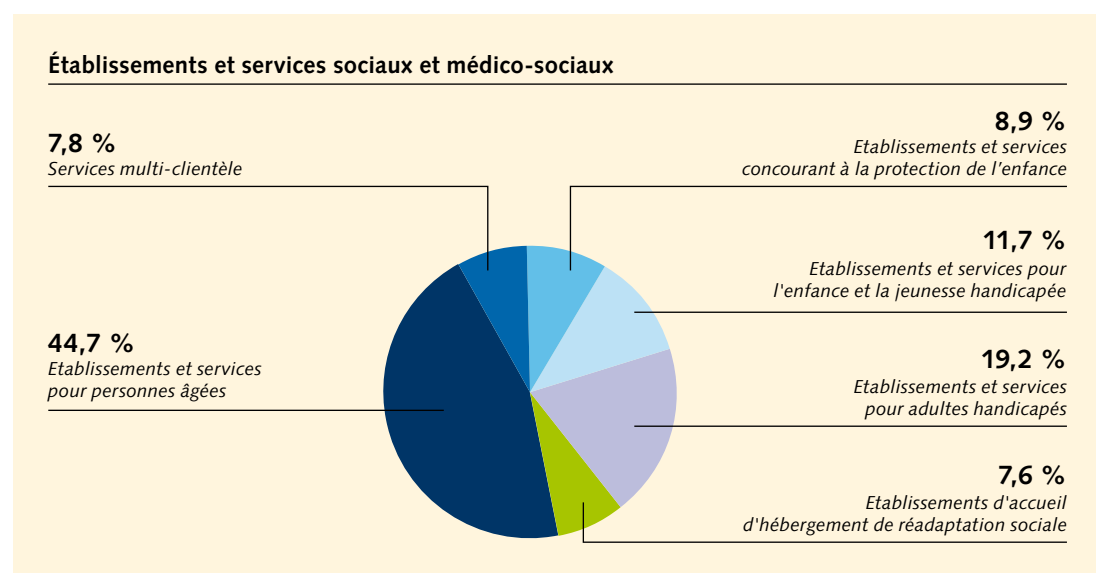
ANNEXES

ANNEXE 1

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux en 2010

	Nombre d'établissements et services		Répartition %	
	Sept. 2008	Janv. 2010	Sept. 2008	Janv. 2010
Etablissements et services sociaux et médico-sociaux	37 436	38 543	100 %	100 %
Etablissements et services concourant à la protection de l'enfance	3 598	3 422	10 %	8,9 %
Etablissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapée	4 422	4 517	11,8 %	11,7 %
Etablissements et services pour adultes handicapés	7 030	7 405	19 %	19,2 %
Etablissements d'accueil d'hébergement de réadaptation sociale	2 388	2 945	6,4 %	7,6 %
Etablissements et services pour personnes âgées	17 090	17 245	45,7 %	44,7 %
Services multi-clientèle	2 908	3 009	7,8 %	7,8 %

(Source : fichier FINESS, sept. 2008 et janv. 2010)



(Source : fichier FINESS, janv. 2010)

ANNEXES 2 & 3

Les recommandations de l'Anesm, des repères pour l'évaluation

Journée nationale

Jeudi 3 juin 2010

Salons Hoche, 9, avenue Hoche
75008 Paris

Programme

L'Anesm organise à Paris une rencontre nationale le 3 juin 2010, ayant pour objectif de tirer les enseignements des 11 journées interrégionales organisées par l'Agence en 2009 et 2010 avec le soutien financier de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le concours en régions de nombreuses organisations partenaires. Celles-ci avaient pour objectif de mobiliser les professionnels du secteur social et médico-social autour du déploiement de ses recommandations de pratiques professionnelles et du dispositif d'évaluation. Elles ont rassemblé plus de 4000 professionnels. Cette journée nationale sera l'occasion d'établir un bilan du dispositif, et de mettre en lumière les questions relatives à l'organisation du dispositif d'évaluation à travers des échanges avec les représentants des autorités. L'enjeu est de taille au regard des rapports d'évaluation interne et externe que devront transmettre les établissements et services aux autorités de contrôle et de tarification.

Journée animée par Florence Elguiz, rédactrice en chef de Travail Social Actualités

08h15 Accueil des participants

Les journées interrégionales

09h15 Ouverture de la journée

Madame Nora Berra, Secrétaire d'Etat chargée des Aînés
Agnès Jeannet, présidente du Conseil d'administration de l'Anesm

09h30 Bilan des journées interrégionales

André Ducournau, président du Comité d'orientation stratégique de l'Anesm
Michel Legros, président du Conseil scientifique de l'Anesm

10h00 Restitution des journées interrégionales : mobilisation et perspectives

Trois représentants des Comités d'organisation des journées :

- Basse-Normandie/Bretagne/Pays-de-la-Loire
- Bourgogne/Franche-Comté/Rhône-Alpes
- Auvergne/Limousin

Trois étapes d'une démarche d'évaluation interne

11h00 Analyser les besoins et prendre en compte les attentes des usagers

Catherine Piot, directrice d'Ehpad (Ile-de-France)
Alain Griffond, directeur général adjoint d'une association de protection de l'enfance accueillant des adolescents en grande difficulté (Ile-de-France)

S'appuyer sur le recueil d'informations

Florence Maïa, directrice d'établissement pour enfants polyhandicapés (Alpes-Maritimes)
Sandrine Maillot, responsable du service de maintien à domicile - CCAS (Clermont-Ferrand)

Echanges avec les participants

12 h 30 Déjeuner libre


14 h 30  **Piloter une démarche d'évaluation en continu**
Patrick Enot, directeur général de l'Adapei (Haute-Loire)
Catherine Cabannes, directrice de CHRS (Ile-de-France)
Echanges avec les participants

Table ronde

15 h 15 **Les résultats de l'évaluation interne et externe : quels enjeux pour les autorités de tarification et de contrôle ?**
Avec la participation de :
Claude Evin, directeur de l'ARS Ile-de-France
Philippe Bas, vice-président du Conseil général de la Manche en charge des Solidarités
Jean-Pierre Hardy, chef du service Politiques sociales à l'Assemblée des départements de France
Sabine Fourcade, adjointe au directeur de la Cohésion sociale
Joël Magda, directeur régional de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale
Mireille Gauzer, adjointe au directeur de la Protection judiciaire de la Jeunesse
Hubert Allier, directeur général de l'Uniopss
Echanges avec les participants

16 h 45 Clôture
Didier Charlanne, directeur de l'Anesm

Eléments de synthèse Journée nationale organisée par l'Anesm 3 juin 2010

Restitution des journées interrégionales : mobilisation et perspectives

Par les représentants des Comités d'organisation de trois journées interrégionales.

Globalement, les attentes des professionnels étaient fortes au regard de ces journées qui ont créé du lien.

Basse-Normandie / Bretagne / Pays-de-la-Loire : **Marc Rouzeau, IRTS de Bretagne**

Journée organisée par le Comité régional du travail social de Bretagne le 14 janvier 2010.

Les points forts :

- l'évaluation n'est plus un problème. il n'y a plus d'antinomie entre le développement de la créativité et l'exercice de formalisation que constitue la démarche d'évaluation ;
- à noter : il ne peut y avoir évaluation sans évaluation des effets sur les usagers. Mais « en France, on ne sait pas le faire ». Il y a donc une dynamique de collaboration à développer qui demande le soutien de l'Anesm pour développer des expérimentations sur ce sujet. Et deux exigences : la formation des acteurs et la capacité du management de proximité à se saisir de la question de l'évaluation.

