

2012



RAPPORT D'ACTIVITÉ

Anesm

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

Avant-propos	3
L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux	5
PARTIE 1	
LES TRAVAUX D'APPUI À L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS ET DES ACTIVITÉS	8
La production de recommandations de bonnes pratiques professionnelles prévues par l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles	9
Les études, supports des pratiques et de la mise en œuvre de l'évaluation interne	22
Le programme de travail 2013	26
L'appropriation des recommandations par les professionnels	31
PARTIE 2	
L'ANESM, UN ACTEUR DU DISPOSITIF DE RENOUVELLEMENT DES AUTORISATIONS	48
Rappel du dispositif relatif à l'évaluation des pratiques et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux	49
Les actions conduites par l'agence pour la mise en œuvre de l'évaluation	51
L'avancée de l'évaluation	63
PARTIE 3	
DONNÉES ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES	92
Données administratives	93
Données financières	97
ANNEXES	
ANNEXES 1 à 8	102



**Monsieur
Didier Charlanne**
Directeur de l'Anesm

93 % des ESSMS engagés dans l'évaluation

Alors que l'Anesm entre dans sa sixième année d'existence, le rapport d'activité de l'année 2012 témoigne d'un niveau élevé d'engagement des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour améliorer la prise en charge des personnes vulnérables.

Les chiffres suivants sont éloquentes : en 2012, la quasi-totalité (93 %) des établissements sont engagés dans un processus d'évaluation. Seulement 7 % des ESSMS n'ont formalisé aucune démarche d'amélioration de la qualité.

Simultanément, 97 % des structures relèvent un impact immédiat de la démarche d'évaluation dans la qualité de vie des entités évaluées, les directions pouvant s'adosser aux travaux conduits pour mobiliser les équipes.

En outre, pour plus des deux tiers des établissements, la démarche d'évaluation interne a permis aux professionnels de mieux prendre en compte les besoins et attentes des usagers et de leurs proches.

C'est une dynamique d'ensemble qui est désormais enclenchée.

L'Anesm remercie ses partenaires, les fédérations professionnelles et les associations représentant les usagers, de leur investissement et les associe pleinement à ces résultats.

Les années 2013 et surtout 2014 devront voir ces tendances se confirmer au regard des échéances légales de transmission des rapports d'évaluations interne et externe.

L'Anesm est pleinement déterminée, avec une équipe resserrée mais fortement impliquée et dont la motivation est gratifiée par ces résultats probants, à poursuivre son accompagnement de l'ensemble des acteurs afin d'aider les ESSMS à ancrer dans leur quotidien une culture d'évaluation continue de la qualité de la prise en charge de personnes accueillies ou hébergées !



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

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 groupe-ment d'intérêt public entre l'État, 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 L. 312-1 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 à partir desquelles les ESSMS doivent légalement procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.
- La seconde consiste à habiliter les organismes auxquels les ESSMS doivent faire appel afin qu'ils procèdent à l'évaluation externe des activités et de la qualité de leurs prestations en vue notamment du renouvellement de leur autorisation de fonctionnement (cf. annexe 3-10 du Code de l'action sociale et des familles).

Son fonctionnement

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

- le **Conseil scientifique**, composé de 15 personnalités reconnues, 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 de près de 70 représentants de l'État, d'élus, d'usagers, collectivités territoriales, de fédérations, de directeurs d'établissements, de salariés, d'employeurs, etc., instance d'échange et de concertation, il participe à l'élaboration du programme de travail de l'Anesm.

Le champ de compétences

L'Anesm est compétente sur 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'addiction... Les catégories de services et d'établissements sont très diversifiées : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les foyers d'accueil médicalisé pour personnes handicapées (FAM), les maisons d'enfants à caractère social (Mecs), les foyers de jeunes travailleurs, les appartements thérapeutiques, etc.





Le dispositif d'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 porté par des organismes indépendants habilités par l'Anesm qui émettront un avis, notamment sur les conditions dans lesquelles l'évaluation interne a été mise en œuvre, et sur les axes d'amélioration préconisés.

Elle complète le système d'évaluation interne, et permet aux autorités de tarification et de contrôle d'engager un dialogue avec les ESSMS sur les conditions de renouvellement de leurs autorisations de fonctionnement.

Le niveau d'engagement des ESSMS dans l'évaluation interne était de 26 % à la création de l'Anesm en 2007, il s'élève aujourd'hui à 71 %¹.

Les recommandations de l'Anesm

- Trente-deux recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles sur : www.anesm.sante.gouv.fr
- **Tous secteurs**
 - *Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (2012).*
 - *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (2012).*
 - *Le questionnaire éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (2010).*
 - *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (2010).*
 - *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (2009).*
 - *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (2009).*

¹ Enquête nationale 2012 sur la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L. 312.1 du CASF.

- *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles* (2009).
- *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance* (2008).
- *Ouverture de l'établissement* (2008).
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* (2008).
- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* (2008).
- *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses* (2008).
- *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées* (2008).
- *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles* (2008).

➤ Personnes âgées

- *Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident* (2012).
- *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (2012).
- *Qualité de vie en Ehpad (volet3) : La vie sociale des résidents en Ehpad* (2012).
- *Qualité de vie en Ehpad (volet2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* (2011).
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement* (2011).
- *L'accompagnement des personnes atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* (2009).

➤ Personnes handicapées

- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) - Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté* (2013).
- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée* (2013).
- *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat* (2013).
- *Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent* (2012).
- *L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Sessad* (2011).
- *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement* (2010).

➤ Protection de l'enfance

- *L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure* (2013).
- *Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance* (2011).
- *L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement* (2010).

➤ Inclusion sociale

- *Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312.1 du code de l'action sociale et des familles* (2012).
- *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie* (2010).
- *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale* (2008)

➤ Quatre enquêtes nationales relatives à l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

➤ Deux rapports d'analyse nationale concernant l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en Ehpad et la perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.

PARTIE 1

LES TRAVAUX D'APPUI À L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS ET DES ACTIVITÉS



La production de recommandations de bonnes pratiques professionnelles prévues par l'article L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles²



Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles constituent le socle de l'évaluation de la qualité des activités et des prestations délivrées par les ESSMS.

L'article L. 312-8 précise par ailleurs que les organismes habilités par l'Agence ne peuvent engager l'évaluation externe que pour une catégorie d'établissements ou de services pour laquelle l'Agence a produit des recommandations.

C'est ainsi que dès sa création l'Agence a organisé ses productions dans la perspective de couvrir le plus grand nombre de catégories d'ESSMS. Ainsi, elle structure sa programmation de façon la plus transversale possible en abordant notamment des sujets communs à toutes les catégories d'ESSMS, tels que la « bientraitance » ou l'« éthique », mais en traitant également des sujets présentant une acuité particulière, tels que la « qualité de vie » déclinés par catégorie d'ESSMS. Ce dernier axe de la programmation est réalisé avec la volonté d'accompagner le plus grand nombre d'entités. Un premier programme de quatre recommandations a été conduit de 2010 à 2012 sur la qualité de vie dans les Ehpad. Un deuxième a débuté en 2012 pour les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les Foyers d'accueil médicalisés (FAM).

Programme 1 : les fondamentaux

- La Bientraitance : définition et repères (2008).
- Le questionnaire éthique dans les ESSMS (2010).

Programme 2 : l'expression et la participation

- L'expression et la participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale (2008).
- L'expression et la participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie (2010).
- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (2012).

Programme 3 : les points de vigilance, la prévention des risques

- Les conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents (2008).
- Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (2008).
- Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (2009).
- Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (2010).

² Annexes 1, 2 et 3 : la procédure d'élaboration des recommandations détaillant l'ensemble des étapes, des tâches et des responsabilités.

7 recommandations de bonnes pratiques professionnelles finalisées

Programme 4 : le soutien aux professionnels

- La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (2008).
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (2008).
- La conduite de l'évaluation interne dans les ESSMS relevant de l'article L. 312-1 du CASF (2009).
- Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (2010).
- L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) (2011).
- Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance (2011).
- L'évaluation interne : repères pour les Ehpad (2012).
- L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (2012).
- Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (plan autisme 2008-2010- mesure 9) (2012).
- Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (2012).

Programme 5 : les relations avec l'environnement

- L'ouverture de l'établissement (2008).

Programme 6 : les relations avec la famille et les proches

- L'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 personnalisé (2008).
- Concilier projet individuel et vie collective (2009).
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée en établissement médicosocial (2009).
- Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement (2011).
- Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (2011).
- Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : la vie sociale des résidents (2012).
- Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident (2012).



LES RECOMMANDATIONS PUBLIÉES EN 2012

➤ Sept recommandations ont été publiées en 2012 :

- Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents - janvier 2012.
- Évaluation interne : repères pour les Ehpad - février 2012.
- Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (plan autisme 2008-2010 - mesure 9) - mars 2012.
- Évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes - avril 2012.
- Accompagnement de l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles - mai 2012.
- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique - juin 2012.

Qualité de vie en Ehpad (Volet 4) – L'accompagnement personnalisé de la santé des résidents – novembre 2012

Quatrième et dernier volet du programme sur la qualité de vie en Ehpad, cette recommandation porte autant sur la place des soins dans le projet personnalisé de chaque résident que dans le projet d'établissement, ainsi que sur leur complémentarité avec les autres composantes d'un accompagnement global.

Sa finalité est de fournir aux professionnels des pistes d'action et de réflexion autour des interrogations suivantes :

- Comment donner une réalité à la liberté de choix ? Concilier le respect du droit au risque des résidents et son droit à la sécurité ainsi que celui des autres résidents ? Assumer en équipe les conséquences de cette prise de risque ?
- Comment élaborer le volet soins du projet personnalisé permettant à chaque résident de rester acteur de son accompagnement et de « vivre ce qu'il a envie de vivre » ?
- Comment s'appuyer sur les besoins de santé perçus par le résident pour élaborer le projet d'aides et de soins ? Comment adapter les réponses aux besoins tout au long du séjour ? Jusqu'à la fin de la vie ?

- Comment assurer les soins médicaux et paramédicaux d'un résident malade dans une démarche éthique du respect de sa qualité de vie ?
- Comment conserver la cohérence du projet d'accompagnement global dans lequel interviennent de multiples acteurs internes ou externes à l'Ehpad ?

➤ 13 fiches de synthèse de recommandations antérieures à 2010 ont été publiées en juin 2012.

C'est en raison des échéances fixées par la réglementation pour la remise des résultats des évaluations – interne et externe – des deux tiers des ESSMS, que l'Anesm a élaboré ces documents d'appui à la bonne réalisation des recommandations antérieures à 2010 qui n'en disposaient pas encore.

- Les attentes de la personne et le projet personnalisé ;
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ;
- Concilier la vie en collectivité et la personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement ;
- Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service ;
- Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile ;
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ;
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement ;
- Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses ;
- L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement ;
- Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance ;
- La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie ;
- Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale ;
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées.

6 recommandations de bonnes pratiques professionnelles en cours

LES RECOMMANDATIONS POURSUIVIES OU ENGAGÉES EN 2012

Au titre du programme 4 : le soutien aux professionnels

L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure

À la suite des États généraux de l'enfance, le sujet de l'évaluation interdisciplinaire en protection de l'enfance (article L. 223-5³ du CASF) a été inscrit au programme de travail de l'Anesm.

Cette recommandation permet aux établissements d'identifier des pistes de travail et des pratiques professionnelles opérationnelles relatives à :

- l'inscription de l'évaluation interdisciplinaire dans le projet d'établissement/service ;
- le contenu de l'évaluation interdisciplinaire ;
- l'utilisation et/ou la création d'outils d'évaluation interdisciplinaire dans les pratiques professionnelles ;
- la participation des mineurs, de leurs représentants légaux et des jeunes majeurs à l'évaluation de leur propre situation ;
- l'équipe pluriprofessionnelle et les partenariats nécessaires pour développer un processus d'évaluation interdisciplinaire cohérent et complémentaire ;
- la formation des professionnels et des équipes à l'évaluation interdisciplinaire.

Elle s'appuie sur les nombreux travaux préliminaires suivants :

- une enquête de terrain réalisée auprès de professionnels intervenant dans le champ de la protection de l'enfance. Les établissements/services ayant participé à cette enquête ont été retenus pour faire état de la diversité des situations des mineurs et jeunes majeurs accueillis ou accompagnés : mesures administratives, mesures judiciaires, établissement de placement, service d'accompagnement en milieu ouvert, accueil du très jeune enfant en pouponnière, accompagnement du jeune majeur à la construction de son projet socioprofessionnel etc. ;

- un recensement des outils d'évaluation interdisciplinaire existants dans des établissements/services de la protection de l'enfance à partir d'un questionnaire national et des documents transmis lors de l'enquête de terrain ;
- une revue de littérature internationale destinée à mettre en perspective les pratiques professionnelles développées en France avec les questions soulevées par l'évaluation interdisciplinaire et les pratiques en vigueur au Royaume Uni, en Allemagne et au Canada.

Ce projet de recommandation a été présenté aux instances en janvier 2013. Mise en ligne en mai 2013.

Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat

La recommandation a pour objectif d'identifier et de promouvoir les solutions mises en œuvre au sein des Esat et celles travaillées avec l'environnement pour construire des réponses adaptées aux besoins et attentes des personnes accompagnées et améliorer les parcours personnalisés des usagers.

L'attention est tout aussi bien portée à la fluidité des parcours, afin qu'ils soient toujours mieux adaptés aux besoins des personnes, qu'au déploiement de pratiques et d'organisations susceptibles d'améliorer les réponses apportées en leur sein par les Esat

Elle concerne les 1 400 établissements du territoire national, quel que soit le type de public accueilli, et s'intéresse particulièrement aux adaptations nécessaires à l'accompagnement des usagers en fonction des évolutions constatées en matière d'âge et de handicap.

Cette recommandation se décline en trois parties :

- La première partie traite de la nécessité d'un « ancrage territorial » et des conditions facilitant les coopérations entre les différents acteurs en vue d'offrir aux travailleurs handicapés des solutions mieux adaptées à la vie active, de faciliter leur participation citoyenne ou encore d'une accessibilité accrue au milieu adapté/ordinaire de travail.

³ Selon les termes de l'article L. 223-5 du CASF : « le service élabore au moins une fois par an un rapport établi après une évaluation pluridisciplinaire, sur la situation de tout enfant accueilli ou faisant l'objet d'une mesure éducative ».

- Une seconde partie relative à « la dynamique de l'établissement », y traite de la gouvernance des établissements/services et des moyens organisationnels mis en place pour promouvoir la sécurisation de l'utilisateur tout en s'adaptant à la diversité du public accueilli.
- La dernière partie, consacrée à « la co-construction du projet personnalisé », présente l'accompagnement en Esat comme la résultante d'une coopération nécessaire et continue avec l'utilisateur. Les différentes modalités d'accompagnement au sein de l'Esat comme dans les étapes de transition y sont abordées.

Le projet de recommandation a été présenté aux instances de l'Anesm en avril 2013. Mise en ligne en juin 2013.

Coopération entre professionnels pour l'articulation de la prise en charge conjointe ou successive et la continuité du parcours des mineurs concernés par des mesures administratives et judiciaires

L'objectif des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la coopération entre professionnels pour l'articulation de la prise en charge – conjointe ou successive – et la continuité du parcours des mineurs concernés par des mesures administratives et judiciaires consiste à promouvoir des pratiques professionnelles permettant de garantir la stabilité et la continuité de ce parcours.

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles doivent permettre :

- de mettre en évidence des points de repère qui intègrent la contribution attendue des différents professionnels dans le cadre de l'exercice d'une mesure conjointe ou de passage de relais ;
- aux professionnels de disposer de pistes de réflexion et d'action permettant de réaliser la mission éducative qui leur est confiée suite à une décision administrative et judiciaire ;

- d'énoncer des modes de collaboration, de synergies et de fonctions à mobiliser autour de la situation des mineurs et de leurs parents tout au long de leur parcours.

Le projet de recommandation a été présenté aux instances de l'Anesm en juin 2013. Mise en ligne en décembre 2013.

L'évaluation interne : repères pour les établissements et services du secteur de l'inclusion sociale

Les établissements et services du secteur de l'inclusion sociale, comme l'ensemble des ESSMS, ont initié la démarche d'évaluation interne depuis 2007. Les résultats des enquêtes de l'Anesm relatives à son déploiement montrent une progression notable de 2008 à 2012. Néanmoins, les professionnels du secteur sont en attente de références qui complèteront les recommandations déjà publiées.