Propositions :

- poursuivre une dynamique interrégionale avec journées ;
- renforcer la recherche : l'IRTS de Bretagne va lancer une recherche comparative sur la protection de l'enfance.

Bourgogne / Franche-Comté / Rhône-Alpes : **Claude Volkmar, directeur du Creai Rhône-Alpes**

Journée organisée par le Creai-Rhône-Alpes centrée sur l'appropriation des recommandations le 26 novembre 2009 :

- difficulté à organiser des ateliers car peu d'éléments disponibles sur leur appropriation ;
- nécessité de faire entrer ses propres pratiques professionnelles dans les recommandations ;
- utilité des recommandations : formulation structurée qui permet de passer de l'implicite à l'explicite, d'aller vers du partage et du consensus ;
- les recommandations permettent d'introduire une posture à l'évaluation, « dissonance utile pour faire bouger les lignes de la pratique ».

Propositions :

En vue d'une meilleure appropriation des recommandations :

- définir les conditions d'appropriation ;
- sensibiliser les centres de formations des travailleurs sociaux ;
- mettre en place des relais locaux de l'Anesm ;
- développer des ateliers sur les questionnaires d'évaluation ;
- renouveler des journées sur l'évaluation et les politiques publiques ;
- multiplier les supports de communication.

➤ Auvergne / Limousin :

Luc Astoul, responsable Qualité, conseil général du Puy-de-Dôme

Corinne Chervin, directrice Uriopss Auvergne-Limousin

Journée co-pilotée par le conseil général et l'Uriopss le 19 novembre 2009

Luc Astoul :

Implication forte du conseil général pour au moins 4 raisons :

- l'action sociale est une action publique encadrée par la loi et financée par le conseil général ;
- au-delà de l'obligation, la démarche évaluative est une opportunité pour rendre compte de l'action sociale aussi bien pour les ESSMS que les collectivités locales qui en assurent en partie le financement et les orientations. Aide à démontrer à quoi sert l'argent public ;
- on ne peut imaginer que les conseils généraux ne soient pas impactés par la lame de fond que représente l'engagement des ESSMS dans l'évaluation de leurs activités et prestations ;
- la loi 2002 a touché aux rapports entre pouvoirs publics et associatifs et a accentué les aspects de contrôle. Il est donc temps pour les CG de sortir d'une logique comptable et de contrôle de gestion pour s'engager dans la qualité.

Corinne Chervin :

L'évaluation était souvent perçue comme une contrainte.

- Aujourd'hui, elle est admise et sert à mesurer les effets sur les usagers.
- On peut sans crainte faire référence à la notion de « performance sociale » qui doit être « globale et collective ». Il ne s'agit pas en effet de mesurer la performance individuelle mais à la fois l'efficacité budgétaire et la qualité de vie.

Trois étapes d'une démarche d'évaluation interne

➤ Analyser les besoins et prendre en compte les attentes des usagers

Catherine Piot, directrice de l'Ehpad Bon Secours (Ile-de-France)

Objectif : redonner la parole aux usagers

- Recueillir les habitudes de vie bien avant l'entrée en institution
- Intérêt du conseil de la vie sociale mais aussi d'un conseil des résidents, d'une réunion des familles, des bénévoles
- Questionnaire annuel de satisfaction
- Intérêt du travail d'équipe pour l'appropriation des référentiels
- Encourager les équipes à s'adapter et « gérer l'humeur du jour », mais difficulté à promouvoir cette dynamique avec les vacataires

Jean Pineau, directeur général de l'association de protection de l'enfance Jean Cotxet (Ile-de-France)

- Equipe non formée à l'évaluation mais construction pas à pas d'un référentiel dès 2005 travaillé par les cadres de l'association pendant 1 an et demi malgré les résistances, et démarrage par un questionnaire construit par les professionnels puis soumis aux bénéficiaires de la structure
- Utilisation des recommandations pour améliorer le référentiel

➤ S'appuyer sur le recueil d'informations

Florence Maïa, directrice d'établissement pour enfants polyhandicapés (Alpes-Maritimes)

- Recueil des besoins dans la cadre du projet personnalisé : partir de l'observation au quotidien puis formaliser des outils adaptés et modulés à la population accueillie
- Adapter les réponses avec l'ensemble des professionnels : par exemple, l'agrégation de tous les projets personnalisés a montré que la dimension sensorielle n'était pas assez développée. Certains aspects de la prise en charge ainsi que les espaces ont été réaménagés en conséquence
- L'ensemble des professionnels a été associé
- Les grilles sont modulables. Tous les items sont adaptables aux autres secteurs

Sandrine Maillot, responsable du service de maintien à domicile - CCAS de Clermont-Ferrand

Différentes modalités de recueil des informations à travers notamment un questionnaire de satisfaction adressé aux utilisateurs du service une fois par an :

- visite à domicile pour évaluation des besoins (grilles) ;
- recueil de l'avis des proches (familles, voisins...).

Utilisation de ces informations :

- sensibilisation des personnels d'intervention lors des réunions de secteur ;
- explication de la procédure et des mesures à effectuer, de leur intérêt et de leur prise en compte.

➤ Piloter une démarche d'évaluation en continu

Patrick Enot, directeur général de l'Adapei de Haute-Loire

L'évaluation interne :

- s'inscrit dans le projet d'établissement et dans une approche ordinaire ;
- est une démarche collective et partagée ;
- maintient une dynamique continue ;
- doit s'inscrire dans le management et donc faire l'objet d'une communication.

Il s'agit d'une démarche qui impose :

- d'oser le risque et de gérer l'incertitude ;
- de maintenir le lien avec les usagers ;
- d'associer les partenaires extérieurs.

Catherine Cabannes, directrice de CHRS (Ile-de-France)

La construction de la démarche :

- est un dispositif institutionnel important pour assurer la communication et la circulation de la réflexion ;
- impose un choix de prestations (par exemple accompagnement à la santé, à l'insertion professionnelle, aux conditions de séjour etc.) ;
- impose la participation des usagers.

Les outils à mettre en place :

- existence de références comme les bonnes pratiques ;
- déclinées en questionnaire auprès des usagers et des professionnels ;
- un questionnaire validé par un comité de pilotage souverain ;
- un CVS élargi, efficace et productif, qui a fait tomber les résistances.

Les facteurs clés de réussite :

pour les professionnels

- prévenir le risque de déconnexion des professionnels non directement impliqués dans la démarche ;
- donner les résultats de la première évaluation, puis régulièrement en réunion institutionnelle et la synthèse au fur et à mesure car cela a un effet immédiat et spontané sur les pratiques.

pour les usagers

- les associer au travers de réunions pédagogiques d'explicitation de la démarche ;
- les associer aux mêmes instances que les professionnels pour engager une co-construction ;
- prévoir une autre équipe pour les aider au remplissage du questionnaire.

Les effets :

- création d'une dynamique
- 5 enseignements donnés par cette dynamique :
 - la co-construction avec les usagers n'est pas un danger ;
 - le dispositif peut être révisé sans être détruit ;
 - le changement n'est pas dangereux ;
 - facilite l'actualisation du projet d'établissement ;
 - facilite le changement de culture ;
 - Nota bene : plan d'amélioration de la qualité permet d'aborder l'évaluation avec sérénité, l'évaluation reste un outil.

ANNEXE 4

Table ronde Les résultats de l'évaluation interne et externe : quels enjeux pour les autorités de tarification et de contrôle ?

Sabine Fourcade, adjointe au directeur de la Cohésion sociale

- Informe que le décret relatif à l'évaluation externe des ESSMS doit bientôt paraître, car il a reçu un avis favorable des instances ;
- rappelle les dispositions et obligations réglementaires de l'évaluation externe en vue du renouvellement de l'autorisation, tant dans la période transitoire qu'à terme ;
- les étapes de cette obligation imposent une organisation en regard pour faire face à la montée en charge de la procédure ;
- l'évaluation interne est une démarche en continu qui donne matière à un rapport tous les cinq ans et est essentielle à l'amélioration de la qualité ;
- l'objectif de l'Anesm est d'apporter des outils aux professionnels en vue du service rendu aux usagers.

Joël Magda, directeur régional de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Basse-Normandie

- Le rapport d'évaluation interne est un outil de management et non un couperet. C'est aussi un outil de dialogue avec les établissements et services pour discuter de la définition des besoins sur le territoire, du développement des actions en place. Un élément parmi d'autres au regard des missions d'inspection ...
- enjeux de l'évaluation :
 - tarification et planification/autorisation
 - axes de progrès, bientraitance
 - qualité des parcours individuels, qualité des activités déployées par l'ESSMS
 - politique de territoire du secteur social

Marc Bourquin, responsable du pôle médico-social à l'ARS Ile-de-France

- Rappel du nombre d'ESSMS en Ile-de-France d'où une charge de travail importante à prévoir pour l'évaluation externe
- Prévoir la coopération avec le conseil général, l'Anesm, la HAS, l'Anap
- Restent à définir les outils utilisables, le calendrier

Philippe Bas, vice-président du Conseil général de la Manche en charge des Solidarités

- se félicite des progrès accomplis dans l'évaluation interne des ESSMS malgré le retard
- intérêt de la création de l'Anesm :
 - amélioration de la qualité des services aux personnes : recherche de la mieux-traitance
 - cadre défini pour l'évaluation interne
- bien distinguer l'évaluation interne de la procédure d'allocation des moyens. L'évaluation ne peut servir de sanction pour attribuer ou non des moyens

Jean-Pierre Hardy, chef du service Politiques sociales à l'Assemblée des départements de France

- démarche qualité en continu ne s'inscrit pas dans une logique d'objectif zéro défaut. On est dans une logique de filière et de parcours

Hubert Allier, directeur général de l'Uniopss

- L'évaluation est l'une des pierres angulaires de l'avenir. Elle pose aujourd'hui des questions sur la façon de s'y prendre, sur les outils.
- Éléments favorables/défavorables et polluants :
 - en négatif : évaluation attachée à l'autorisation ;
 - en positif : outil de dialogue si écoute de la part des autorités de tarification, implication de tous les acteurs, et participation des usagers.
- Marché colossal pour les organismes habilités.
- Quelle évaluation des besoins des personnes ? Le concept d'établissement est-il pertinent au regard d'une approche en termes de filière et parcours ?
- Quelle évaluation des politiques publiques ?
- Moyens insuffisants dans certains secteurs.
- Rôle des différentes agences : Anesm = qualité, Anap = efficacité et moyens, HAS ? Quelles relations avec la CNSA ?

Présentation de l'échantillon de l'enquête ESSMS 2010

L'enquête s'appuie sur un échantillon représentatif de 2 990 établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) de France métropolitaine, 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).

La stratification de cet échantillon s'est opérée selon la méthodologie retenue en 2008 et 2009, soit une répartition selon **les quatre grands secteurs** du champ social et médico-social.

Personnes Agées : 10 strates représentant 1 092 structures enquêtées, dont :

- 6 strates pour les Ehpad (641 structures enquêtées) ;
- 3 strates pour les foyers logements (301 structures enquêtées) ;
- 1 strate pour les Ssiad (150 structures enquêtées).

Handicap : 9 strates représentant 1 096 structures enquêtées, dont :

- 4 strates pour les structures pour enfants (499 structures enquêtées) ;
- 5 strates pour les structures pour adultes (597 structures enquêtées).

Protection de l'Enfance : 4 strates représentant 400 structures enquêtées.

Inclusion : 4 strates représentant 402 structures enquêtées.

Le questionnaire est construit autour de questions fermées à choix multiples ou unique, et de questions ouvertes. Il aborde les thèmes suivants :

- les caractéristiques de l'établissement ou service enquêté ;
- l'avancement global de la démarche d'évaluation dans la structure ;
- la méthodologie mise en œuvre (cadre évaluatif et recueil d'informations, mobilisation des parties prenantes) ;
- les suites données à l'évaluation interne (champs du plan d'amélioration) ;
- l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

L'enquête a été administrée par téléphone du 6 octobre au 12 novembre 2010. Les ESSMS concernés avaient été préalablement informés par courrier.

Comme en 2008 et 2009, les établissements et services contactés ont manifesté un intérêt certain pour cette enquête : le taux de refus s'est limité à 8 %.

La collecte des données aura au total concerné 3 010 structures.

ANNEXE 5

Journée d'information

Le dispositif d'évaluation dans le secteur social et médico-social

Jeudi 2 décembre 2010

Maison de la Chimie
28 rue Saint-Dominique
75007 Paris

Programme

09h30 Accueil des participants

10h00 Ouverture de la journée

Didier Charlanne, directeur de l'Anesm

Sabine Fourcade, adjointe au directeur général de la Cohésion sociale

10h30

↳ Les attendus de l'évaluation interne et externe

↳ Le calendrier

↳ Les travaux en cours

Didier Charlanne, directeur de l'Anesm

Thérèse Hornez, responsable du service Recommandations

Echanges avec les participants

↳ La gestion des habilitations

↳ Le traitement des rapports d'évaluation externe

↳ L'élaboration d'outils

Didier Charlanne, directeur de l'Anesm

Echanges avec les participants

13h00 Buffet sur place

14h15 ↳ Interventions/Questions/Réponses

15h00 Didier Jaffre, directeur de l'Offre de soins et de l'autonomie, ARS de Bourgogne

La démarche engagée en Bourgogne ; les attentes des professionnels

Echanges avec les participants sur le dispositif d'évaluation et les outils nécessaires à l'accompagnement des ESSMS

15h00 ↳ Perspectives : quelle offre de services de l'Anesm ?

16h00 Didier Charlanne, directeur de l'Anesm

16h30 Clôture

Agnès Jeannet, présidente du Conseil d'administration de l'Anesm

ANNEXE 6



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

Le Directeur de l'Agence Nationale
de l'évaluation et de la qualité des
établissements et services
sociaux et médico-sociaux

à

Mesdames et Messieurs les représentants
légaux des organismes habilités

Copies à :

Mesdames et Messieurs les Présidents de Conseils Généraux,

Monsieur le Secrétaire Général des ministères chargés des affaires sociales,

Monsieur le Directeur général de la Cohésion Sociale,

Mesdames et Messieurs les Directeurs d'Agence régionale de santé,

DECISION N°2010001 du 2 juillet relative à la mise en œuvre des dispositions de suivi de l'activité des organismes habilités au titre de l'article L312-8 du code de l'action sociale et des familles

Objet : Modalités de mise en œuvre du rapport d'activité périodique que les organismes habilités par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux doivent lui adresser.