L'objectif de ce travail est de proposer aux professionnels une recommandation comportant des repères spécifiques en matière d'évaluation interne du type de celles déjà publiées pour les Ehpad et les services d'aide à domicile.

Compte tenu des outils déjà disponibles tels que les guides de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars), le référentiel national des prestations et autres travaux sur le sujet, le groupe de travail se concentrera sur le volet « effets pour les usagers » et sur les indicateurs de suivi de la qualité.

La lettre de cadrage a été soumise aux instances de l'Agence en septembre 2012. Les réunions du groupe de travail ont démarré en début d'année 2013. Une évaluation des indicateurs proposés est prévue fin 2013 avant de présenter le projet de recommandation aux instances de l'Anesm. Sa mise en ligne est prévue au 1^{er} semestre 2014.

Au titre du programme 7 : La qualité de vie

L'accompagnement à la santé de la personne handicapée

L'objectif de la recommandation est de mettre en évidence les conditions qui facilitent la prise en compte des besoins en matière de santé globale⁴ des personnes accompagnées⁵ et d'encourager le développement de bonnes pratiques et d'organisation adaptée au sein des établissements et services médico-sociaux.

Trois dimensions sont développées :

- la place du projet de santé dans le projet personnalisé de la personne handicapée ;
- la dimension institutionnelle et l'identification de cette problématique dans le projet d'établissement ;
- les enjeux de la complémentarité entre soins et accompagnement à travers le travail d'équipe pluridisciplinaire mais aussi les partenariats et la coordination avec les acteurs extérieurs.

Les problématiques spécifiques du vieillissement et de la fin de vie sont également traitées.



Il s'agit, dans cette recommandation, de se centrer sur l'engagement dans une démarche transversale à tous les établissements et services. Les spécificités propres à chaque public n'en sont pas moins présentes et viennent enrichir le propos à titre illustratif. Ces premiers travaux mettent en évidence la nécessité (ou non) de publications ultérieures plus spécifiques (par type de handicap).

Les travaux exploratoires ont débuté en juin 2011. La lettre de cadrage a été soumise à l'avis des instances en septembre 2011.

Pour conduire ces travaux, l'équipe projet de l'Anesm s'est appuyée sur une analyse documentaire mais également sur un appel à contribution auprès des établissements et services sous forme de questionnaire en ligne (septembre 2012).

Le démarrage des groupes de travail (septembre 2012) a été décalé du fait du retard pris dans la recherche d'un prestataire, chargé notamment de la conception et de l'exploitation du questionnaire.

Le projet de recommandation a été présenté aux instances en juin 2013. Mise en ligne en juillet 2013.

Qualité de vie en MAS et FAM (volet 1) - Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté

La multiplicité des caractéristiques des établissements comme celle des handicaps, ont conduit à proposer d'inscrire un programme prioritaire pour les MAS et les FAM, qui accueillent des personnes particulièrement vulnérables.

⁴ c.à.d. soins liés ou non au handicap et pas uniquement soins courants.

⁵ Enfants et adultes, quel que soit le type de handicap.

Ce programme se décline en trois recommandations intrinsèquement liées :

- expression, communication, participation et l'exercice de la citoyenneté ;
- la vie quotidienne, sociale, la culture et les loisirs ;
- le parcours, les formes souples d'accueil, l'articulation avec les autres partenaires et le lien avec les proches.

Trois dimensions sont systématiquement appréhendées de façon transversale pour chacun des trois volets :

- **les aspects institutionnels** relatifs à la définition des responsabilités, la cohérence du travail d'équipe et la pluridisciplinarité, la prévention de l'usure professionnelle, l'adaptation des projets d'établissement, les aspects organisationnels et logistiques, et le travail avec les partenaires.
- L'analyse de **l'hétérogénéité** des besoins et attentes des résidents et la réflexion sur la mixité des publics.
- L'adaptation de certaines dimensions de l'accompagnement à l'évolution du profil des résidents accueillis, et notamment, **les personnes handicapées vieillissantes et les personnes handicapées psychiques**.

La lettre de cadrage du programme a été présentée aux instances de l'Anesm en juin 2012. Mise en ligne en juillet 2013.

Concernant le premier volet « L'expression, la communication, la participation et l'exercice de la citoyenneté »

La qualité de vie est en partie liée aux possibilités offertes aux intéressés de prendre part aux décisions qui les concernent, tant sur le plan individuel que collectif.

La participation à son projet d'accompagnement et à la vie collective est particulièrement difficile à mettre en œuvre pour une partie des personnes accueillies en MAS et en FAM en raison de leurs difficultés d'expression et des

difficultés que les professionnels ont à les comprendre. Mener une réflexion sur la qualité de vie implique donc d'aborder la communication interpersonnelle qui constitue un principe clef du décret du 20 mars 2009⁶ qui dispose que les établissements « Favorisent, quelle que soit la restriction de leur autonomie, leur relation aux autres et l'expression de leurs choix et de leur consentement en développant toutes leurs possibilités de communication (...) ».

L'objectif de cette recommandation est de fournir des repères aux professionnels pour favoriser l'expression et la participation des personnes accueillies concernant leur propre accompagnement, le fonctionnement de l'établissement et la vie de la cité.

- Comment connaître les potentialités de communication, c'est-à-dire d'expression et de compréhension de chaque personne ?
- Comment soutenir et développer ces potentialités ?
- Comment permettre aux personnes de comprendre leur environnement ?
- Comment rendre possible l'expression de choix et de préférences ? Quelle est la place des proches et des représentants légaux dans le soutien de l'expression des personnes accueillies ?
- Comment rendre effective l'expression des personnes concernant la vie et le fonctionnement de l'établissement ?
- Comment favoriser la participation des personnes accueillies à la vie de la cité, et notamment, faciliter l'exercice de leur droit de vote et leur accès à l'information ?
- Quelles sont les conditions institutionnelles (projet d'établissement, soutien des professionnels, compétences des professionnels) susceptibles de favoriser l'expression et la participation des résidents ?

Le projet de recommandation a été présenté aux instances de l'Anesm en avril 2013. Mise en ligne en juillet 2013.

⁶ Ce décret concerne l'accompagnement des personnes en situation complexe de handicap en MAS, FAM et SAMSAH, il ne concerne pas l'ensemble du public accueilli en MAS et en FAM.

LES AUTRES TRAVAUX DE L'ANESM

Le recensement des outils d'évaluation utilisés en protection de l'enfance (hors les indicateurs de danger)

En complément de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles sur « L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure » l'Anesm a mené, à la demande de la DGCS, un recensement des outils utilisés par les professionnels pour évaluer les situations des mineurs protégés.

Ce recensement a été principalement réalisé à partir d'un questionnaire national sur l'évaluation pluridisciplinaire en protection de l'enfance, auquel 159 structures ont répondu. Il a été complété par 25 entretiens qualitatifs menés au sein d'établissements. Quarante-cinq outils, grilles et référentiels ont ainsi été identifiés se dessinant en 3 typologies :

- des outils de cadrage de l'évaluation tout au long d'une mesure;
- des outils qui permettent de préparer la réunion de synthèse préalable au rapport annuel;
- des outils utilisés pour évaluer de façon spécifique un des aspects du développement du mineur, comme par exemple sa situation familiale.

Les outils recensés sont de nature et de taille diverses. La cotation est parfois utilisée, même si elle reste très minoritaire. Cinq champs principaux de l'évaluation se dégagent : la scolarité, la composition et la dynamique familiale, la socialisation du mineur, la vie quotidienne et la santé.

La place des mineurs et des parents dans l'élaboration des outils reste à développer. La participation des mineurs à l'évaluation de leur propre situation se développe et les outils spécifiques identifiés le démontrent. Toutefois, le déploiement de cette démarche à grande échelle constitue l'un des défis qu'auront à relever les structures de protection de l'enfance.

Il ressort de ce recensement une forte hétérogénéité : aucune structure n'utilise d'outils similaires. Ces derniers sont construits, adaptés, aménagés en fonction des mineurs accueillis, du type de mesure mis en œuvre etc. Le contexte hexagonal se démarque de celui des pays anglosaxons ayant développé des outils-type communs et diffusés au niveau national. Mais se dégagent néanmoins des courants de pensée sur l'évaluation des situations, l'adaptation des outils est portée par une réelle détermination des structures.

Ce rapport a été présenté à la DGCS en juin 2012 et est disponible sur le site de l'Anesm dans les documents d'appui à la recommandation sur l'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure.

La participation à divers groupes de travail conduits par d'autres institutions

Travaux transversaux/méthodologiques

Participation au groupe de lecture du guide méthodologique « Consultation publique dans le cadre de recommandations ou d'évaluations en santé » piloté par la Haute autorité de santé (HAS)

Publié en septembre 2012, ce guide détaille les modalités de mise en œuvre d'une consultation publique retenues par la HAS dans le cadre de l'élaboration de recommandations ou d'évaluations en santé. Outre le guide méthodologique, ont été publiés dans le cadre de ces travaux, un état des lieux sur les consultations publiques réalisées dans le domaine de la santé et un document d'information destiné aux personnes souhaitant participer à une consultation publique.



Dans le secteur du handicap

Plan d'adaptation et de développement des Esat piloté par la DGCS

Dans le cadre de l'enquête qualitative de la recommandation sur les Esat, l'équipe projet a participé à l'un des quatre groupes de travail organisé par la DGCS, intitulé : « Accompagnement des travailleurs handicapés et adaptations des parcours de vie des usagers ». Cette contribution a permis à l'équipe projet de se nourrir des pratiques professionnelles restituées au sein du groupe par les directeurs d'Esat, notamment celles relatives à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et des personnes handicapées psychiques.

Groupe de travail de la conférence nationale de santé relatif au dépistage, diagnostic et accompagnement précoces des handicaps chez l'enfant

Débutés en 2011, les travaux – présentés dans le rapport d'activité 2011 – se sont poursuivis jusqu'en juin 2012 et ont donné lieu à un avis de la Conférence nationale de santé visant à améliorer le processus de dépistage, le diagnostic et la prise en charge.

Participation à l'exploitation des grilles d'évaluation des structures expérimentales autisme

Dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure 29 du plan Autisme 2008-2010, l'Anesm avait participé à l'élaboration d'un cadre d'évaluation de ces structures⁷.

L'Anesm a été sollicitée par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) pour participer, avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à l'analyse des grilles d'évaluation.

Groupe de travail CNSA : groupe ressource national sur la prise en charge de jeunes publics « frontières »

Ce groupe travaille sur un projet de grille de recueil de données annuelles en vue du suivi et de l'évaluation de structures expérimentales type ISEMA (Internat socioéducatif médicalisé pour adolescent) qui accueillent des enfants et adolescents dont les troubles du comportement sont exacerbés par l'intrication de troubles psychopathologiques et/ou psychiatriques handicapants, avec des difficultés relevant du domaine social ou de la justice, qui mettent en échec les prises en charges institutionnelles classiques.

Comité national autisme dont l'Anesm est membre

⁷ cf. Instruction Direction générale de la cohésion sociale aux Agences régionales de santé du 28 juillet 2010.



Dans le secteur des personnes âgées

Plan national d'alimentation

Dans le cadre du programme national pour l'alimentation (PNA), la DGCS en lien avec la Direction générale de l'alimentation, est chargée d'élaborer ;

- un guide de bonnes pratiques de la restauration en établissements pour personnes âgées à partir d'exemples concrets. L'Anesm participe au comité d'experts pour le pilotage et la relecture de cette réalisation.
- un guide de portage de repas à domicile auquel participe l'Anesm au travers du groupe de travail et du comité de pilotage mis en place.

Groupe de travail inter institutionnel piloté par la Direction de la sécurité sociale (DSS) relatif à la gestion du risque en Ehpad

Ce groupe, piloté par la DSS, a pour objectif de construire les documents pédagogiques (diaporamas) servant à l'animation des réunions locales de professionnels d'Ehpad organisées par les ARS. La démarche vise à présenter et valoriser auprès des Ehpad les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins centrées sur les priorités retenues et à susciter des partages d'expériences entre Ehpad.

En 2012, la priorité retenue et sur laquelle les documents ont été construits était la prise en charge médicamenteuse des résidents en Ehpad et, plus spécifiquement, les neuroleptiques chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

Groupes de travail inter administrations piloté par la DGCS

Pour l'élaboration du cahier des charges et le choix des indicateurs dans le cadre des expérimentations de l'article 67 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012.

Comité « avancée en âge »

Installé en octobre 2012 par Madame Delaunay, ministre déléguée auprès de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie, la mission de ce comité est d'élaborer des préconisations en faveur du développement de la prévention, de la promotion de la santé et de la préservation de la qualité de vie et de la dignité de nos concitoyens jusqu'aux plus grands âges de la vie. Cette étude, qui porte à la fois sur un état des lieux et une synthèse des bonnes pratiques, a été confiée à Jean Pierre Aquino, directeur médical et Président du Comité Avancée en âge. Les préconisations en découlant devraient éclairer la partie « anticipation » de la future loi sur l'autonomie.

Comité de pilotage des expérimentations sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

L'Anesm participe au comité national de pilotage créée en vue de concrétiser les travaux et recommandations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) relatifs à la mise en œuvre de projets pilotes autour du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. L'article 70 de la LFSS pour 2012 qui prévoit la mise en place d'expérimentations destinées à optimiser le parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie à compter de 2012 a constitué une première étape avant le déploiement du dispositif plus ambitieux des projets pilotes de l'article 48 de la LFSS pour 2013. Ces projets pilotes s'appuieront sur un cahier des charges validé par le comité national de pilotage.

Programme MOBIQUAL

Participation de l'Anesm au comité national de suivi de l'évaluation du programme.

Commission normes et moyens de la CNSA

L'Anesm participe aux travaux de cette commission.

Autres collaborations

Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 »

Participation de l'Anesm à deux groupes de travail :

- Groupe national technique de coordination piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ;
- Groupe de travail relatif aux « messages d'alerte en cas d'AVC » piloté par la Direction générale de la Santé (DGS).

Cahier des charges de la tarification des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) piloté par la DGCS

Depuis 2008, la DGCS a engagé un processus de réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile. De nouvelles règles d'allocation des ressources ont été proposées et doivent faire l'objet de différents ajustements techniques au cours de l'année 2012-2013. Dans le cadre de ce processus de réforme, l'équipe projet de l'Anesm en charge de la recommandation sur l'évaluation interne des services à domicile au bénéfice des publics adultes participe, depuis 2011, à l'élaboration du « cahier des charges » des SSIAD ainsi qu'aux groupes de travail ayant pour but d'ajuster l'algorithme de calcul du nouveau modèle tarifaire des SSIAD.

Expérimentation du tableau de bord de pilotage des établissements et services médico-sociaux

L'Anesm participe aux travaux de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) engagé depuis 2010 et portant sur l'élaboration et l'expérimentation d'un tableau de bord de pilotage dans les établissements et services médico-sociaux. Ces travaux poursuivent plusieurs objectifs :

- proposer un outil commun aux champs de l'accompagnement des personnes âgées et personnes handicapées – enfants et adultes ;
- constituer un outil de pilotage interne de la structure, en appui au management, ainsi qu'un support d'échange entre la structure et ses partenaires notamment dans le cadre de la démarche de contractualisation ;
- améliorer la connaissance de l'offre médico-sociale et disposer d'un support permettant de doter les ESMS d'un outil de benchmark et les ARS et conseils généraux d'un outil de connaissance de l'offre.

920

participants aux travaux de l'Anesm



Questionnaire auprès des services d'aide et de soins à domicile de la fondation Médéric Alzheimer

L'équipe projet de l'Anesm en charge de la recommandation sur l'évaluation interne des services à domicile au bénéfice des publics adultes, a participé au comité de pilotage de deux enquêtes quantitatives menées auprès des services d'aide à domicile et de soins infirmiers à domicile. Celles-ci portent sur les aspects éthiques et juridiques auxquels sont confrontés ces services. Les résultats de l'enquête sur l'aide à domicile ont été publiés dans la lettre de l'observatoire de cette fondation en décembre 2012.