L'habilitation délivrée par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), est une condition strictement requise pour la détention de mandats d'évaluation externe d'établissements et services visés à l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Cette habilitation repose sur le respect des dispositions fixées par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 et des engagements pris au titre de la procédure d'habilitation adoptée par le conseil d'administration de l'Anesm.

Conformément aux dispositions de l'article D312-202 du code de l'action sociale et des familles, les organismes habilités rendent à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, selon des formes et une périodicité qu'elle détermine, et au moins tous les sept ans, un rapport d'activité qui permet notamment d'examiner le respect du cahier des charges fixé par le décret susvisé et des critères d'habilitation.

Le format du rapport d'activité doit donc permettre de disposer d'éléments de synthèse sur chaque mandat pris par les organismes au titre de l'évaluation externe. Il se composera ainsi pour chaque mandat de deux parties : l'une sur les données administratives et relatives aux équipes mobilisées, la seconde sur la synthèse de la mission d'évaluation conduite.

Le rapport d'activité sera mis en œuvre **en deux étapes** :

- une première partie visant à identifier les mandats d'évaluation externe pris par les organismes habilités et les équipes qui ont été déployées, est d'application immédiate ;
- une seconde partie complétant la première, et visant à disposer d'éléments sur le respect du cahier des charges, sera déployée par la suite. Cette seconde partie est en cours de finalisation et fera l'objet d'un test auprès d'un échantillon d'organismes avant d'être généralisée.

Le rythme retenu à ce stade pour la production et l'envoi de ces rapports est le semestre civil. Les organismes habilités devront donc adresser à l'Anesm par voie électronique, un fichier Excel, transmis ci-joint, renseigné pour chacune des missions terminées ou en cours. La date limite de réception à l'Anesm est fixée au 10 du mois suivant le semestre civil concerné.

La première transmission portera non pas sur le semestre écoulé mais sur la période écoulée entre la date de l'obtention de l'habilitation et le dernier jour du semestre qui précède l'envoi du rapport d'activité, soit le 30 juin 2010. Ce premier envoi sera réalisé au plus tard le 17 septembre par messagerie électronique en adressant le fichier Excel complété à l'adresse suivante : **anesm-habilitation@sante.gouv.fr**.

Les organismes n'ayant pas obtenu de mandat au titre de l'évaluation externe, porteront la mention « rapport d'activité semestriel: néant » en objet du message électronique sans adresser de fichier Excel.

Les organismes ayant obtenu des mandats mais dont les missions ne sont pas achevées sur le semestre concerné, porteront la mention « mandat en cours » dans la colonne prévue à cet effet dans le fichier.

L'Anesm n'assurera aucune relance, et l'absence de transmission à date limite entraînera l'engagement de la procédure de suspension de l'habilitation dont la première étape est constituée par l'invitation de l'organisme à formuler ses observations sur son manquement dans le délai d'un mois.

La décision de suspension de l'habilitation, une fois notifiée à l'organisme et rendue publique par l'Anesm, aura pour effet de suspendre les mandats en cours jusqu'à ce que l'organisme concerné réponde à son obligation de transmission à l'Anesm. L'absence de régularisation de l'obligation de transmission dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification de la décision de suspension de l'habilitation, entraînera l'engagement de la procédure de retrait de l'habilitation.

Au-delà de ces rapports d'activités qui constituent la base d'un contrôle de premier niveau, l'Anesm examinera un échantillon annuel des rapports d'évaluation dans le cadre de son plan de contrôle annuel, en vue de s'assurer du maintien des conditions de l'habilitation des organismes.

L'article D312-202 du code de l'action sociale et des familles porte à la charge de la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social concerné et de l'autorité ayant délivré l'autorisation, l'information de l'Anesm des différends ou manquements survenus en matière de méthodologie d'évaluation et de production des résultats.

Lorsqu'il résulte de l'application des dispositions précédentes que les termes du présent cahier des charges ne sont pas respectés, l'Agence peut, après avoir recueilli les observations de l'organisme concerné, suspendre ou retirer l'habilitation.

Afin de respecter les dispositions du décret, l'attention des organismes est attirée sur la hiérarchie des textes qui fait prévaloir les termes du cahier des charges des évaluations externes fixé par décret, sur les documents contractuels de mise en concurrence, en particulier sur l'obligation faite à l'organisme habilité :

De porter une appréciation sur l'existence et la pertinence des dispositifs de gestion et de suivi des activités et de la qualité des prestations délivrées ;

D'examiner la cohérence et la continuité des actions et interventions entre autre au regard du projet personnalisé ;

D'examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne et plus particulièrement les modalités de suivi et de bilan périodique ;

D'examiner la politique de gestion des risques individuels et collectifs ;

D'examiner le respect des critères énoncés par la réglementation notamment relatifs à la qualité de l'hébergement,

L'examen de la prise en compte des recommandations formulées par l'Anesm.

Les organismes sont ainsi informés qu'ils ne pourront pas se prévaloir des termes du document contractuel formalisant le mandat d'évaluation externe, pour répondre à un manquement relatif aux obligations qui leur sont faites par le décret n°2007-975 susvisé.

Ils sont par ailleurs invités à se tenir régulièrement informés de l'avancement des travaux de l'Anesm en accédant à son site (www.anesm.sante.gouv.fr) sachant qu'il leur sera demandé de prendre en compte toute production mise en ligne avant le début d'une mission.

Enfin, l'attention des organismes est attirée sur les travaux publiés et en cours à l'Anesm en matière d'évaluation interne des établissements et services visés à l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles, qui portent, d'une part, sur l'effet des prestations comme une des composantes de leur qualité et, d'autre part, sur l'utilisation d'outils de suivi et de pilotage en continu de la qualité des activités et prestations pour le déclenchement d'évaluations non programmées de pratiques.

Le directeur

Didier CHARLANNE

Pièce jointe :

- Tableau excel à renseigner et adresser à anesm-habilitation@sante.gouv.fr

La démarche engagée en Bourgogne Les attentes des professionnels

Didier JAFFRE
Directeur de l'offre de soins
et de l'autonomie,
ARS de Bourgogne

Cette présentation a pour but de présenter ce que l'ARS de Bourgogne a déjà engagé en termes de démarche d'évaluation et, plus globalement, de démarche qualité.

L'organisation de l'ARS de Bourgogne

Les ARS possèdent tous un organigramme différent bien qu'elles partagent les mêmes objectifs et les mêmes contraintes. L'ARS de Bourgogne comprend deux grandes directions métier, à savoir une Direction de la Santé publique en charge de la sécurité sanitaire et de la prévention et de l'éducation à la santé, et une Direction de l'Offre de soins et de l'Autonomie qui regroupe l'ensemble des domaines hospitalier, ambulatoire et médico-social. La Directrice générale de l'ARS a volontairement évité de reproduire des directions sectorielles afin de respecter l'esprit de la loi HPST et, par conséquent, de travailler dans le cadre d'une organisation totalement décloisonnée.