Groupe de travail « lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale » de la Conférence nationale de santé

Dans le cadre de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la Conférence Nationale de Santé, l'Anesm a contribué à la formulation de recommandations visant à faciliter l'accès à la santé des personnes en situations de précarité sociale. Ces recommandations ont été présentées lors de la conférence de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Réponses aux questions des professionnels

En 2012, environ 200 questions ont été adressées au service recommandations concernant pour moitié l'évaluation et pour moitié les pratiques professionnelles dans les quatre secteurs de l'Anesm. Si certaines questions sont simples, d'autres nécessitent de la part du service des temps de recherche plus ou moins long pour pouvoir apporter une réponse pertinente.

Autres

Participation à l'évaluation d'un rapport de recherche sur « L'évaluation de la qualité de l'aide et des soins à domicile » en partenariat avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Participation au groupe de lecture du guide pour la réalisation d'une consultation publique pilotée par la HAS.

L'Anesm est membre du Conseil scientifique de la CNSA et également membre du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS).

En 2012, 920 personnes ont directement participé aux travaux de l'Anesm. Les professionnels peuvent en outre suivre l'avancée des travaux de l'Agence en consultant sur son site Web, un tableau de suivi qui décrit et planifie toutes les phases de production et de ses recommandations⁸.

⁸ Le tableau est en ligne sur le site de l'Anesm http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&cid_article=587 rubrique Publications.

Données chiffrées relatives à l'élaboration des recommandations de l'Anesm en 2012

Intitulés des recommandations/ des travaux	Méthode retenue	Type de travaux	Nombre de sites enquêtés et visités		Personnes ressources	Nombre de personnes interviewées	Nombre de réunions	Nombre de participants aux groupes
			Total	dont IDF				
Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique	Consensus formalisé	Groupe de cotation Groupe de lecture Présentation de la RBPP au sein de 4 journées d'études (Unapei, FHF- EHESP, INSET, DRJSCS IDF)					1	11 (GC) 23 (GL)
Lettre de cadrage – Programme « Qualité de vie en MAS-FAM »		Enquête de terrain Entretien personnes ressources	5	5	8	36	1	Pas de groupe
Recommandation – Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) – Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté	Consensus simple	Enquête de terrain Entretien personnes ressources	7	2	6	35	4	17 (GT)
Recommandation – Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – La vie quotidienne, sociale, la culture et les loisirs		Enquête de terrain Revue de littérature					3	Suivi mission prestataire
Recommandation – Qualité de vie en Ehpad (volet 4) – L'accompagnement personnalisé de la santé du résident	Consensus simple	Enquête qualitative	5	1	3	79	4	33 (GT : 21/ GL : 12)
Recommandation – Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en ESAT	Consensus formalisé	Enquête qualitative Revue de littérature	19	6	3	82	5	35 (GT+GC)
Recommandation – L'accompagnement à la santé de la personne handicapée	Consensus simple						2	23 (GT)
Enquête exploratoire sur les pratiques pour la recommandation sur l'accompagnement à la santé de la personne handicapée		Appel à contribution auprès des établissements et services lancé sur le site de l'Anesm						217 répondants
Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (plan autisme 2008-2010 - mesure 9) (recommandation conjointe Anesm – HAS)	Méthode HAS de consensus formalisé	Consultation publique (187 organismes distincts ont participé à cette consultation publique)	NP	NP	NP	NP	1 en 2012	
Enquête Bientraitance des personnes accueillies en MAS et en FAM		Étude					3	17
L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure	Consensus formalisé	Une revue de littérature internationale / Un recensement des outils d'évaluation en protection de l'enfance / Une synthèse issue du questionnaire national sur l'évaluation inter-disciplinaire dans le champ de la protection de l'enfance / Des éléments juridiques associés à la présente RBPP	18	10	10	57	4 (GT) 1 (GC) Revue de littérature internationale : 2 Interne : 4	20 (GC) 13 (GC) 11 (GL)
Recommandation – « Coopération entre professionnels pour l'articulation de l'accompagnement conjoint ou successifs et la continuité du parcours des mineurs concernés par des mesures administratives et judiciaires »	Consensus formalisé	Enquête de terrain entretiens personnes ressources	5	1	10	30	4	18 (GT)
Total			59	25	40	319	39	438

Les études, supports des pratiques et de la mise en œuvre de l'évaluation interne

76 %
de participation
à l'enquête
Bientraitance
en MAS-FAM

L'ENQUÊTE RELATIVE AU DEGRÉ DE DÉPLOIEMENT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES CONCOURANT À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE (BIENTRAITANCE) DANS LES MAS ET LES FAM

Du fait de la grande vulnérabilité des personnes accueillies dans les MAS et les FAM, l'opportunité d'un même type d'enquête que celle conduite en 2009 et 2010 dans le secteur des personnes âgées a été retenue dans le programme de travail 2012.

Conçue et pilotée par l'Anesm, cette enquête menée en partenariat avec la Direction générale de la cohésion sociale, a été diffusée en régions par les Agences régionales de santé.

Son premier objectif est de soutenir les professionnels dans une dynamique de déploiement de la bientraitance, en leur permettant :

- d'identifier en équipe des actions déjà mises en œuvre;
- de réaliser un diagnostic des difficultés inhérentes à ce déploiement;
- de définir les actions possibles à déployer.

Son second objectif est de procéder, au niveau national, à un état des lieux des pratiques de bientraitance au sein des Maisons d'accueil spécialisées et des Foyers d'accueil médicalisé.

Par ailleurs, cette enquête devant être reconduite en 2014, elle permettra une mesure régulière des progrès réalisés par les établissements.

Le questionnaire d'autoévaluation a été élaboré avec un groupe de travail de professionnels des MAS et des FAM en partant du questionnaire utilisé pour l'enquête Ehpad.



Entre le 1^{er} octobre et le 30 novembre 2012, l'ensemble des MAS et des FAM du territoire ont été invités à remplir le questionnaire en ligne selon les indications transmises par chaque ARS. Pour les accompagner dans l'utilisation de cet outil, un guide pratique a été proposé sur le site internet de l'Anesm.

76 % des établissements ont participé à cette enquête.

L'analyse des résultats donnera lieu à un rapport disponible en septembre 2013.

L'ENQUÊTE SUR LE DÉPLOIEMENT DE L'ÉVALUATION INTERNE DANS LES ESSMS

En 2012, l'Agence a réalisé sa quatrième enquête nationale relative à la mise en œuvre de l'évaluation interne auprès d'un échantillon représentatif de 4 215 établissements et services. Pour la première fois, le questionnaire a été directement transmis aux structures par voie électronique

Cette enquête a pour objectif d'apprécier l'avancement de la démarche d'évaluation interne, de questionner les structures sur leurs pratiques au sein de cette démarche et de suivre la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'Anesm.

Les établissements et services suivis par l'enquête sont les ESSMS, relevant de l'article L. 312-1 du CASF, soumis aux obligations d'évaluation mentionnées au L. 312-8 du même code, à l'exception des ESSMS relevant des articles suivants, compte tenu des particularités de leur fonctionnement par rapport aux autres ESSMS à savoir :

- les centres de ressources, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), etc. (art. 312-1- I.11);
- les établissements et services à caractère expérimental (art. 312-1- I.12);
- les lieux de vie et d'accueil non traditionnels (art. 312-1- III).

En 2012, le mode d'administration du questionnaire diffère de celui des années précédentes. En 2008, 2009 et 2010 l'enquête était réalisée par téléphone. En 2012 le questionnaire a été renseigné en ligne par les structures.

L'enquête 2012 a été réalisée sur un échantillon d'ESSMS de France métropolitaine et d'outre-mer. L'échantillon a été obtenu selon la méthode d'échantillonnage stratifié, déjà adoptée en 2008, 2009 et 2010.

Les établissements et services enquêtés sont sélectionnés chaque année de manière aléatoire. Ce ne sont donc pas les mêmes établissements qui répondent chaque année à l'enquête.

L'échantillon est obtenu par une extraction de la base de données Finess (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, mise à jour par les ARS et les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Le numéro Finess utilisé pour l'échantillonnage est celui de l'établissement et non de l'entité juridique.

Dans le répertoire Finess, sont enregistrées avant tout les structures qui reçoivent une autorisation du préfet de région et un avis préalable du CROSM (Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale), c'est-à-dire principalement les structures qui perçoivent un financement pérenne de l'État. D'autres structures peuvent figurer dans le répertoire Finess mais leur recensement est moins exhaustif⁹.

⁹ MARPSAT M. (Insee), « Bilan des sources et méthodes des statistiques publiques concernant les personnes sans domicile », Les travaux de l'Observatoire, p. 413-432.

50 % des ESSMS interrogés ont répondu à l'enquête sur le déploiement de l'évaluation interne

Le questionnaire est construit autour de questions fermées à choix multiples ou uniques et de questions ouvertes. Les thèmes suivants sont abordés :

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

Compte tenu de l'évolution du cadre réglementaire, de l'avancement des ESSMS dans la démarche d'évaluation, du nouveau mode d'administration du questionnaire et de la parution de nouvelles recommandations relatives à l'évaluation interne, le questionnaire utilisé en 2010 est complété par de nouvelles questions et présenté différemment.

Les questionnaires ont été adressés par voie électronique entre le 12 juin et le 12 juillet 2012. Les réponses se sont échelonnées entre le 13 juin et le 27 juillet (moyenne autour du 4 juillet). Les structures disposaient d'un délai de 15 jours pour répondre.

L'Anesm a envoyé au total 11 180 courriels. 8 500/9 000 adresses électroniques étaient valides. 4 391 réponses ont été adressées, dont 4 215 réponses analysables, soit un taux de réponse d'environ 50 %.

Les principaux résultats sont présentés dans la seconde partie du rapport d'activité « L'avancée de l'évaluation » (p. 63). Le rapport complet de l'enquête est disponible sur le site de l'Anesm¹⁰.

ENQUÊTE SUR LA PARTICIPATION DES USAGERS AU FONCTIONNEMENT DES ESSMS

Institué par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et concrétisé par le décret n° 2004-287 du 25 mars 2004, le Conseil de la vie sociale (CVS) est un outil destiné à garantir les droits des usagers et leur participation au fonctionnement de l'établissement d'accueil. Le décret prévoyait qu'il devait être définitivement installé dans chaque établissement fin septembre 2004. Or, il n'avait été mis en place en 2009 que par 82 % des ESSMS¹¹ et sa prise en compte dans la vie de l'établissement est à géométrie variable.

A donc été inscrite au programme 2012, une étude portant sur les difficultés et les freins à leur mise en œuvre ainsi que sur les conséquences sur le fonctionnement des ESSMS.

L'enquête de l'Anesm en 2013 a ainsi pour objectif d'établir un état des lieux sur les formes de participation, le CVS ou autres, et d'en identifier les points forts et les points faibles. Elle s'attachera à confronter les points de vue des différents acteurs au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux sur la question de la participation des usagers :

- Quels sont les atouts, mais aussi les freins dans la mise en place et le fonctionnement du CVS? Quelles sont les pratiques mises en œuvre pour développer la participation des usagers?
- Quelles sont les autres formes de participation initiées aux côtés du CVS? Quelles sont les formes de participation les plus adaptées en fonction du public accueilli? Comment s'articulent ces différentes formes de participation?
- Quels changements de comportement la participation induit-elle, auprès des usagers et de leurs proches, des professionnels et sur le fonctionnement de l'établissement?
- Comment les usagers, les professionnels, les proches vivent-ils cette participation?
- Y a-t-il beaucoup de structures mettant en place un CVS alors qu'elles n'en ont pas l'obligation légale? Comment alors adaptent-elles le fonctionnement du CVS au public accueilli?

¹⁰ Rubrique Évaluation interne : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article793&var_mode=calcul

¹¹ Enquête nationale 2010 : Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Voir rapport d'activité 2010 de l'Anesm p 33-44.



La méthodologie retenue est celle de l'enquête qualitative, réalisée auprès d'un panel d'une quarantaine d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, volontaires, et représentatifs du secteur en termes de :

- publics accueillis : protection de l'enfance, secteur du handicap (enfants et adultes), des personnes âgées et de l'inclusion sociale ;
- type d'accompagnement proposé : avec hébergement, à domicile etc. ;
- situation géographique de l'établissement (urbain, rural).

Les établissements du panel sont sollicités pour permettre à l'équipe en charge de l'enquête de pouvoir rencontrer les 8 catégories d'acteurs (via des entretiens individuels ou de groupe), soit :

- le directeur ou le personnel de direction en charge de la définition du projet d'établissement/service ;
- un représentant de l'organisme gestionnaire, membre du CVS ;

- les usagers élus au CVS ou impliqués dans les instances de participation ;
- les usagers non élus au CVS ;
- les professionnels élus au CVS ou impliqués dans les instances de participation ;
- les professionnels non élus au CVS ;
- les proches ou représentants légaux élus au CVS ou impliqués dans les instances de participation ;
- les proches ou représentants légaux non élus au CVS.

Les travaux débutés fin 2012 ont permis d'élaborer la méthodologie. L'enquête à proprement parler a lieu pendant l'année 2013.

Un rapport final, synthétisant les éléments d'analyse émanant des visites qualitatives, croisés avec une revue de littérature française et internationale, sera produit en fin d'année 2013.

Le programme de travail 2013

RECOMMANDATIONS

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

L'expression et la participation des mineurs et jeunes majeurs en protection de l'enfance

La reconnaissance de la capacité des mineurs à contribuer à l'élaboration de leur prise en charge et à participer à la vie et au fonctionnement de l'institution est un sujet complexe, du fait même de la minorité de ces usagers. Dans les travaux de recherche sur le devenir adulte des jeunes ayant été pris en charge à l'Aide sociale à l'enfance (ASE), le regret du manque d'une telle opportunité d'expression est régulièrement relevé par ces anciens jeunes désormais devenus adultes.

L'enquête faite sur les CVS et les autres formes de participation apportera des éléments de terrain pour élaborer la recommandation.

La loi de 2002-2 comme la loi du 5 mars 2007 relative à la réforme de la protection de l'enfance devraient en être des leviers, conformément également à la commission internationale des droits de l'enfant et aux recommandations européennes.

Au titre du programme 4 : le soutien aux professionnels

L'accompagnement dans les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile

Au début des années 70, les Centres provisoires d'hébergement (CPH) ont été créés pour accueillir les réfugiés en provenance d'Amérique latine. En 1991, une distinction est introduite entre les personnes en situation de demande d'asile et celles ayant obtenu leur statut de réfugié devant l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). Les réfugiés restent accueillis en CPH alors que les personnes en cours de procédure le sont dans des Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada).



Ces deux structures sont apparentées à des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). En 2006, les Cada ont acquis une existence juridique à part entière en devenant la 13^e catégorie d'établissement social et médico-social répertoriée par le CASF (21 410 places d'hébergement réparties entre 272 Cada sur l'ensemble du territoire pour 30 000 et 40 000 personnes par an qui demandent l'asile à la France).

Depuis 2006, de nombreux textes concernant le fonctionnement des Cada ont été publiés. Mais la baisse du taux d'accompagnement des demandeurs d'asile en Cada, ainsi que la baisse du niveau de qualification des intervenants sociaux alors que leurs missions et leurs objectifs sont précisés, notamment en termes de veille sanitaire et de taux cibles, rendent difficile l'exercice de leurs missions. Il apparaît donc nécessaire de proposer dans une recommandation de bonnes pratiques professionnelles, les éléments propres à permettre aux établissements d'avoir des repères mieux adaptés pour améliorer leurs activités et la qualité de leurs prestations.

L'évaluation interne : repères pour les établissements et services de la protection de l'enfance

L'Anesm poursuit la déclinaison de la recommandation transversale sur la conduite de l'évaluation interne dans ce secteur en guidant les professionnels grâce à l'élaboration de repères en termes de méthode, de questionnement et de suivi d'indicateurs.

Prévention, repérage et accompagnement de la souffrance psychique de la personne âgée

La souffrance psychique, avec ou non un risque suicidaire, pose dans le cas de la personne âgée des difficultés de repérage du fait d'une part d'une symptomatologie (en particulier la dépression), souvent masquée par d'autres pathologies et, d'autre part, par une banalisation fréquente des manifestations par l'entourage.

Les enquêtes épidémiologiques montrent que le risque de mortalité par suicide augmente progressivement avec l'âge, en particulier chez l'homme. En France, le suicide des personnes âgées de 65 ans et plus représente 28 % de l'ensemble des suicides alors que ce groupe d'âge représente 16 % de la population globale. La majorité de ces suicides a lieu au domicile.

Une conférence de consensus – « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » – a été organisée en 2000 par la HAS.