Les quatre départements de la Direction de l'Offre de soins et de l'Autonomie sont également construits sur ce mode de fonctionnement transversal :

- Le département Organisation est chargé des autorisations sanitaires, des appels à projets, des examens des réseaux de maisons de santé et des instances de démocratie sanitaire (La commission spécialisée d'Organisation des soins et la commission de l'Accompagnement médico-social notamment). Ce département est en charge des trois secteurs, principe qui se retrouve dans les trois autres départements de cette direction. Si les personnels restent spécialisés dans tel ou tel secteur, l'organisation de l'ARS de Bourgogne permet de développer une vision transversale et, par

conséquent, une politique globale sur les trois secteurs.

- Le département Financement est chargé de l'allocation et de la tarification de l'ensemble des ESSMS de la région.
- Le département Personnels et Professionnels de santé est chargé de la fonction publique hospitalière et de toutes les questions de démographie comme le schéma régional des professions sociales.
- Le département Appui à la Performance illustre à la fois les notions de qualité et de coût. Afin de coupler ces deux visions, un médecin a été placé à la tête de ce département, avec pour adjoint un contrôleur de gestion. Ce département comprend des chargés de mission Efficience sur le domaine hospitalier et sur le domaine médico-social. L'ancienne conseillère technique des soins infirmiers est devenue chargée de mission Qualité, à savoir qu'elle est chargée de toute la politique qualité de l'ARS en ce qui concerne les ESSMS. Elle agit donc à la fois sur la démarche relative à la certification en lien avec HAS et sur la démarche relative à l'évaluation interne et externe en lien avec l'Anesm. Cette vision globale permet à l'ARS d'accompagner les acteurs des différents secteurs. Ce département comprend également des domaines plus classiques (contrôle de gestion, investissements, système d'information, etc.) avec, à chaque fois, une volonté prégnante de développer une vision globale sur l'ensemble des secteurs.

L'ARS dispose également de quatre délégations territoriales jouant le rôle d'interlocuteurs de proximité sur les quatre départements de la Bourgogne. Enfin, une équipe transversale travaille actuellement sur le projet régional de santé (PRS). Son directeur travaille avec toutes les directions pour mener à bien à la fois l'élaboration des orientations stratégiques et celle des trois schémas régionaux.

L'élaboration d'un programme régional Qualité

La qualité et la sécurité des soins ont d'emblée été inscrites dans les enjeux majeurs de l'ARS de Bourgogne. Le choix a été fait d'élaborer un programme régional Qualité, sécurité et

gestion des risques qui intègre l'ensemble des domaines d'intervention de l'ARS, à savoir le sanitaire, le médico-social, l'ambulatoire mais également l'environnemental. Ce programme régional constituera l'un des programmes du PRS de manière à illustrer le fort enjeu de l'amélioration des pratiques, de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes qui sont hébergées dans les ESSMS dont l'ARS de Bourgogne a la charge.

Dans le cadre de ce programme régional Qualité, l'ARS de Bourgogne a initié, dès le mois de septembre, trois rencontres régionales dont l'une sur le domaine médico-social, une autre en lien avec la HAS et l'ensemble des établissements de santé et une troisième, plus spécifique, sur la gestion des risques avec les responsables chargés de ces sujets dans les ESSMS.

Deux grandes actions complémentaires ont été identifiées dans le volet médico-social du programme Qualité, à savoir d'une part le suivi exhaustif des évaluations internes et externes menées par les structures, et d'autre part l'animation régionale centrée sur les démarches qualité des structures.

Première action du volet médico-social du programme régional Qualité : le suivi exhaustif des évaluations internes et externes menées par les structures

Il s'agit d'un objectif de performance des ARS dans le cadre de leur CPOM. L'ARS de Bourgogne s'est fixé un objectif relativement prudent pour 2011, soit 10 % des ESSMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe, avec une montée en charge progressive les années suivantes, soit 30 % en 2012, 70 % en 2013 et 100 % en 2014.

Cette action devra être menée en lien avec ses délégations territoriales. L'ARS de Bourgogne identifie en ce moment un réseau interne de référents suivant spécifiquement les questions relatives aux personnes handicapées et aux personnes âgées. L'ARS élabore également une procédure de suivi des structures médico-sociales en lien avec ses délégations territoriales.

Ce travail nécessitera la création d'un outil de suivi partagé pour connaître en temps réel l'état d'avancement des évaluations et repérer les difficultés éventuelles. L'ARS de Bourgogne a déjà élaboré un questionnaire informatisé destiné à l'ensemble des structures. La première version de ce questionnaire sera diffusée dès janvier 2011 et ensuite régulièrement de manière à

obtenir un premier état des lieux exhaustif dès mars 2011 puis un état des lieux actualisé tous les ans. Cet état des lieux permettra de connaître le nombre de structures ayant réalisé une évaluation interne, le nombre de structures ayant mis en œuvre un programme d'amélioration de la qualité à la suite de l'évaluation interne et le nombre de structures ayant fait mener une évaluation externe par un organisme agréé par l'Anesm. Il permettra enfin de transmettre et d'analyser les résultats des évaluations.

Cette action doit être couplée avec le Programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPR GDR). Dans ce cadre, l'ARS de Bourgogne participe à l'élaboration d'indicateurs de qualité et d'efficience dans les Ehpad au niveau national.

2^e action du volet médico-social du programme régional Qualité : l'animation régionale centrée sur les démarches qualité des structures

Il s'agit de favoriser le développement des démarches qualité au sein des structures, de les accompagner dans les démarches d'évaluation selon les modalités de l'Anesm et de créer et animer un réseau régional.

L'ARS de Bourgogne a organisé une première journée régionale à Dijon le 30 septembre 2010 avec l'intervention de l'Anesm. Cette journée, à laquelle 250 professionnels ont participé, a été l'occasion de transmettre des informations officielles, de présenter des retours d'expérience d'évaluations internes et externes, d'échanger et de remettre aux participants un questionnaire destiné à connaître les priorités attendues par les professionnels.

Les résultats de ces questionnaires indiquent que plus de 91 % des participants ont été satisfaits voire très satisfaits à la fois de l'intérêt de la thématique, soit la qualité et l'évaluation, et de la pertinence des interventions. La dimension territoriale/départementale s'est avérée très importante puisque 62 % des participants ont trouvé qu'il serait pertinent de développer une dynamique au niveau du territoire de santé.

Les deux tiers des participants ont toutefois souhaité l'organisation d'une réunion régionale tous les semestres. S'agissant des thématiques sur lesquelles les participants ont souhaité qu'une réunion régionale soit organisée au moins annuellement, la présentation d'outils semble constituer un thème prioritaire.

Le retour d'expérience et les échanges entre les acteurs du secteur médico-social sont également apparus important aux yeux des participants, de même que l'approche réglementaire et théorique. Les participants ont par ailleurs jugé pertinent d'identifier des référents « évaluation Anesm » parmi les professionnels, et notamment au niveau des territoires de santé.

Les trois quarts des établissements souhaitent participer à la démarche qualité, ce qui illustre une sensibilisation et une réelle volonté. Enfin, l'élaboration d'un référentiel d'autoévaluation de base commun constitue le principal thème sur lequel les participants souhaitent travailler en groupe.

Viennent ensuite l'élaboration d'outils, de procédures et de grilles d'évaluation sur la maltraitance, sur le projet de vie et sur le projet d'établissement. 25 % des structures représentées à cette journée étaient en charge de personnes handicapées et 79 % d'entre elles s'occupaient de personnes âgées. 27 % de ces structures ont déjà mené une évaluation interne mais aucune d'entre elles n'a encore entamé de démarche d'évaluation externe. Enfin, les participants ont majoritairement souhaité un soutien méthodologique de l'ARS et un soutien sur le type de coordination entre les structures.