L'objectif du travail proposé consisterait à sensibiliser les professionnels des services à domicile et des établissements d'hébergement au repérage des signes de souffrance psychique, aux facteurs de risque de la crise suicidaire et à la prévention des passages à l'acte, par la qualité de l'accompagnement de cette souffrance repérée.

*Au titre du programme 6 :
les relations avec les familles et les proches*

**L'accompagnement des aidants
non professionnels de personnes
âgées dépendantes ou de personnes
handicapées à domicile**

Si l'accompagnement des proches est abordé dans les diverses recommandations de l'Anesm – recommandations transversales comme recommandations spécifiques aux secteurs des personnes âgées et du handicap¹² ainsi que le programme de recommandations portant sur la qualité de vie en MAS et FAM – aucune recommandation ciblée sur l'accompagnement des aidants non professionnels qui accompagnent à domicile une personne âgée dépendante ou une personne handicapée n'a encore été formulée.

Il conviendra aussi bien d'identifier les bonnes pratiques pour associer les familles à l'accompagnement des personnes par les services, que les pratiques professionnelles d'accompagnement des aidants, en particulier le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique.

Par ailleurs, la CNSA est pilote des travaux relatifs aux aidants familiaux (évaluation des besoins, définition d'un panier de services et de lieux ressources, articulation des relations entre aidants « informels » et professionnels...) dont les résultats permettront d'étayer le projet de recommandation.

Parmi les lieux ressources pour les aidants, l'hébergement temporaire est une solution. Cette recommandation prendrait également en compte les résultats des travaux conduits par la CNSA d'octobre 2010 à janvier 2011 sur le sujet de l'hébergement temporaire et qui ont abouti à un consensus autour de la nécessité d'un projet spécifique.

*Au titre du programme 3 :
les points de vigilance
et la prévention des risques*

**L'intervention précoce auprès
d'enfants atteints d'un déficit et leur
accompagnement (enfants et parents)
dès la naissance afin de développer
et préserver les capacités des enfants**

Les travaux préalables engagés par la CNSA en 2008-2009 sur les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ont été achevés en octobre 2009 et ont fait l'objet d'une publication.

Eu égard aux problématiques du dépistage précoce des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, la recommandation devra porter une attention particulière à la question de l'accompagnement des enfants concernés et de leurs familles.

Par ailleurs, la Conférence nationale de santé s'est auto saisie de la problématique du dépistage, du diagnostic et de l'accompagnement précoces des handicaps chez l'enfant. Elle a mené une réflexion multidisciplinaire à laquelle l'Anesm a participé de novembre 2011 à mai 2012 et rendu public son avis en juin 2012.

Au titre du programme 7 : qualité de vie
**Spécificités de l'accompagnement
des événements du parcours personnel
des populations précaires**

L'isolement et la précarisation des populations accueillies en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) sont autant de facteurs de difficulté à appréhender des événements clés de leur parcours de vie.

Les aléas de la vie créant un déséquilibre relèvent tout autant de la vie domestique (mariage séparation, naissance, maladies, vieillesse...) que de la vie professionnelle (précarisation de l'emploi, entrée en formation)... comme tout changement de mode de vie bouleversant les habitudes tels que le déracinement, l'errance...

¹² cf. Recommandations portant sur la qualité de vie en Ehpad, recommandations portant sur les SESSAD, recommandation générale relative à l'accompagnement des personnes avec TED et recommandation plus spécifique sur les interventions éducatives et thérapeutiques auprès des enfants et adolescents avec TED.



Les conditions de vie accentuent les difficultés de prises en charge des événements de toute nature : administratif, disponibilité cognitive, mobilité accrue, démobilisation sociale, fragilité psychique, etc.

La qualité des accompagnements aide la personne à vivre le mieux possible ces circonstances déstabilisantes et à éviter qu'elles débouchent sur des situations de rupture dans le parcours d'accompagnement.

La recommandation s'attachera à identifier ces moments clés qui demandent des accompagnements spécifiques et soutenus. Elle portera sur la qualité des pratiques de gestion de ces situations. Trois champs de l'accompagnement seront traités :

- celui de l'usager en abordant l'ensemble des processus qu'il interpose entre lui et l'événement qu'il a perçu comme menaçant, pour le maîtriser, le tolérer ou diminuer son impact, sur son bien-être physique et psychologique.
- Celui des professionnels, aguerris ou non, à la soudaineté de certains des événements, à leur morbidité, à la mise en œuvre agile de leurs compétences afin de ne pas surajouter de l'anxiété à une situation fragile.
- Enfin, celui de l'établissement/service qui a anticipé ou non les différents événements clés auxquels il doit faire face en mettant en place une organisation particulière répondant aux besoins individualisés et ponctuels sans fragiliser l'ensemble de la structure.

Qualité de vie en MAS et FAM : volets 2 et 3

Se poursuit en 2013 le programme de recommandations sur la qualité de vie en MAS-FAM.

- Volet 2 : La vie quotidienne, sociale, la culture et les loisirs ;
- Volet 3 : Le parcours, les formes souples d'accueil, l'articulation avec les autres partenaires et le lien avec les proches.

ENQUÊTES AU CŒUR DE LA BIENTRAITANCE

L'enquête relative au degré de déploiement des pratiques professionnelles concourant à l'amélioration de la qualité de vie dans les Services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide et d'accompagnement à domicile

Depuis 2009, l'Anesm facilite la mise en œuvre de la démarche d'autoévaluation des pratiques concourant à la bientraitance dans les Ehpad. En 2012, cette enquête s'est adressée aux MAS et aux FAM. Il est donc proposé d'orienter celle-ci en 2013 vers les Services d'aide et d'accompagnement à domicile et vers les Services infirmiers à domicile, ces structures accompagnant autant les personnes âgées dépendantes que les personnes handicapées (transversalité aux deux secteurs).

En partenariat avec la DGCS, la Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services (DGCIS), la CNSA, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), l'Assemblée des départements de France (ADF), l'Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé (ANDASS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Agence nationale des services à la personne (ANSP), le Défenseur des droits et les fédérations des professionnels des soins et de l'accompagnement à domicile, cette enquête aura deux volets :

- un volet quantitatif, sur un modèle similaire à celui des enquêtes « bientraitance » précédentes ;
- un volet qualitatif permettant d'explorer l'appréciation de la qualité des prestations par les usagers (pour des raisons de faisabilité, ce volet ne sera fait qu'auprès de personnes âgées accompagnées par les services).

L'enquête relative au degré de déploiement des pratiques professionnelles concourant à l'amélioration de la qualité de vie (bientraitance) dans les Ehpad

La dernière enquête réalisée en 2010-2011 a mis en évidence une amélioration des pratiques depuis celles de 2009 et 2010-2011 portant sur les pratiques les plus aisément modifiables, notamment les protocoles et procédures. Depuis la dernière enquête, ont été publiées les recommandations spécifiques aux Ehpad dans le cadre du programme « Qualité de vie en Ehpad » et les repères pour les Ehpad en matière d'évaluation interne. Une refonte du questionnaire de cette enquête est donc nécessaire. Elle sera produite en 2013 selon la même méthodologie, en partenariat avec la DGCS et les ARS.

Les objectifs sont de :

- soutenir les établissements dans une dynamique d'amélioration continue des pratiques de bientraitance et d'appréciation régulière du déploiement de la démarche engagée ;
- réaliser au niveau national un état des lieux des pratiques de bientraitance et du degré d'appropriation et de mise en œuvre des recommandations de l'Anesm dans les établissements accueillant des personnes âgées.

Autres travaux

Programme « Qualité et fin de vie » en partenariat avec l'Observatoire national de fin de vie (ONFV) et la HAS

Le thème de la fin de vie des personnes âgées et des personnes handicapées vieillissantes a été retenu pour 2013 dans le cadre du partenariat liant les trois structures.

- Une étude sur les conditions de fin de vie et de décès des personnes âgées en Ehpad, avec la mise en place d'un système de recueil de données via un réseau sentinelle de médecins coordonnateurs, sera mise en place en 2013. Les résultats de cette étude permettront de déterminer les recommandations nécessaires à élaborer pour les professionnels des Ehpad et pour les professionnels hospitaliers des urgences.
- Par ailleurs, l'ONFV pilote une enquête qualitative sur les conditions du travail de deuil des soignants en MAS-FAM. Ces travaux seront mis en regard des données dont l'Anesm dispose déjà, tant dans les revues de littérature opérées pour les recommandations « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée », « Qualité de vie en Ehpad », « Qualité de vie en MAS-FAM » que dans l'enquête Bientraitance MAS-FAM.



L'appropriation des recommandations par les professionnels

LA DIFFUSION DES RECOMMANDATIONS

La diffusion des recommandations s'opère prioritairement par leur mise à disposition sur le site internet de l'Anesm. Elles sont éditées en nombre limité au format papier pour diffusion lors des événements des fédérations partenaires de l'Agence, les salons professionnels auxquels l'Agence participe, et les réunions d'établissements et services organisées par les ARS et les conseils généraux.

↳ La diffusion au format papier

L'Agence poursuit la diffusion des recommandations imprimées en considération de ses objectifs de réduction des dépenses. Les membres des instances de l'Anesm ainsi que les organisations et institutions nationales régionales et départementales, qui constituent une cible primordiale, demeurent ainsi prioritaires dans ce format de diffusion.

Pour l'essentiel, ce sont les partenaires de l'Agence qui assurent la plus grande part de la diffusion : réseaux professionnels (fédérations, unions nationales...) ainsi que, sur demande, les services de l'État et les services territoriaux, les instituts de formation etc.

Diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en format papier¹³

	Intitulé de la publication	Date de parution	Secteur	Diffusion en 2008-09	Diffusion en 2010	Diffusion en 2011	Diffusion en 2012	Total diffusé
Publiées en 2008	Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale	Avril 2008	Inclusion sociale	3 467	2 083	743	773	7 066
	La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre	Juillet 2008	Transversal	27 357	9 583	2 580	480	40 000
	Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées	Juillet 2008	Transversal	5 750	935	565	477	7 727
	Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses	Juillet 2008	Protection de l'enfance	5 944	1 636	420	–	8 000
	Ouverture de l'établissement à et sur son environnement	Déc. 2008	Transversal	3 962	2 478	2 160	369	8 969
	Les attentes de la personne et le projet personnalisé	Déc. 2008	Transversal	7 628	2 652	720	–	11 000
	Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance	Déc. 2008	Transversal	7 150	7 570	2 714	566	18 000
Publiées en 2009	L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social	Février 2009	Personnes âgées	7 814	3 471	1 995	627	13 907
	La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles	Juillet 2009	Transversal	16 287	3 513	1 270	930	22 000
	Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile	Sept. 2009	Transversal	3 917	2 609	2 409	65	9 000
	Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement	Nov. 2009	Transversal	–	3 749	1 891	903	6 543
Publiées en 2010	Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement	Janvier 2010	Personnes handicapées	–	4 744	1 256	152	6 152
	L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement	Février 2010	Protection de l'enfance	–	1 386	1 528	86	3 000

¹³ Chacune de ces publications est consultable et téléchargeable sur le site de l'Anesm www.anesm.sante.gouv.fr

Intitulé de la publication		Date de parution	Secteur	Diffusion en 2008-09	Diffusion en 2010	Diffusion en 2011	Diffusion en 2012	Total diffusé
Publiées en 2010	La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie	Avril 2010	Inclusion sociale	–	1391	1397	239	3027
	Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service	Mai 2010	Transversal	–	3985	4809	1 188	9982
	Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux	Oct. 2010	Transversal	–	3 193	5399	6046	14 638
Publiées en 2011	Qualité de vie en Ehpad (Volet 1) – De l'accueil de la personne à son accompagnement	Mars 2011	Personnes âgées	–	–	5871	3749	9620
	Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance	Mai 2011	Protection de l'enfance	–	–	2250	1088	3338
	L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad)	Juin 2011	Personnes handicapées	–	–	2237	1611	3848
	Qualité de vie en Ehpad (Volet 2) – Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne	Sept. 2011	Personnes âgées	–	–	3846	3473	7319
Publiées en 2012	Qualité de vie en Ehpad (Volet 3) – La vie sociale des résidents	Janvier 2012	Personnes âgées	–	–	–	4723	4723
	L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	Février 2012	Personnes âgées	–	–	–	5204	5204
	Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent	Mars 2012	Personnes handicapées	–	–	–	7044	7044
	L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes	Avril 2012	Transversal	–	–	–	4057	4057
	Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles	Mai 2012	Inclusion	–	–	–	893	893
	Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique	Juin 2012	Transversal	–	–	–	1773	1773
	Qualité de vie en Ehpad (Volet 4) – L'accompagnement personnalisé de la santé du résident	Nov. 2012	Personnes âgées	–	–	–	1559	1559
Total diffusé				89276	54978	46060	48075	227 389

Par ailleurs, les 13 documents de synthèse et éléments d'appropriation des premières recommandations produites par l'Anesm¹⁴ afin de permettre une appropriation rapide des recommandations par les professionnels, ont été mis en

ligne sur le site internet de l'Agence en regard des recommandations correspondantes. Elles sont également à disposition au format papier sur demande.

Diffusion des documents de synthèse et éléments d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en format papier

Intitulé de la publication	Date de parution	Secteur	Diffusion des synthèses	Diffusion des éléments d'appropriation	Total diffusé
Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale	Juin 2012	Inclusion sociale	42	52	94
Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées	Juin 2012	Transversal	739	939	1 678
Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses	Juin 2012	Transversal	1 026	606	1 632
La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre	Juin 2012	Transversal	1 919	1 509	3 428
Les attentes de la personne et le projet personnalisé	Juin 2012	Transversal	2 132	2 332	4 464
Ouverture de l'établissement à et sur son environnement	Juin 2012	Transversal	884	1 084	1 968
Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance	Juin 2012	Transversal	1 525	1 305	2 830
Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile	Juin 2012	Transversal	1 693	1 473	3 166
Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement	Juin 2012	Transversal	967	1 167	2 134
L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement	Juin 2012	Protection de l'enfance	337	347	684
La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie	Juin 2012	Inclusion sociale	46	56	102
Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service	Juin 2012	Transversal	1 938	1 938	3 876
Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance	Juin 2012	Protection de l'enfance	118	128	246
Total diffusé			13 366	12 936	26 302

Modalité de diffusion des recommandations de l'Anesm

	Nombre d'exemplaires diffusés en 2012	En pourcentage
Fédérations/unions	17602	37 %
Agences régionales de santé	12010	25 %
Événements Anesm	2800	6 %
Associations	1892	4 %
Conseils généraux	2004	4 %
Fondations	5	0 %
Établissements	618	1 %
Centres de formation	960	2 %
Institut régional du travail social (IRTS)	253	1 %
Institutionnels/Partenaires (DGCS, DIRECCTE, CNSA...)	1534	3 %
Centres hospitaliers	217	0 %
Ville (Mairies...)	58	0 %
Groupes de travail/Instances de l'Anesm	523	1 %
Autres (infirmières, documentalistes...)	7599	16 %
Total	48075	100 %

La fréquentation du site internet

Source — Google Analytics

Nombre de visiteurs uniques	Nombre de visites	Nombre de pages vues
208039 (+30,80 %)	385936 (+27,60 %)	1812679 (+17,15 %)

La fréquentation du site de l'Anesm progresse de **27,60 %** en nombre visites¹⁵.

385 936 visites ont été comptabilisées en 2012 contre 302 459 en 2011.

1 812 679 pages ont été vues par 208 039 visiteurs uniques¹⁶ sur l'année, soit une augmentation de 30,80 % par rapport à 2012.

📉 Tendances : **+27,60 % de visites en 2012**

Le rapport entre les visiteurs uniques et le nombre de visites comptabilisés révèle que le lectorat principal des travaux édités par l'Agence se rend en moyenne 2 fois dans l'année sur le site.

Les résultats pour 2012 font apparaître une réelle fidélisation des visiteurs avec 193 465 internautes qui reviennent sur le site alors qu'ils étaient 157 188 en 2011.

¹⁴ cf. Page 11 du rapport d'activité.

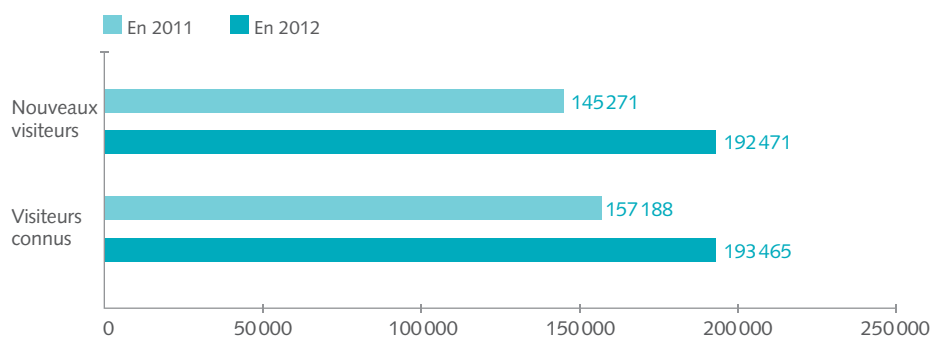
¹⁵ Sur Google Analytics cela correspond au nombre de visites sur le site. Plus précisément, les visites représentent le nombre de sessions individuelles déclenchées par l'ensemble des visiteurs du site.

¹⁶ Un visiteur unique est une personne qui peut effectuer plusieurs visites par jour et consulter plusieurs pages par visite. Il est considéré comme unique dans les données d'audience du site pendant une période donnée de 1 mois.



Évolution des nouveaux visiteurs et visiteurs connus entre 2011 et 2012

Source — Google Analytics



Même constat pour le nombre de nouveaux visiteurs qui ne cesse de croître avec 47 200 visiteurs supplémentaires en 2012. Au total l'Agence a comptabilisé 385 936 personnes visitant son site.

Au total, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (hors documents d'appui) hébergées sur le site internet de l'Anesm, ont fait l'objet de **354 364 téléchargements en 2012, contre 228 616 en 2011.**

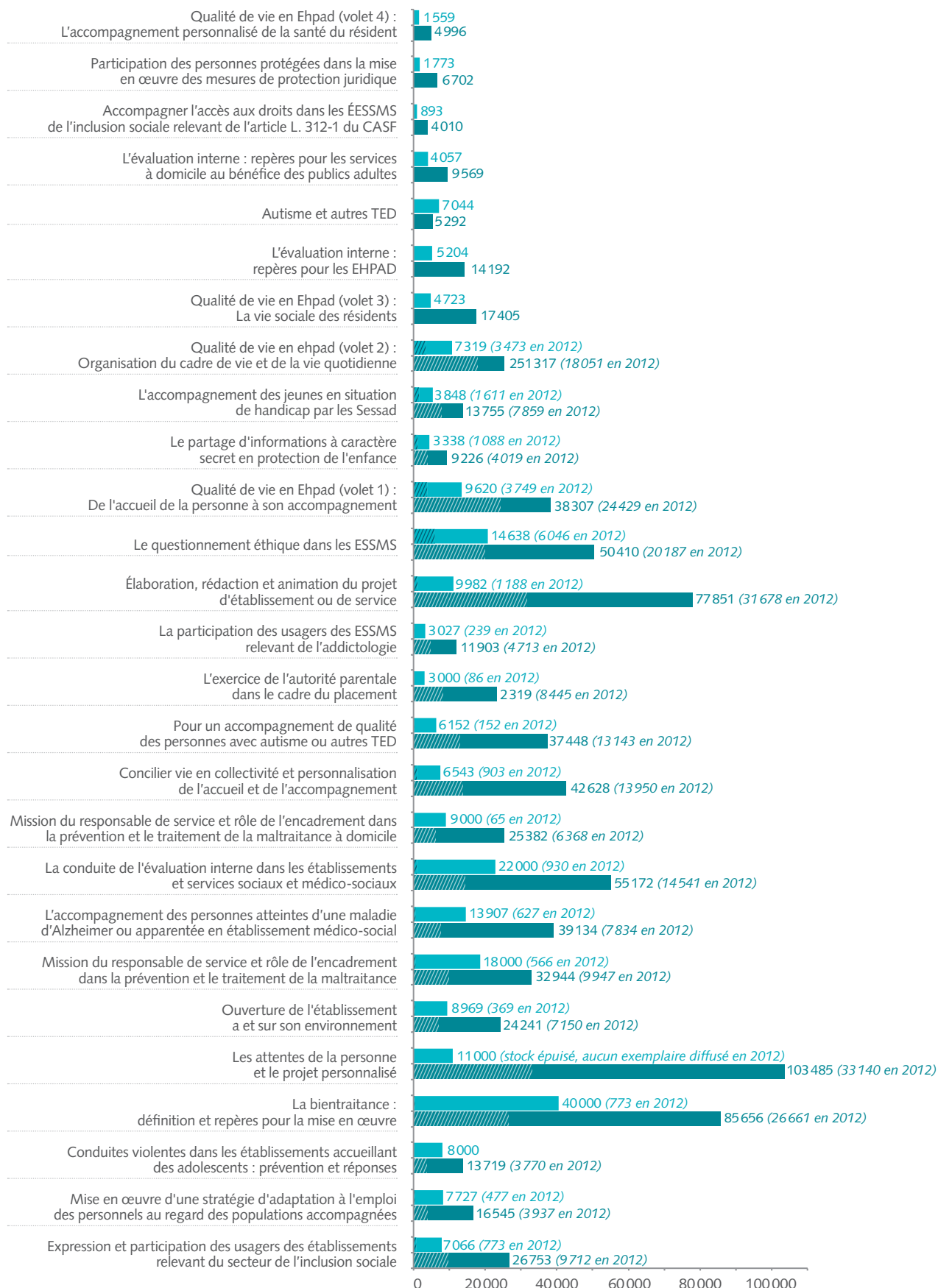
Les recommandations étant analysées par les professionnels au regard des documents d'appui qui les accompagnent, il est particulièrement intéressant de relever que le téléchargement des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et leurs documents d'appui s'élèvent en 2012 à **637 362 téléchargements.**

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

Sources — Anesm et WebTrends Analytics 8

■ Exemplaires print diffusés depuis la parution de la recommandation (■ dont diffusions en 2012)

■ Téléchargements enregistrés depuis la mise en ligne de la recommandation (■ dont téléchargements en 2012)



DES RECOMMANDATIONS TRÈS MAJORITAIREMENT UTILISÉES PAR LES PROFESSIONNELS

Les données qui suivent sont issues de l'enquête nationale¹⁷ sur le déploiement de l'évaluation interne dans les ESSMS.

Celle-ci a permis de faire le point sur le niveau de connaissances des professionnels concernant les recommandations publiées par l'Agence.

La connaissance des recommandations publiées par l'Agence¹⁸

La quasi-totalité des établissements ou services connaît au moins une recommandation de l'Agence (98 % de l'ensemble des répondants, soit 3 859 ESSMS) et 61 % ont lu plus de 6 recommandations.

Plus des deux-tiers des ESSMS ont diffusé et travaillé en équipe au moins une recommandation.

Les recommandations les plus connues sont les recommandations transversales. Au moins deux-tiers des établissements ou services connaissent et ont lu les recommandations suivantes :

- La conduite de l'évaluation interne dans les ESSMS (juillet 2009) ;

- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008) ;
- Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010) ;
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008).

Le niveau de connaissance et d'appropriation des recommandations varie selon le secteur d'activités

Deux-tiers des répondants des secteurs « personnes âgées » et « personnes handicapées » ont lu la quasi-totalité des recommandations qui leur sont destinées, c'est la moitié des répondants des secteurs de la « protection de l'enfance » et de l'« inclusion ».

Ces données étant propres à la personne répondant au questionnaire, constituent de fait un minimum. Il existe en outre de grandes probabilités pour que plusieurs personnes d'un même établissement, aient aussi lu des recommandations de l'Agence.

Parmi les ESSMS engagés dans la démarche : nombre de recommandations...

Source — ANESM 2012 (Base : 2751 ESSMS)

■ Aucune ■ 1 à 2 ■ 3 à 5 ■ 6 et plus

Dont la parution est connue par le répondant



Lues par le répondant



Diffusées aux professionnels de la structure



Travaillées et exploitées en équipe



Utilisées dans l'évaluation interne de l'ESSMS

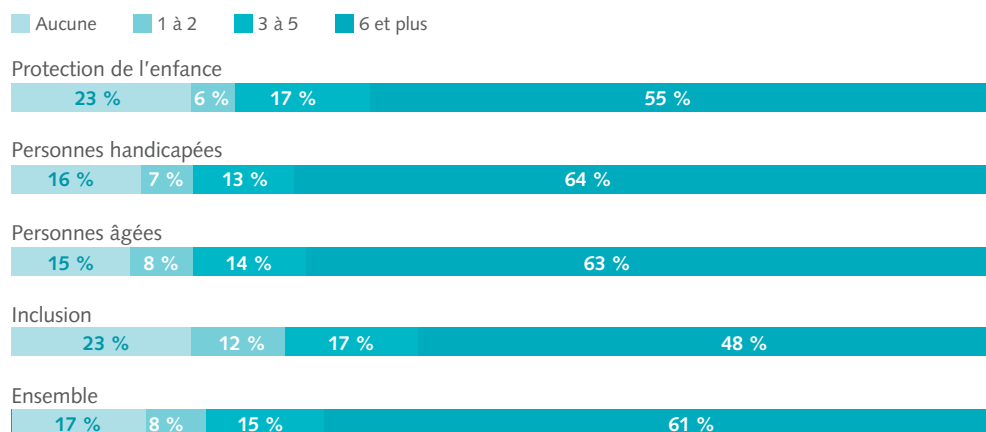


¹⁷ Voir partie 1 du rapport d'activité page 23. L'enquête sur le déploiement de l'évaluation interne dans les ESSMS.

¹⁸ Les résultats indiqués ci-après correspondent aux éléments renseignés par le répondant. Aussi le niveau de connaissance et de lecture se rapporte à celui du répondant et non à celui de tous les professionnels de l'ESSMS dans lequel le répondant exerce.

Nombre de recommandations lues par le répondant

Source — ANESM 2012 (Base 3711 ESSMS)



98 %
des répondants
connaissent
au moins
une recom-
mandation
de l'Anesm

Secteur de la « protection de l'enfance »

Plus de 80 % des ESSMS connaissent la recommandation traitant du « partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance ». Le niveau de connaissance est homogène par catégorie d'établissement ou de service. Cette recommandation est également la plus lue, diffusée et travaillée avec les professionnels.

La recommandation relative aux conduites violentes dans les établissements est connue par 80 % des Maison d'enfants à caractère social

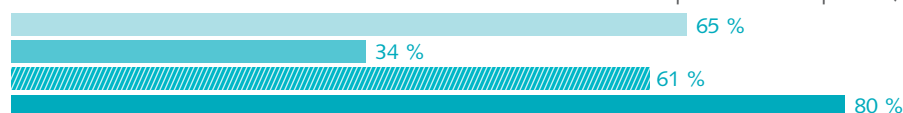
(cible de la recommandation) et par les deux-tiers des établissements ou services de la Protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et autres structures de l'aide sociale à l'enfance. Elle est également connue par quelques entités du secteur des « personnes handicapées » (Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique en particulier).

88 % des MECS et 85 % des autres structures de l'aide sociale à l'enfance connaissent la recommandation « L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement ».

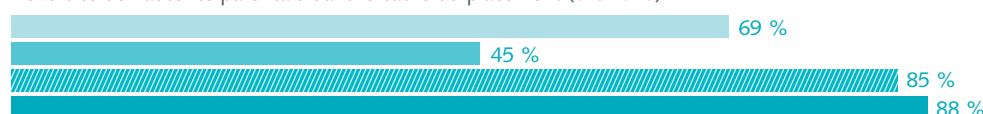
Connaissance des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans le secteur de la protection de l'enfance

Source — ANESM 2012 (Base : 431 ESSMS)

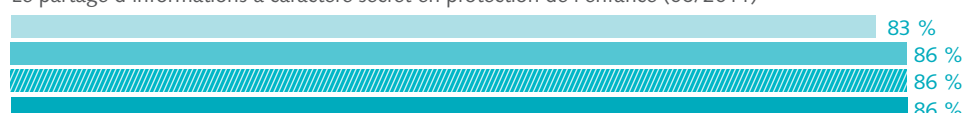
Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses (07/2008)



L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement (02/2010)



Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance (06/2011)



ESPJJ (Établissements et services relevant de la Protection judiciaire de la jeunesse)
AEMO-Club équipe prévention (Service d'action éducative en milieu ouvert) / Autres structures ASE / MECS



Secteur des « personnes handicapées »

88 % des ESSMS du secteur des « personnes handicapées » connaissent plus de 6 recommandations et plus des deux-tiers des ESSMS les ont lues.

Ces établissements ou services s'approprient davantage les recommandations transversales que celles spécifiques à leur secteur, celles-ci concernant plus spécifiquement un type de public – en l'occurrence les personnes avec autisme ou autres troubles du développement – ou une catégorie spécifique de services à savoir les SESSAD.

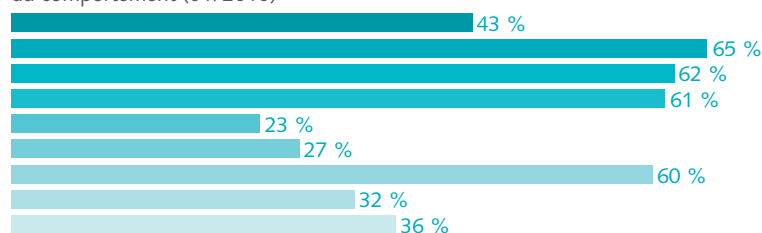
La recommandation spécifique destinée aux SESSAD est connue de 91 % d'entre eux. Elle est également connue par au moins la moitié des autres structures intervenant dans le champ du handicap enfance. Les deux recommandations qui concernent l'accompagnement de personnes avec autisme ou autres troubles du comportement sont connues par plus de la moitié des structures intervenant dans le champ du handicap enfance (exception des SESSAD). 60 % des MAS et FAM déclarent connaître celle publiée en janvier 2010.

La recommandation dédiée à la conduite de l'évaluation interne dans les services à domicile et destinée notamment aux SAVS et SAMSAH est connue par la moitié d'entre eux.

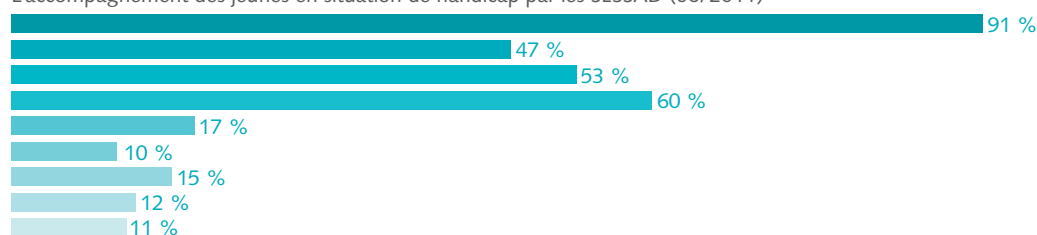
Connaissance des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans le secteur des personnes handicapées

Source — ANESM 2012 (Base : 1530 ESSMS)

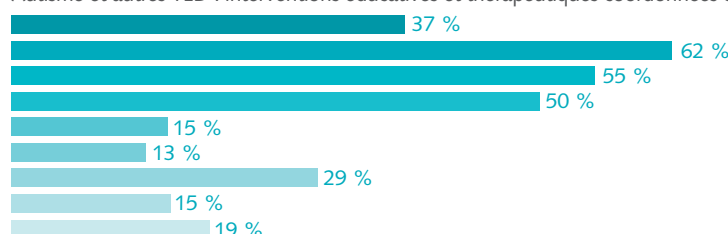
Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du comportement (01/2010)



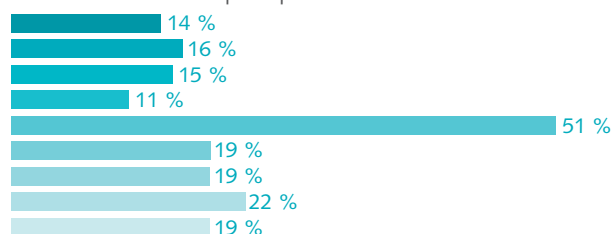
L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les SESSAD (06/2011)



Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (03/2012)



L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (04/2012)



- Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
- Centre médico-psycho-pédagogique - Centre d'action médico-sociale précoce
- Autres enfance handicapées < 50 places
- Autres enfance handicapées > 50 places
- Service d'accompagnement à la vie sociale - Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- Établissement et service d'aide par le travail - Centre de réadaptation professionnelle ou de rééducation professionnelle - Centre de pré-orientation
- Autres adultes handicapés < 50 places
- Autres adultes handicapés > 50 places
- MAS-FAM

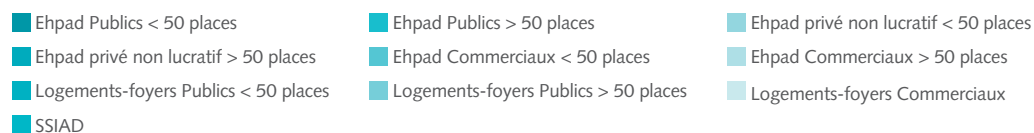
Secteur des « personnes âgées »

Au moins deux-tiers des Ehpad connaissent les recommandations de l'Agence qui leur sont destinées, y compris la recommandation relative à la conduite de l'évaluation interne publiée en février 2012.