L'ARS de Bourgogne est en train de constituer des groupes de travail sur les différentes thématiques qui ont été ciblées sur la base du questionnaire (référentiel commun d'autoévaluation, bientraitance, projet de vie, projet d'établissement, évaluation de la satisfaction, qualité de vie, etc.). La coordination des professionnels des structures en charge des personnes âgées d'une part et des professionnels des structures en charge des personnes handicapées d'autre part est en cours de mise en place par territoire de santé, de manière à créer un réseau opérationnel en lien avec les structures existantes (MOBIQUAL, CREA Bourgogne, ANESM, Conseil général, etc.) dès janvier 2011. Ce réseau a pour objectifs d'échanger sur les pratiques, de créer des outils communs, de mutualiser les compétences, de valoriser l'intérêt des démarches qualité et de développer les démarches d'évaluation dans les ESSMS.

Le programme MOBIQUAL et le Plan de prévention du risque et de gestion du risque (PPR GDR)

La Bourgogne est sollicitée pour participer au développement de la diffusion d'outils de bonnes pratiques et de référentiels d'évaluation en secteur gériatrique (sanitaire, médico-social et ambulatoire), réalisés par la Société française de gériatrie et de gérontologie. La participation de l'ARS de Bourgogne à ce programme MOBIQUAL s'intégrera à la démarche du programme régional Qualité. Une réunion préparatoire d'un groupe de référents est prévue en janvier 2011, l'idée consistant par la suite à organiser des réunions par territoire et/ou par thématique de présentation des outils et d'apporter un soutien individuel ou collectif aux structures.

L'ARS de Bourgogne fait également partie des sites expérimentaux du PPR GDR sur la qualité et l'efficacité des soins en Ehpad. Une démarche conjointe a été engagée avec l'assurance maladie consistant à organiser des rencontres individuelles au sujet des recommandations de bonnes pratiques dans chacun des Ehpad. Trois thèmes sélectionnés en 2009 ont été reconduits en 2010, à savoir la dénutrition, la prescription des pansements primaires et la prescription de benzodiazépines. L'ARS de Bourgogne devrait ajouter un quatrième thème relatif à la prévention des troubles du comportement chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

ANNEXE 8

Composition nominative du Conseil d'administration

Au titre du premier collège des autorités compétentes à l'égard des établissements et services sociaux et médico-sociaux (11 membres)

Neuf représentants de l'Etat

Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS)

Fabrice Heyriès, directeur général de l'Action sociale

Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Joëlle Chazal, chef du bureau « Etablissements sociaux, action locale et professions »

Rémy Marquier, (*suppléant*) adjoint au chef de bureau

Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)

Philippe-Pierre Cabourdin, directeur

Mireille Gauzere, (*suppléante*) adjointe du directeur de la Protection judiciaire de la jeunesse

Direction de la Sécurité sociale (DSS)

Dominique Libault, directeur

Jérôme Clerc, (*suppléant*) chef du bureau Etablissements sanitaires et établissements médico-sociaux

Direction générale de l'Organisation des soins (DGOS)

Annie Podeur, directrice

Cécile Balandier, (*suppléante*) chargée de mission à la sous-direction de la Régulation de l'offre de soins

Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

Agnès Jeannet, présidente du conseil d'administration, inspectrice générale

Agence Régionale de santé (ARS)

Michel Laforcade, directeur général de l'Agence régionale de santé du Limousin

Françoise Van rechem, directrice générale adjointe de l'Agence régionale de Picardie

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Laurent Vachey, directeur

Caisse nationale de Solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Emilie Delpit, directrice de projet chargée de la qualité et de la prospective

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

Représentant la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap)
Philippe Jourdy, directeur général de l'Association pour la sauvegarde des enfants invalides (Asei)
Claude Meunier, (*suppléant*) directeur général de l'Association des paralysés de France

Représentant la Fédération hospitalière de France (FHF)
Murielle Jamot, adjointe en charge du secteur social et médico-social
René Vayr, (*suppléant*) neurologue, responsable du pôle « Dépendance et maintien de l'autonomie » au centre hospitalier de Carcassonne

Représentant la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)
Catherine Cabannes, directrice du centre d'hébergement et de réinsertion sociale, cité Saint-Martin

Représentant le Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (Synerpa)
Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale

Représentant l'Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (Unapei)
Gérard Joinneaux, directeur de l'Unapei, vice-président de l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph)

Représentant la Convention nationale des associations de protection de l'enfant (Cnape)
Jacky Gavard, ancien directeur de l'Association meusienne pour la Sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence et des adultes (Amseaa)
Fabienne Quiriau, (*suppléant*) directrice générale de la Cnape

Représentant l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (Una)
Pierre Demortière, directeur du développement

Représentant l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas),
Gisèle Stievenard, adjointe au maire de la ville de Paris, conseillère générale
Nelly Baudron, (*suppléante*) conseillère technique et juridique

Représentant l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss)
Hubert Allier, directeur général
Arnaud Vinsonneau, (*suppléant*) adjoint au directeur général

Représentant la Fédération nationale Avenir et qualité de vie des personnes âgées (Fnaqpa)
Didier Sapy, (*suppléant*) directeur

Représentant l'Union nationale Aide à domicile en milieu rural (ADMR)
Thierry d'Aboville, secrétaire général de l'ADMR
Marcel Tanfin, (*suppléant*) président de l'ADMR

Au titre des représentants des usagers (4 membres)

Désigné par le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH)
Philippe Chazal, secrétaire général du Comité national pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes (Cnpsaa)

Désigné par le Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA)
Pascal Champvert, directeur de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)
Claudy Jarry, (*suppléant*) président de la Fédération nationale des associations de directeurs

d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa)

Désignée par le Groupement d'intérêt public enfance en danger (Giped)
Marie-Paule Martin-Blachais, directrice générale

Désigné par la fondation Armée du Salut
Alain Duchene, président
Elmi Mahamoud, (*suppléant*) membre du Réseau européen des associations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion

Assistent 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)

Bertrand Gaudin
Contrôleur économique et financier

Laure Laguerre
Agent comptable

Michel Legros
Président du Conseil scientifique, directeur du département Politiss de l'Ecole des Hautes études en santé publique (EHESP)

Patrice Gaquiere
Commissaire du gouvernement

Liste des délibérations du Conseil d'administration

CA du 26 mars 2010

Approbation de l'affectation du résultat de l'exercice 2009
Présentation et approbation du compte financier 2009
Présentation et approbation du rapport d'activité 2009

CA du 9 décembre 2010

Election du président et du vice-président du conseil d'administration
Approbation du programme annuel d'activité 2011
Approbation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses 2011
Mandat donné au directeur de l'Anesm pour engager une consultation des organisations syndicales représentatives en vue de la création d'un comité technique paritaire
Modification de l'article 50 de la délibération n° 20091210-3 relative aux règles applicables aux personnels contractuels de droit public de l'Anesm, prise en application du cadre d'emploi de l'Anesm.