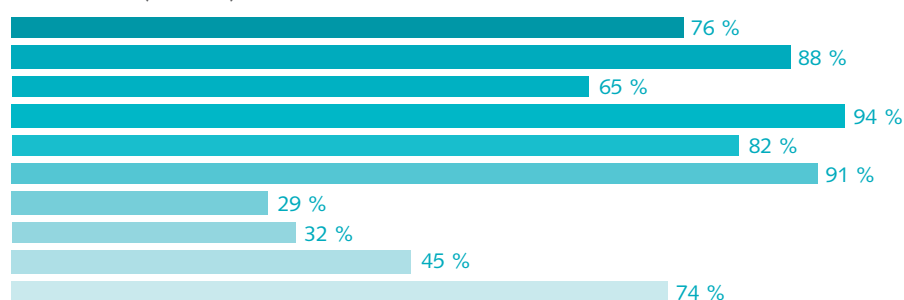
Au moins deux-tiers des SSIAD connaissent les recommandations « Accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » publiée en février 2009 et « Conduite de l'évaluation interne : repères pour les services à domicile », publiée en avril 2012.

Connaissance des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans le secteur des personnes âgées

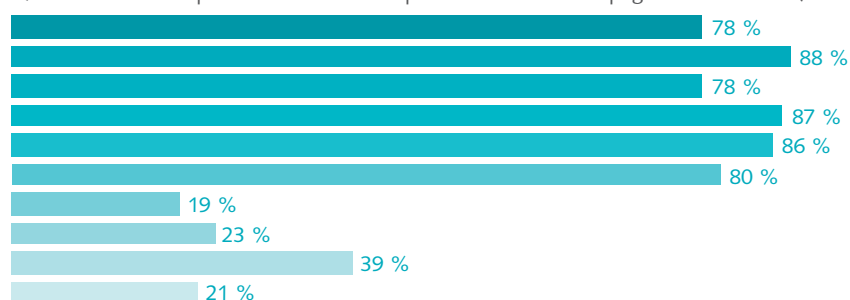
Source — ANESM 2012 (Base : 1366 ESSMS)



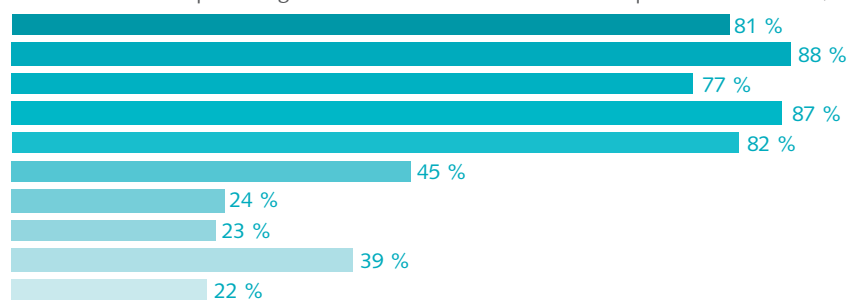
L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissements médico-social (02/2009)



Qualité de vie en Ehpad : de l'accueil de la personne à son accompagnement. Volet 1 (02/2011)

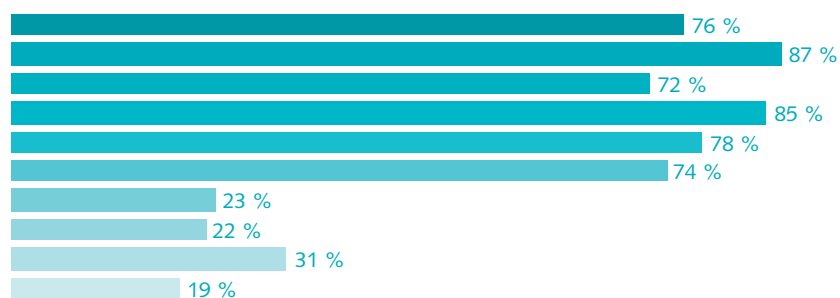


Qualité de vie en Ehpad : l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Volet 2 (09/2011)

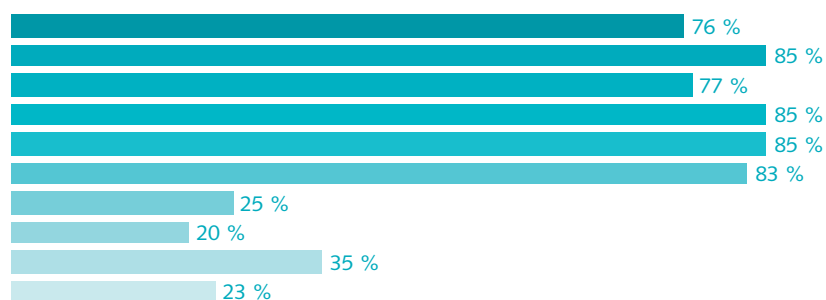




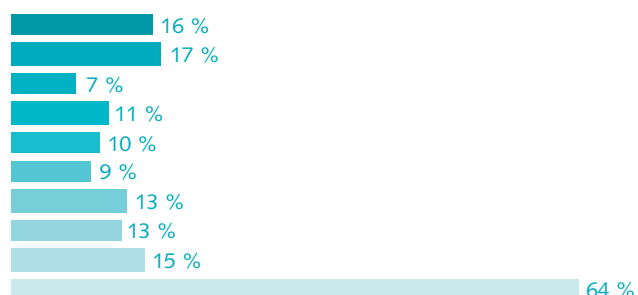
Qualité de vie en Ehpad : la vie sociale des résidents en Ehpad. Volet 3 (01/2012)



L'évaluation interne : repères pour les Ehpad (02/2012)



L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (04/2012)



65 %
des ESSMS
ont utilisé
une recom-
mandation
pour conduire
leur évaluation
interne

Secteur de l' « inclusion sociale »

Trois-quarts (76 %) des établissements et services du secteur de l' « inclusion sociale » connaissent plus de 6 recommandations, soit l'ensemble des recommandations qui leur est destiné. Plus d'un tiers a lu les deux recommandations spécifiques destinées aux établissements ou services hébergeant et accompagnant des personnes en situation de précarité sociale qui portent sur l'expression et la participation des usagers et sur l'accès aux droits. Ces deux recommandations sont par ailleurs également connues par plus d'un tiers des établissements

ou services des secteurs de la « protection de l'enfance » et des « personnes handicapées ».

83 % des CHRS et 65 % des CADA ayant répondu à l'enquête¹⁹ ont connaissance de la recommandation relative à l'expression et à la participation des usagers.

À leur tour, 81 % des structures de l'addictologie connaissent celle qui leur est destinée sur ce même sujet.

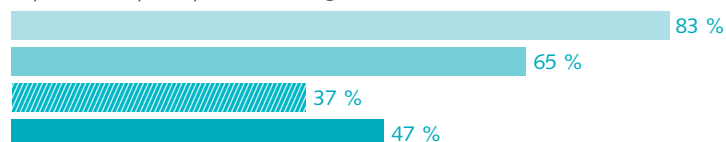
La recommandation la plus connue par les ESSMS du secteur est la plus récente portant sur l'accès aux droits. Elle est connue de 79 % des CHRS et de 61 % des CADA.

Connaissance des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans le secteur de l'inclusion

Source — ANESM 2012 (Base : 431 ESSMS)

■ CHRS ■ CADA ▨ FJT ■ Addictologie

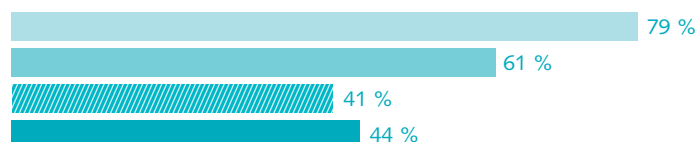
Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale (04/2008)



La participation des usagers en établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie (04/2010)



Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312.1 du CASF



DES RECOMMANDATIONS UTILISÉES POUR L'ÉVALUATION

Conformément aux obligations réglementaires, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont utilisées par les établissements dans leur démarche d'évaluation. Les établissements ou services engagés dans la démarche d'évaluation se sont davantage appropriés les recommandations qui leur sont destinées que les autres structures.

65 % des ESSMS déclarent avoir utilisé au moins une recommandation pour conduire leur évaluation interne.

Ce sont 73 % des Ehpad mais 57 % des ESSMS de la protection de l'enfance (hors ESPJJ).

Parmi les établissements qui déclarent n'avoir utilisé aucune recommandation dans leur démarche (35 % des ESSMS concernés), 72 % ont utilisé un référentiel existant lequel tenait compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Comparé aux autres secteurs et ESSMS, les Ehpad et les foyers-logements sont ceux qui ont

utilisé le plus de recommandations pour conduire leur démarche. En revanche, 70 % des établissements et services du secteur de la PJJ ont utilisé moins de 5 recommandations.

Les Ehpad qui ont utilisé la recommandation « L'évaluation interne : repères pour les Ehpad », pourtant récemment publiée par l'Agence (février 2012) ont davantage :

- **impliqué les usagers** ou leurs proches dans la démarche;
- **mobilisé des supports d'informations diversifiés** : ils ont davantage utilisés les dossiers individuels des usagers, les comptes-rendus de réunions avec les usagers, les synthèses d'entretiens spécifiques avec les usagers, les plaintes et les fiches de recueil d'événements indésirables, les retours formalisés des partenaires;
- **utilisé des indicateurs** leur permettant de mesurer les effets des prestations pour les usagers.

Ainsi, l'appropriation croissante des recommandations de l'Anesm par les professionnels confirme être un facteur déterminant de l'évolution favorable des pratiques.

Nombre de RBPP utilisées dans l'évaluation interne (parmi les structures au moins une et dont le processus d'évaluation interne est engagé)

Source — ANESM 2012 (Base : 1737 ESSMS)

■ Entre 1 et 2 ■ Entre 3 et 5 ■ 6 et plus

EHPAD



Logements-foyers



SSIAD



ESPJJ



Protection de l'enfance (hors ESPJJ)



Inclusion



Handicap



Ensemble



150 articles de presse ont été publiés sur l'Anesm en 2012

La promotion des recommandations de l'Agence

- Un salon pour assurer la promotion des recommandations

Le salon des Services à la personne organisé les 29,30 novembre et 1^{er} décembre 2012, à Paris, Porte de Versailles.

La sixième édition du Salon des services à la personne s'est déroulée les 29, 30 novembre et 1^{er} décembre 2012 au Parc des Expositions de Paris, Porte de Versailles. Cette manifestation, dédiée aux professionnels (créateurs et dirigeants de structures, intervenants à domicile) ainsi qu'aux particuliers du secteur, a rassemblé **24 000 visiteurs**. L'Anesm disposait d'un stand sur lequel les recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées pour accompagner la mise en œuvre de l'évaluation au sein des services à domicile étaient mises à disposition.

5 920 publications de l'Agence ont été diffusées à cette occasion.

- Les interventions de l'Anesm en régions

L'Anesm a fait l'objet d'une centaine de sollicitations émanant de fédérations, organisations professionnelles, associations, ou administrations pour intervenir sur ses travaux à l'occasion de manifestations diverses : congrès, journées d'études, colloques, séminaires etc.²⁰

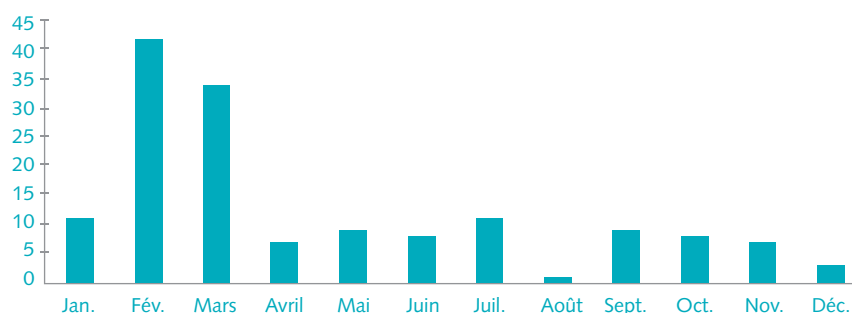
- L'Anesm dans la presse

Les articles publiés sur l'Anesm dans la presse professionnelle coïncident en grande partie avec les travaux publiés par l'Agence, à savoir les recommandations ainsi que l'actualité de l'évaluation.

En 2012, au total 150 articles ont été publiés sur l'Anesm, soit une moyenne de 13 articles par mois.

L'Anesm dans la presse (en 2012)

Source — ANESM



¹² cf. Partie 2



- En janvier 2012 : retombées presse à l'occasion de la publication de la recommandation « Qualité de vie en Ehpad (volet 3) – La vie sociale des résidents en Ehpad ».
- En février 2012 : les articles ont porté sur la publication de la recommandation sur « L'évaluation interne : repères pour les Ehpad » et l'articulation entre certification et évaluation externe.
- En mars 2012 : retombées presse suite à la recommandation sur l'autisme HAS/Anesm « Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent ».
- En avril 2012 : retombées presse suite à la recommandation sur l'évaluation interne en SAD.
- En mai 2012 : retombées presse à l'occasion de la publication de la recommandation « Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312.1 du CASF ».
- En juin 2012 : retombées presse suite à la publication des modèles d'abrégé et de synthèse du rapport d'évaluation externe des ESSMS.
- En juillet 2012 : la publication de la recommandation sur « La participation des majeurs protégés dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique ».
- En août 2012 : la publication du rapport d'activité 2011 de l'Anesm.
- En septembre 2012 : la publication du rapport sur les agences de l'État.
- En octobre 2012 le lancement de l'enquête nationale : « Bientraitance des personnes accueillies en Maisons d'accueil spécialisées et en Foyers d'accueil médicalisé ».
- En novembre 2012 : retombées presse à l'occasion de la publication de la recommandation « Qualité de vie en Ehpad (volet 4) – L'accompagnement personnalisé de la santé du résident en Ehpad ».



PARTIE 2

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

Rappel du dispositif relatif à l'évaluation des pratiques et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux



LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES AUTORISÉS

Les missions confiées à l'Anesm par le législateur sont directement corrélées aux obligations des ESSMS. Ces structures sont tenues de mettre en place une évaluation en continu de leurs activités et de la qualité des prestations qu'elles délivrent. Les évaluations se conduisent, selon l'article L. 312-8 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'État, les ESSMS sont tenus de faire procéder à des évaluations externes par un organisme habilité par l'Agence. La décision de renouvellement d'autorisation de fonctionnement de la structure sociale ou médico-sociale est subordonnée de manière exclusive à ces évaluations externes.

Le décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 codifié à l'article D. 312-205 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.

Toutefois, afin de tenir compte de la fin de validité des autorisations de 15 ans, et des obligations faites aux établissements et services par la loi du 2 janvier 2002, des mesures transitoires ont été adoptées pour définir ce qui serait exigé d'ici à 2017 (date de fin des autorisations des ESSMS autorisés au titre de la loi du 2 janvier 2002). Par dérogation, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 a prévu que les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 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.²¹

Selon le fichier Finess, ce sont 24512 établissements et services qui verront leur autorisation renouvelée le 3 janvier 2017. Ces structures devront ainsi avoir adressé aux autorités compétentes (Agences régionales de santé, conseils généraux...) leurs résultats d'évaluation interne avant le 3 janvier 2014 et leurs résultats d'évaluation externe avant le 3 janvier 2015.

²¹ 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 D. 312-205 du CASF.