Composition nominative du Comité d'orientation stratégique au 1^{er} janvier 2010

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)

Rémy Marquier (*suppléant*)
Drees

Lionel Lavin
Bureau des populations, direction générale de la Santé (DGS)

Benoît Lavallart (*suppléant*)
Direction générale de la santé (DGS)

Jeanne-Marie Urcun
Médecin de l'éducation nationale, conseillère technique, direction générale de l'Enseignement scolaire (DGESCO)

Florence Perrin (*suppléante*)
DGESCO

Catherine Hascoët
Directrice de service, direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)

Léonor Sauvage (*suppléante*)
DPJJ

Un représentant des collectivités locales

Joseph Joubert
Conseiller régional, Association des régions de France (ARF)

Malika Sakek (*suppléante*)

Quatre représentants des organismes de protection sociale

Colette Legat
Conseillère technique, Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf)

Christiane Crépin (*suppléante*)

Martine Dechamp
Technicienne de laboratoire et permanente syndicale, Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)

Claude Périnel (*suppléant*)

Michel Marty
Responsable du département de l'hospitalisation, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Catherine Réa (*suppléante*)

Bruno Lachesnaie
Sous-directeur, Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA)

Franck Darty (*suppléant*)

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)

Marie Geoffroy (*suppléante*)

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 (CNCPPH)

Bernard Seillier
Président du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE)

Christiane El Hayek (*suppléante*)

Emmanuel Fayemi
Directeur général de l'association départementale pour la sauvegarde de l'enfant à l'adulte du Finistère (Adesea 29)

Angèle Folleville (*suppléante*)

Raymonde Garreau
Présidente des Aînés ruraux

Marguerite Bouhin (*suppléante*)

Judith Mollard
Responsable des missions sociales, association France Alzheimer

Jean Doudrich (*suppléant*)

Marcel Hérault
Président de la Fédération française Sésame autisme

Jean-Louis Agard (*suppléant*)

Jacques Ballet
Directeur du centre d'accueil de jour pour adultes « Les petites victoires », Association autisme France

Chantal Tréhin (*suppléante*)

Emmanuel Bon
Vice-président du Comité d'orientation stratégique, adjoint au directeur général, Association des paralysés de France (APF)

Catherine Wartel (*suppléante*)

Henriette Steinberg
Secrétaire nationale du Secours populaire*

Christophe Auxerre (*suppléant*)

Catherine Baldacci
Directrice du centre d'hébergement et de réinsertion sociale, Cité Notre-Dame, Secours catholique

Martine Moissette (*suppléante*)

Danielle Quantinet
Présidente de l'Union départementale des associations familiales (Udaf) de la Marne, Union nationale des associations familiales (Unaf)

Ariane Récalde (*suppléante*)

Huguette Boissonnat Pelsy
Association ATD quart-monde

Chantal Sibué Decaigny (*suppléante*)

Jean Canneva
Président de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam)

Jean-Louis Gilles (*suppléant*)

Régine Clement
Présidente de Trisomie 21 France

Jean-Paul Champeaux (*suppléant*)

Claude Finkelstein
Présidente de la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (Fnapsy)

Antoine Dubuisson (*suppléant*)

Philippe Lemaire
Responsable départemental, France terre d'asile

Véronique Lay (*suppléante*)

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

Evelyne Sylvain Directrice du département « Etablissements et services médico-sociaux », Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	Anne Oui Chargée de mission, Observatoire national de l'enfance en danger (Oned) David Pioli <i>(suppléant)</i>
Dominique Zumino Responsable de l'Action sociale, Agence nationale des services à la personne (ANSP) Jean-Pierre Blache <i>(suppléant)</i>	Christian Breuil Directeur Buc ressources, Groupement national des instituts régionaux du travail social (GNI) Jean-Michel Godet <i>(suppléant)</i>
Michèle Lenoir-Salfati Chef de service certification des établissements de santé, Haute autorité de santé (HAS) Patrice Dosquet <i>(suppléant)</i>	

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) Marine Darnault <i>(suppléante)</i>	Emmanuel Fayemi Directeur du service d'action éducative de Brest, représentant le Cnape* Jean Lavoué <i>(suppléant)</i>
Murielle Jamot Directrice du centre hospitalier de Puteaux, représentant la Fédération hospitalière de France (FHF) Virginie Hoareau <i>(suppléante)</i>	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)* Pierre Demortière <i>(suppléant)</i>
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)* Nathalie Nebout <i>(suppléante)</i>	Françoise Nouhen Vice-présidente de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas) Karen Soyer-Hooge <i>(suppléante)</i>
Florian Roger Conseiller technique au Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (Synerpa) Laurentia Palazzo <i>(suppléante)</i>	
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)* Séverine Ragon <i>(suppléante)</i>	

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)	Serge Heuzé Représentant l'Association des IEP et de leurs réseaux (AIRE) Yves Matho <i>(suppléant)</i>
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) Ignace Lepoutre <i>(suppléant)</i>	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) Céline Nossereau <i>(suppléante)</i>
Yann Rollier Secrétaire général de l'Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (Ancreai) Maurice Bollard <i>(suppléant)</i>	Anne-Valérie Dommanget Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales (Fegapei) Laurence Mazé <i>(suppléante)</i>
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) Sandra Bertezene <i>(suppléante)</i>	Marie Villez Représentant l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (Anitea) Louis-Michel Reliquet <i>(suppléant)</i>
Anne-Myrtille Dubois Responsable « Enfance et familles » à l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) Christian Fourreau <i>(suppléant)</i>	
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) Laurent Viglieno <i>(suppléant)</i>	Gérard Zribi Président de l'Association nationale des directeurs et cadres des ESAT (Andicat) Dominique Gallay <i>(suppléant)</i>
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) Patrick Enot <i>(suppléant)</i>	Françoise Toursiere Directrice de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa) Claudy Jarry <i>(suppléant)</i>

Norbert Navarro

Secrétaire adjoint de l'Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (AD-PA)

Pascal Champvert (*suppléant*)

Armelle de Guibert

Présidente de la section « Exclusion », directrice 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)

Pierre Tauden (*suppléant*)

ANNEXE 10**Composition nominative du Bureau du Comité d'orientation stratégique à compter du 28 septembre 2010****Président****André Ducournau**

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

Vice-président**Dominique Sacher**

Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss)

Section Personnes âgées**Philippe Rodriguez**

Président de la section
Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (Una)

Isabelle Bargès

Vice-présidente de la section
Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (Fnaqpa)

Section personnes handicapées**Thierry Nouvel**

Président de la section
Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei)

Catherine Wartel

Vice-présidente de la section
Association des paralysés de France (APF)

Section enfance**Jean-Marie Simon**

Président de la section
Secrétaire national de l'Association de directeurs, cadres de direction et certifiés de l'Ecole des hautes études en santé publique (ADC/EHESP)

Emmanuel Fayemi

Vice-président de la section
Convention nationale des associations de protection de l'enfant (Cnape)

Section inclusion sociale**Armelle de Guibert**

Présidente de la section
Association des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux et médico-sociaux (D3S)

Henriette Steinberg

Vice-présidente de la section
Secours populaire Français

Représentants des usagers et autres membres**Marcel Hérault**

Fédération française Sésame autisme

Philippe Lemaire

France Terre d'asile

Jean Canneva

Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam)

Autres membres
Norbert Navarro
Association des Directeurs au service des personnes âgées (AD-PA).

Serge Heuzé
Association des IEP et de leurs réseaux (AIRE)

Un représentant des directeurs des administrations sociales des départements

Pascal Goulfier
Président de l'Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements (Andass)
Jean-Claude Placiard (*suppléant*)

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)
Muriel Carroll (*suppléante*)

Michel Gaté
Président d'« A domicile services », représentant l'Union des syndicats et groupements d'employeurs représentatifs dans l'économie sociale (USGERES)
Loïc O'Murphy (*suppléant*)

Stéphane Racz
Directeur général adjoint du Syndicat national au service des associations du secteur social et médico-social (Snasea), représentant l'Union des fédérations et syndicats nationaux d'em-

ployeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social (Unifed)
Philippe Richard (*suppléant*)

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)
Jacques Gerzain (*suppléant*)

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

Bernadette Burnier
Confédération française démocratique du travail (CFDT)
Abdou Ali Mohamed (*suppléant*)

Georges Bres
Confédération générale du travail (CGT)
Bernard Frigout (*suppléant*)

Jean Barnéoud-Rousset
Confédération générale du travail - Force ouvrière (CGT-FO)
Christiane Morell (*suppléante*)

Jacques Doury
Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)
Christine Divay (*suppléante*)

Dominique Jeoffre
Confédération française de l'encadrement (CFE-CGC)
Jean-Baptiste Plarier (*suppléant*)

Composition nominative du Bureau du Comité d'orientation stratégique de janvier à septembre 2010

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

Philippe Rodriguez
Président de la section
Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (Una)

Isabelle Bargès
Vice-Présidente de la section
Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (Fnaqpa)

Section personnes handicapées

Thierry Nouvel
Président de la section
Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei)

Jean-Marie Barbier
Vice-Président de la section
Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

Section enfance

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

Jean-Marie Muller
Vice-Président de la section
Fédération nationale des associations d'entraide des pupilles et anciens pupilles de l'Etat (Fnadepape)

Section exclusion

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

Jean-Louis Reynal
Vice-Président de la section
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)

Liste des avis rendus par le Comité d'orientation stratégique en 2010

Huit avis rendus en 2010

Avis n°2010-33 favorable (08/03/2010)

Lettre de cadrage intitulée « Le partage de l'information dans le secteur de la PJJ et de l'ASE »

Avis n°2010-34 favorable (08/03/2010)

Lettre de cadrage intitulée « Favoriser l'intégration sociale et accompagner la scolarisation d'enfants en situation de handicap en SESSAD »

Avis n°2010-35 favorable (08/03/2010)

Lettre de cadrage intitulée « La qualité de vie dans les Ehpad »

Avis n°2010-36 favorable (20/04/2010)

Vote électronique de la section « Personnes handicapées » du 14 avril 2010 sur la lettre de cadrage intitulée « Autisme et autres troubles envahissants du développement : programmes et interventions chez l'enfant et l'adolescent »

Avis n°2010-37 favorable (20/04/2010)

Vote électronique du Comité d'orientation stratégique du 21 juin 2010 sur la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ».

Avis n°2010-38 favorable (28/09/2010)

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Evaluation interne dans les services d'aide à domicile ».

Avis n°2010-39 favorable (15/12/2010)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance ».

Avis n°2010-40 favorable (15/12/2010)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Qualité de vie en Ehpad : de l'accueil de la personne à son accompagnement »

Composition nominative du Conseil scientifique

Le mandat des membres du Conseil scientifique nommés par arrêté ministériel est arrivé à terme le 7 octobre 2010. Le nouvel arrêté de désignation est en cours.

Dominique Argoud

Maître de conférences en sciences de l'éducation, université Paris XII, Val-de-Marne

Brigitte Bouquet

Professeur titulaire de la chaire de 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, Ecole normale supérieure de Cachan

Roland Geadah

Psychologue, historien, enseignant universitaire, directeur du Centre international de consultations, d'études, de recherches et de formation (Cicorf)

Marcel Jaeger

Sociologue, directeur général de l'Institut régional du travail social (IRTS) Ile-de-France

Philippe Jeammet

Pédo-psychiatre, professeur des universités

Claude Jeandel

Professeur de médecine interne et de gériatrie à la faculté et au CHU de Montpellier

Michel Legros

Président du Conseil scientifique, directeur du département Politiss de l'Ecole des Hautes études en santé publique (EHESP)

Marie-Paule Martin-Blachais

Directrice du GIP « Enfance en danger », 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 Economie 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).

Liste des avis rendus par le Conseil scientifique

Six avis rendus en 2010

Avis n°2010-31 favorable (09/03/2010)

Lettre de mission intitulée « Le partage de l'information dans le secteur de la PJJ et de l'ASE ».

Avis n°2010-32 favorable (09/03/2010)

Lettre de mission intitulée « Favoriser l'intégration sociale et accompagner la scolarisation d'enfants en situation de handicap en SESSAD ».

Avis n°2010-33 favorable (09/03/2010)

Lettre de mission intitulée « La qualité de vie dans les Ehpad ».

Avis n°2010-34 favorable (09/03/2010)

Vote électronique du 12 avril 2010 sur la lettre de cadrage « Autisme et autres troubles envahissants du développement : programme et interventions chez l'enfant et l'adolescent ».

Avis n°2010-35 favorable (30/06/2010)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ».

Avis n°2010-36 favorable (29/09/2010)

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles « Evaluation interne dans les services d'aide à domicile ».

ANNEXE 13

Les conventions

CNSA/Anesm

La convention signée en 2007 a pour objet de déterminer les modalités et la périodicité de versement à l'Anesm de la dotation globale prévue à l'article L14-10-5 du CASF ainsi que les informations et les pièces justificatives qui doivent être communiquées à la CNSA.

HAS/Anesm (et APHP, FNME, Unapei, CNSA, Inpes)

La convention, signée le 15 juillet 2008, a pour objet de définir les modalités d'organisation et de financement de l'audition publique sur le thème de l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap qui s'est tenue les 22 et 23 octobre 2008 dans les locaux de l'Hôtel de ville de Paris.

Oned/Anesm

La convention, signée le 30 septembre 2008 par M. Didier Charlanne, directeur de l'Anesm, et le 14 janvier 2009 par M. Paul Durning, a pour objet l'engagement des parties de s'informer réciproquement sur les projets et travaux conduits sur la protection de l'enfance dans le cadre des missions respectives des deux institutions.

ANSP/Anesm

La convention signée en novembre 2008, a pour objet de définir les domaines d'intérêts communs aux deux parties, l'objet et les modalités de leur coopération.

DPJJ/Anesm

La convention signée le 2 janvier 2009, a pour objet de permettre à la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) de mettre à la disposition de l'Anesm un fonctionnaire de catégorie A des services déconcentrés de la protection judiciaire de la jeunesse.

SCIE/Anesm

La convention signée le 24 novembre 2009 a pour objet de définir comment le SCIE et l'Anesm collaboreront, mutualiseront leurs expériences respectives et se feront mieux connaître en Europe.

HAS/Anesm

L'accord cadre signée le 14 juin 2010 a pour objet de renforcer la collaboration entre la HAS et l'Anesm, par le développement d'actions communes ou complémentaires dans leurs champs de compétence, dans les domaines où les actions de l'Anesm et de la HAS sont synergiques, ainsi que les modalités concrètes d'organisation et de fonctionnement de ce partenariat.

ANAP/Anesm

La convention cadre signée le 13 décembre 2010, a pour objet de définir les conditions de coopération entre l'Anesm et l'ANAP sur leurs missions respectives