LE CAS PARTICULIER DES ORGANISMES AGRÉÉS DE SERVICES À LA PERSONNE (OSAP)

En vertu des dispositions de l'article L. 313-1-2 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 D. 347-2 du CASF dispose que les services qui optent pour la procédure d'agrément qualité, et qui auront fait l'objet d'une certification sont dispensés de la réalisation d'une évaluation externe sous certaines conditions définies à l'article D. 347-3 du CASF.²²

Cependant, les organismes agréés de services à la personne ayant opté pour la procédure d'agrément

qualité mais n'ayant pas fait l'objet d'une certification devront, conformément aux dispositions de l'article D. 347-1 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).

Au regard de ces obligations, l'Anesm est ainsi conduite à assurer le suivi et la mise en œuvre de l'évaluation et à réguler le marché de l'évaluation externe par le truchement de mesures de suspensions et de retraits d'habilitation à exercer ces missions.

²² Art. D. 347-3 CASF : Les services relevant du 2° de l'article L. 313-1-2, qui auront fait l'objet d'une certification volontaire au sens de l'article R. 129-4 du code du travail définie à l'article L. 115-27 ainsi qu'aux articles R. 115-1 à R. 115-9 du code de la consommation, sont dispensés de l'évaluation prévue à l'article D. 347-1, si la certification répond aux conditions suivantes :

- le champ de la certification couvre l'activité relevant de l'article L. 313-1-1 ;
- le référentiel utilisé est élaboré et validé conformément à l'article R. 115-8 du code de la consommation ;
- l'organisme certificateur bénéficie d'une accréditation par une instance reconnue à cet effet et selon les normes européennes de la série 45 000 ;
- la certification répond à la périodicité prévue au premier alinéa de l'article D. 347-1 ;
- les résultats de la certification sont communiqués selon les modalités prévues au second alinéa de l'article D. 347-1.

LES ACTIONS CONDUITES PAR L'AGENCE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'ÉVALUATION

L'OUTILLAGE DU DISPOSITIF D'ÉVALUATION

L'élaboration et la publication de modèles de synthèse et d'abrégé

Le décret 2012-147 précisant les modalités de prise en compte de la certification dans l'évaluation externe, intervient comme le vecteur du renforcement des exigences réglementaires vis-à-vis des organismes habilités.

À la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du CASF, le décret apporte des précisions relatives à la synthèse de l'évaluation externe (point 3.5). Il précise qu'elle est établie par l'évaluateur au regard des objectifs énoncés au chapitre II, selon un modèle fixé par l'Anesm et téléchargeable gratuitement sur son site internet. Le décret stipule que la synthèse concourt à une meilleure connaissance du service rendu au travers des activités et prestations.

Est inséré à la même section un point 3.7 prévoyant que les organismes habilités établissent un abrégé selon un modèle fixé par l'Anesm annexé au rapport d'évaluation externe.

Cet abrégé, renseigné par les évaluateurs externes, est conçu à destination des autorités délivrant les autorisations afin de faciliter l'instruction par leurs services des rapports d'évaluation externe qui vont leur parvenir, en nombre important et de façon assez concomitante.

L'enjeu pour l'Anesm était donc de concevoir, sur la base de l'annexe 3-10 du CASF, un document de lecture rapide des rapports d'évaluation externe. Ce modèle d'abrégé doit pouvoir éclairer les autorités sur les points forts et axes d'amélioration de l'ESSMS dans le périmètre fixé par l'annexe 3-10 du CASF.

Dans cet esprit, l'Anesm travaille depuis 2010 à l'élaboration de ce modèle d'abrégé, afin qu'il éclaire les autorités sur :

- la qualité de l'évaluation externe (respect des critères d'habilitation, validité de la méthode et recevabilité des résultats) ;
- les principaux champs couverts et la méthodologie employée par l'évaluateur externe ;
- les résultats des évaluations (interne et externe) et la dynamique d'amélioration de la qualité dans le secteur social et médico-social ;
- les principales préconisations établies par l'évaluateur externe.

Un groupe de travail, mis en place début janvier 2012 avec des membres du Comité d'orientation stratégique, a permis d'aboutir à deux modèles publiés le 4 juin 2012 sur le site internet de l'Agence.

La prise en compte des certifications dans l'évaluation externe

Parmi les démarches engagées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux pour répondre aux obligations d'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations délivrées, des démarches de « certification qualité » ont été adoptées par certains établissements et 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'Anesm 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 missions d'évaluation externe ne soient en partie redondantes avec ces démarches, l'article L. 312-8 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 L. 115-28 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 ».

L'article D. 312-206 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) introduit dans le code par le décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux, prévoit, pour l'application du 7^e alinéa de l'article L. 312-8 du CASF précité, que :

- « l'organisme habilité ou dûment inscrit en application des dispositions de l'article D. 312-197 qui procède à l'évaluation externe prend en compte la certification obtenue par l'établissement ou le service pour les activités et prestations qui font l'objet de l'évaluation externe dans les conditions prévues au présent article. Cette prise en compte ne dispense pas l'établissement ou le service de l'obligation de faire procéder à l'évaluation externe prévue à l'article L. 312-8 »;
- « Les certifications sont prises en compte par l'organisme qui procède à l'évaluation externe dans les limites de la correspondance définie, pour chaque référentiel de certification, par

arrêté du ministre chargé des affaires sociales pris après avis de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux sur la base d'un tableau de correspondance entre le référentiel de certification et les dispositions de l'annexe 3-10 du présent code. L'organisme qui a élaboré le référentiel de certification communique à l'agence les éléments nécessaires à la réalisation du tableau ».

En 2012, l'Agence a donc élaboré le tableau de correspondance que doivent lui transmettre les organismes de certification concernés.

Le 30 avril 2012, le Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale a saisi l'Anesm pour instruire la correspondance de deux référentiels avec l'annexe 3-10 du CASF :

- le référentiel de certification de services de SGS-ICS : Qualicert RE/UPA/04 pour les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (4^e version);
- le référentiel de certification de services d'AFNOR Certification : référentiel de certification Services NF386 des établissements d'hébergement pour personnes âgées (3^e version).

En juin 2012, AFNOR Certification a demandé la suspension de l'instruction de la correspondance engagée sur le référentiel susnommé afin de lui permettre de l'actualiser. La version 4 a été remise le 27 septembre 2012 par AFNOR Certification à l'Anesm qui a ainsi pu engager son instruction.

L'Anesm a rendu ses avis respectivement les 28 novembre 2012 et 25 janvier 2013.



L'HABILITATION DES ORGANISMES ET LEUR CONTRÔLE

Les organismes habilités en 2012

Au 31 décembre 2012, on dénombre :

- **995 organismes habilités, dont 212 au titre de 2012;**
- 187 dossiers de candidature incomplets, nécessitant un complément d'informations et/ou présentant des difficultés de fond;
- 49 dossiers sont complets administrativement et prêts à être examinés en vue de la seizième publication de la liste des organismes habilités, le 15 mars 2013;

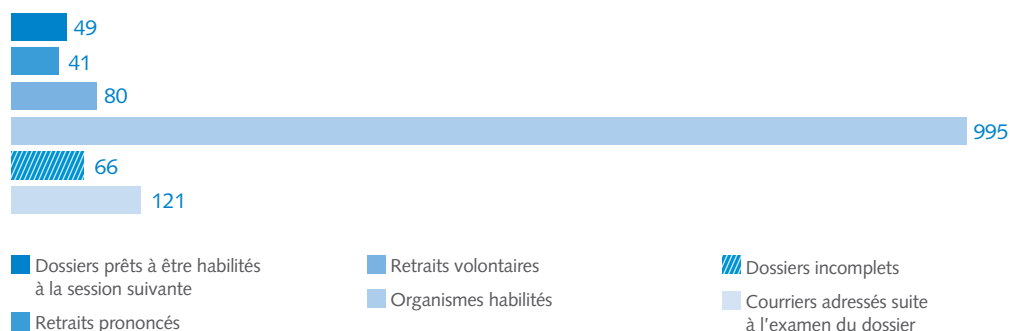
- 28 candidats se sont désistés de leur demande depuis 2009, et 26 structures n'ont pas finalisé leur demande depuis la plateforme Extranet;
- 80 organismes habilités ont demandé le retrait de leur habilitation.

Les demandes de retrait « volontaires » sont le plus souvent liées à la cessation d'activité des organismes, une évolution de leur activité ou la transformation de leur statut juridique.

Enfin, l'Agence a prononcé 41 retraits d'habilitation sur le fondement de manquements des organismes.

Récapitulatif des demandes d'habilitation

Source — Anesm 2012





Les caractéristiques des organismes habilités

Les 995 organismes habilités présentent les caractéristiques suivantes en terme de :

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

Il est important de noter que quelques organismes ont omis de renseigner certains items.

Cela explique le pourcentage de « non renseigné » pour les données « chiffres d'affaires et effectifs ».

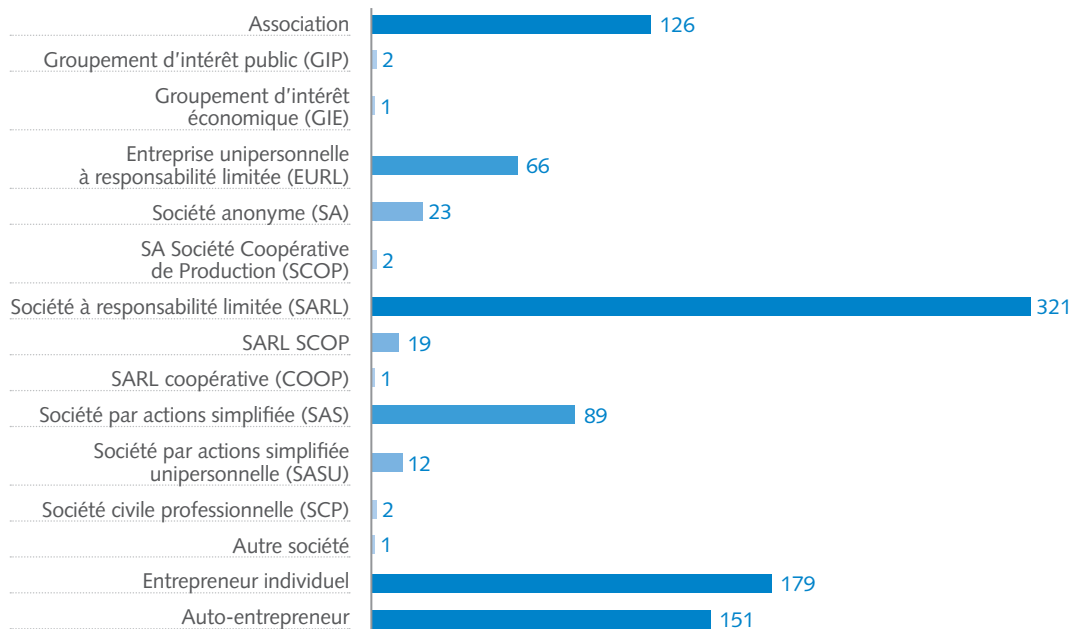
La forme juridique des organismes habilités

Les organismes habilités sont majoritairement des personnes morales à hauteur de 67 %, essentiellement des SARL et des associations.

Pour le tiers restant, il s'agit de personnes exerçant à titre individuel, en tant que travailleurs indépendants et auto-entrepreneurs.

Répartition des organismes habilités selon la forme juridique en 2012

Source — Anesm 2012



Le chiffre d'affaires 2011 des organismes habilités

En 2012, 70 % des organismes habilités déclarent un chiffre d'affaires pour l'année 2011 inférieur à 500 k€ contre 83 % l'an dernier.

Pour plus de la moitié d'entre eux, il est compris entre 100 et 500 k€.

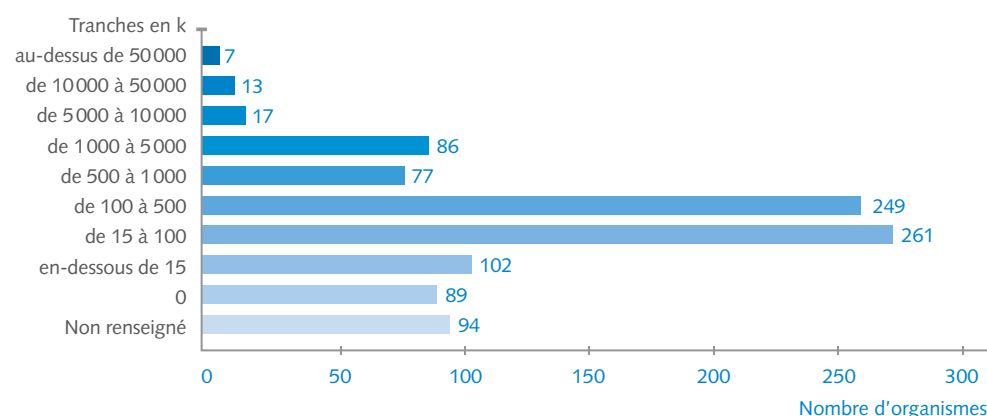
9 % des structures renseignent une absence de chiffre d'affaires.

Un grand nombre d'organismes ont créé leur structure en vue de réaliser des évaluations externes. L'activité d'évaluation externe ne leur permet pas encore une augmentation significative de leur chiffre d'affaires.

L'actualisation en 2012 du chiffre d'affaires 2011 des organismes habilités montre une évolution certaine, notamment pour les organismes habilités ayant un chiffre d'affaires de moins de 100 k€ ainsi que ceux compris entre 500 et 1000 k€.

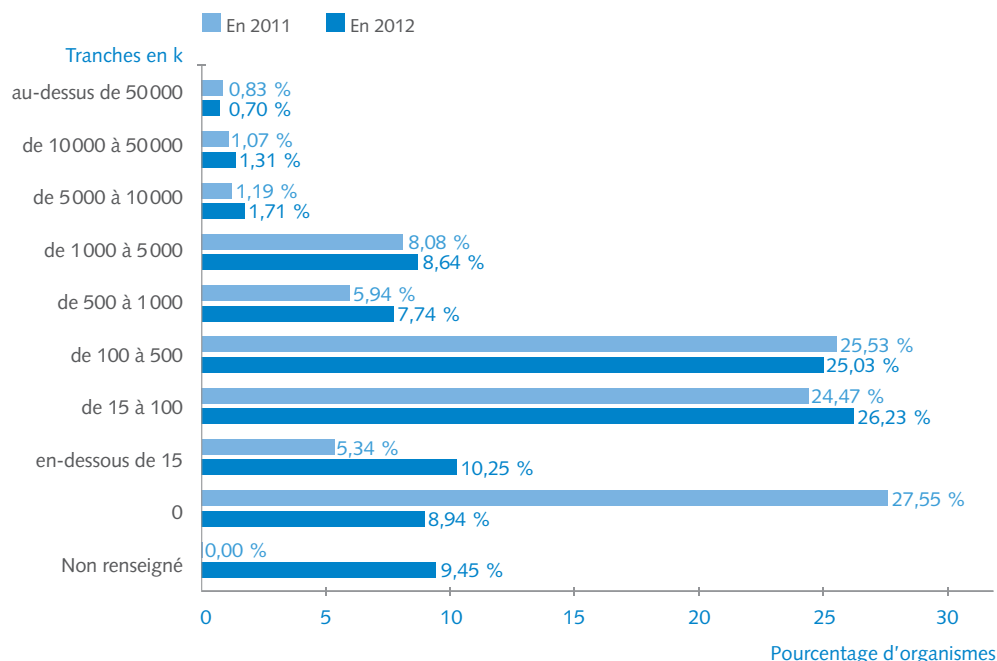
Chiffres d'affaires déclarés par les organismes habilités en 2011

Source — Anesm 2012



Chiffres d'affaires déclarés par les organismes habilités - Comparatif entre 2011 et 2012

Source — Anesm 2012



Les effectifs 2011 des organismes habilités

L'actualisation des données déclarées lors de l'habilitation permet également d'analyser l'évolution des effectifs des organismes habilités depuis leur habilitation.

Si les organismes habilités comptant entre 2 et 50 ETP sont moins nombreux, le pourcentage d'organismes habilités déclarant un ETP a quant

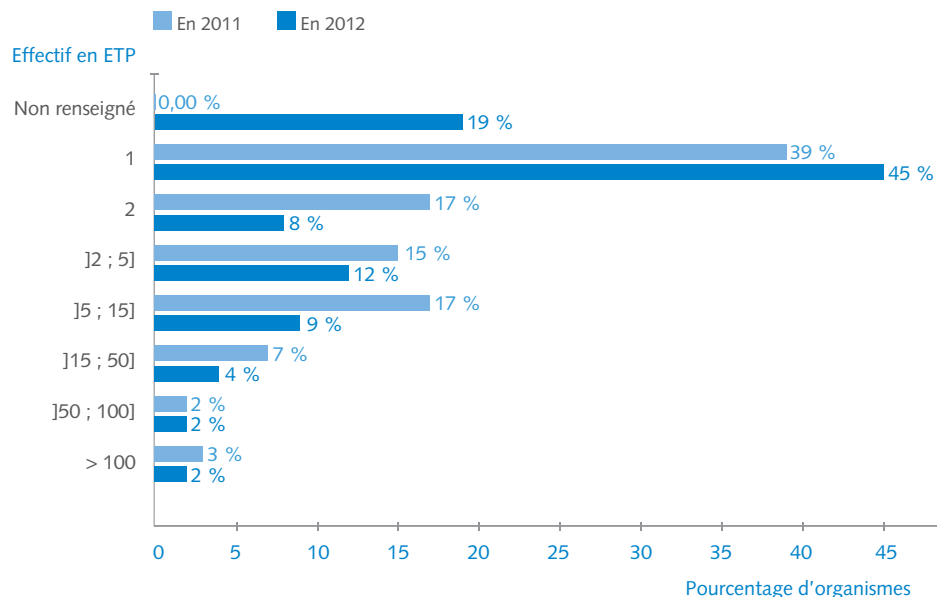
à lui légèrement augmenté en 2012. Ces derniers représentent 40 % des organismes habilités. 60 % d'entre eux sont des personnes physiques.

Ce constat doit être relativisé au regard des 19 % d'organismes n'ayant pas renseigné leur effectif.

S'agissant des seuls organismes habilités en qualité de personne morale, la majorité s'établit à 1 ETP.

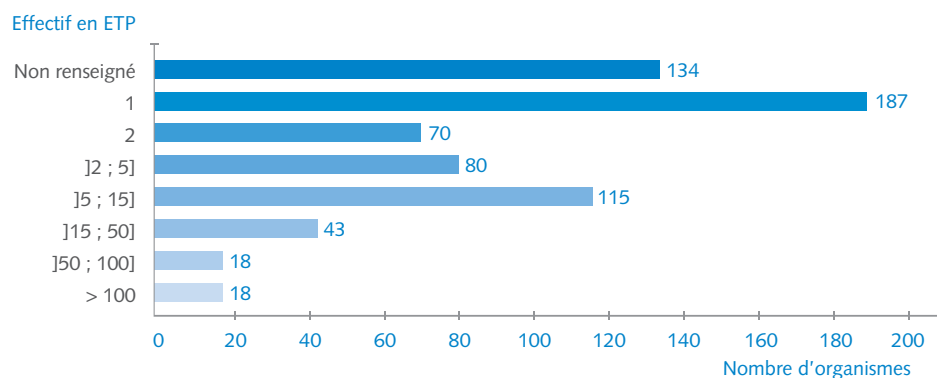
Effectifs déclarés par les organismes habilités - Comparatif entre 2011 et 2012

Source — Anesm 2012



Effectifs des organismes habilités - personnes morales en 2012

Source — Anesm 2012



Les champs d'intervention des organismes habilités

L'Extranet a permis aux organismes habilités de renseigner plus précisément qu'auparavant leurs secteurs d'intervention sur le formulaire de demande d'habilitation.

La liste est désormais plus exhaustive. Elle se compose de 15 secteurs d'intervention correspondants aux catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du CASF suivantes :

- Aide sociale à l'enfance;
- Handicap enfants;
- Handicap adultes;
- Centre d'action médico-sociale précoce;
- Protection judiciaire de la jeunesse;
- Personnes âgées;
- Personnes en difficultés d'insertion sociale;
- Personnes en difficultés spécifiques;

- Foyers de jeunes travailleurs;
- Centres de ressources;
- Structures expérimentales;
- Centres d'accueil pour demandeurs d'asile;
- Services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs;
- Services mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial;
- Lieux de vie et d'accueil.

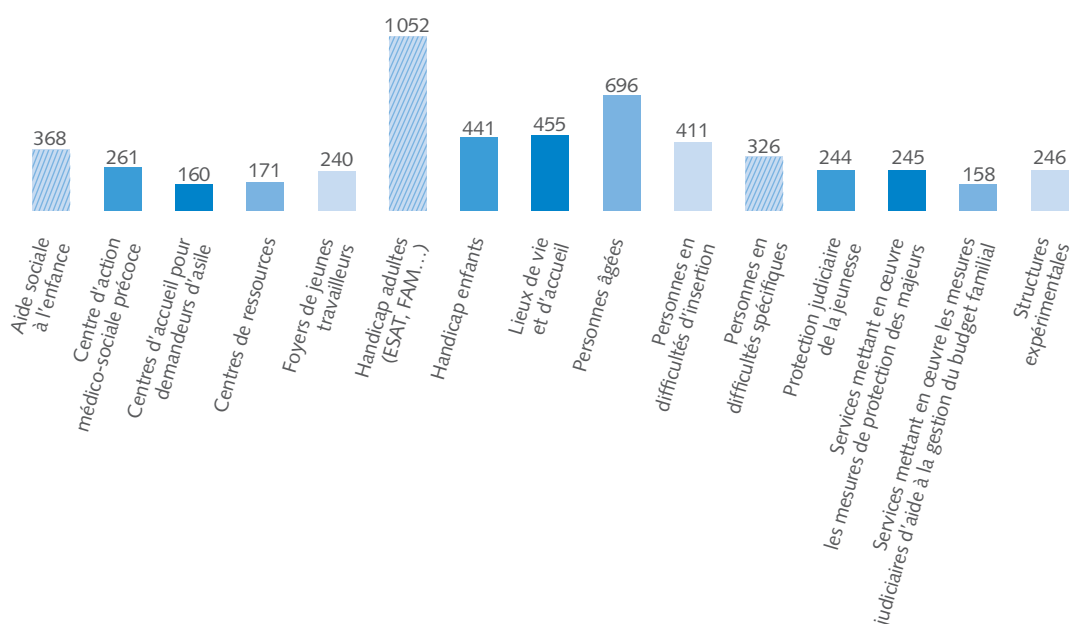
Les organismes habilités ont ainsi renseigné leur(s) domaine(s) de compétences, c'est-à-dire ceux pour lesquels ils disposent de références.

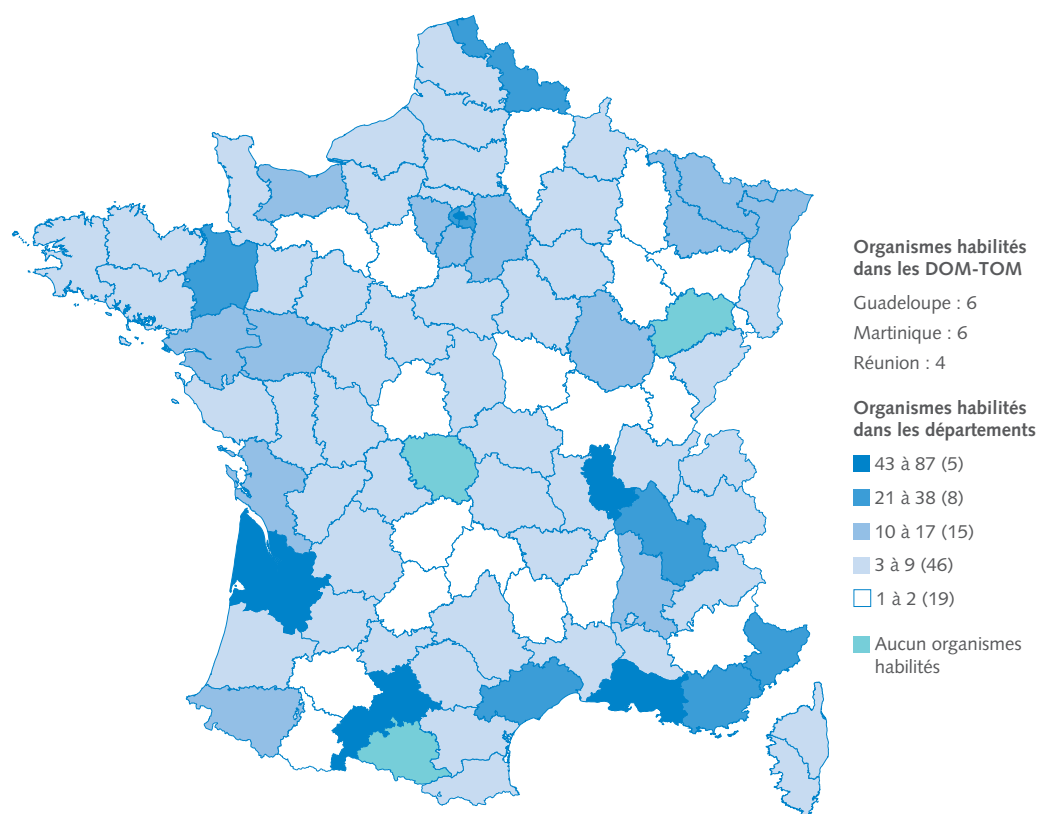
Les secteurs des personnes âgées et handicapées restent les domaines de référence les plus fréquents pour les organismes habilités.

Il convient néanmoins de rappeler que l'habilitation est valable sur l'ensemble du secteur social et médico-social.

Répartition des organismes habilités par secteur en 2012

Source — Anesm 2012





La localisation géographique des organismes habilités par département

- Les organismes habilités sont présents sur l'ensemble du territoire national, hormis dans trois départements métropolitains (Ariège, Creuse et Haute-Saône).
- La majorité des organismes habilités se concentre dans les régions Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur ainsi qu'en Ile-de-France, et principalement dans les grandes villes. Ce constat demeure depuis les premières habilitations en 2009.

- On dénombre 16 organismes habilités dans les départements d'Outre-mer (6 organismes en Guadeloupe, 6 en Martinique et 4 à La Réunion).
- À l'étranger, deux organismes sont habilités en Suisse et un autre au Luxembourg.

L'habilitation valant pour l'ensemble du territoire français, les établissements et services sociaux et médico-sociaux situés dans les départements pas ou peu pourvus d'organismes habilités peuvent s'engager dans la démarche d'évaluation externe en faisant appel aux organismes habilités recensés dans les autres départements.



Les données du contrôle depuis 2011

Depuis la création de la fonction Contrôle au sein de l'Agence, 64 suspensions et 41 retraits ont été prononcés sur le fondement de manquements des organismes habilités.

En 2012, l'Anesm a prononcé 26 suspensions afin de contraindre les organismes habilités à régulariser leur situation. Au 31 décembre 2012, 3 suspensions sont actives, 7 ont été levées suite à une régularisation par l'organisme habilité et 16 ont été levées pour prononcer un retrait faute de régularisation de la part de l'organisme. Elle a également prononcé 23 retraits.

Au-delà de ces mesures de suspension et de retrait, l'Anesm attire systématiquement l'attention des autorités destinataires des rapports d'évaluation externe sur les missions d'évaluation déclarées par les organismes et dont certaines caractéristiques présentent des différences notables avec les moyennes nationales du coût des évaluations ou du nombre d'évaluateurs par mission.

En 2012, la fonction contrôle de l'Agence a été contrainte de limiter ses contrôles car elle s'est principalement consacrée à l'outillage/instrumentation du dispositif de l'évaluation pour les deux années à venir et au cours desquelles la majorité des rapports d'évaluation externe seront transmis aux autorités.

Nature du manquement constaté par l'Anesm	Nombre de recueils d'observations adressés par l'Anesm	Nombre de suspensions d'habilitation prononcées par l'Anesm	Nombre de retraits d'habilitation prononcés par l'Anesm
Défaut de transmission des rapports d'activité	644	54	30
Défaut de renseignement des items contenus dans le rapport d'activité	238	6	2
Incohérences des données transmises	77	1	1
Conflits d'intérêt avéré	8	0	4
Différends ou manquements en matière de méthodologie d'évaluation et de production des résultats	10	3	4
Total	977	64	41

La mise en place de l'Extranet de l'Agence

Dès la fin 2011, l'Anesm a développé un extranet permettant de suivre le déploiement de l'évaluation externe. L'Agence s'est ainsi dotée des services d'un prestataire pour concevoir cet outil. Celui-ci est opérationnel depuis le 6 juillet 2012. Sa mise en place, au cours de l'été 2012, a mobilisé un investissement important de la part de l'Agence et a nécessité un accompagnement soutenu de sa prise en mains par les organismes habilités.

Cet extranet permet :

- à tout demandeur, de déposer en ligne une demande d'habilitation. L'Anesm peut assurer le suivi des candidatures à l'habilitation au jour le jour;
- aux organismes habilités, de mettre à jour directement les données d'identification et les caractéristiques les concernant. L'Anesm peut ainsi actualiser le profil des organismes défini sur la base de ces données;
- aux organismes habilités, de saisir en ligne leur rapport d'activité dans les périodes semestrielles ouvertes à cet effet. Pour cela, 944 lettres recommandées ont été envoyées le 28 juin 2012. Ces courriers notifiaient à chaque organisme ses codes d'accès à l'extranet ainsi que deux décisions relatives aux nouvelles modalités de saisie leur permettant de respecter leurs obligations, tant pour la mise à jour de leurs données d'habilitation que pour la transmission des rapports d'activité (décisions n° 2012001 et 2012002 du 11 mai 2012).

Grâce à ce support, chaque autorité peut désormais consulter les missions d'évaluation externe conduites par les établissements et services relevant de son périmètre de compétence. Pour ce faire, l'Anesm propose à chaque autorité de lui désigner un référent ayant accès à la base. 166 référents sont d'ores et déjà désignés :

	DIRECCTE	PJJ	DRJSCS	Conseils Généraux	ARS	TOTAL
Total des autorités contactées	26	15	26	100	26	193
Nombre d'autorités ayant désigné un référent	3	7	16	61	23	110
Nombre de référents désignés	3	7	18	108	30	166

Une participation de l'Anesm aux journées régionales ou départementales organisées par les autorités

Les autorités en charge du suivi des établissements et des services sociaux et médico-sociaux ont poursuivi l'organisation de journées destinées à sensibiliser les structures au respect de leurs obligations en matière d'évaluation.

En 2012, l'Anesm est intervenue à onze reprises en appui de ces journées. La majorité de celles-ci étaient pilotées par des ARS associées aux conseils généraux de la région (7/11). Trois furent organisées par des DRJSCS et une par un conseil général. À ce jour, seules les DIRECCTE n'ont pas sollicité l'Anesm pour intervenir lors de journées dédiées à l'évaluation des ESSMS.

S'agissant des ARS, certaines d'entre elles ont été amenées à organiser plusieurs journées en raison du nombre important d'ESSMS à contacter. L'ARS Bretagne et les quatre conseils généraux de Bretagne ont, en préalable aux journées départementales, organisé une réunion régionale avec l'ensemble des têtes de fédérations (octobre 2012) puis une journée avec le conseil général des Côtes d'Armor (novembre 2012). Elle prévoit trois nouvelles réunions départementales en 2013, toujours avec les conseils généraux. Quant à la région Rhône-Alpes, qui a également fait le choix d'organiser des journées départementales, elle a organisé sept des huit journées prévues en 2012.

Interventions de l'Anesm auprès d'une autorité délivrant les autorisations 2010 - 2011 - 2012

Alsace	2011	Midi-Pyrénées	
Aquitaine	2011	Nord-Pas-de-Calais	2012
Auvergne	2011	Basse-Normandie	
Bourgogne	2010	Haute-Normandie	2012
Bretagne	2012	Pays-de-Loire	2011
Centre	2011 + 2012	Picardie	2011
Champagne-Ardenne	2011	Poitou-Charentes	2012
Corse	2012	PACA	
Franche-Comté	2011	Rhône-Alpes	2011 + 2012
Ile-de-France		Guyane	2011
Languedoc-Roussillon		Océan Indien	2012
Limousin	2011	Martinique	2011
Lorraine		Guadeloupe	

En 2012, ces journées ont permis de mobiliser près de 3 500 représentants d'ESSMS.

Il faut également souligner qu'en 2012, l'Anesm a été conviée à intervenir deux fois devant des gestionnaires d'ESSMS ou des représentants d'autorités (majoritairement des conseils généraux) à l'initiative du CNFPT des Pays de la Loire et de Bretagne. Ce fut simultanément l'occasion pour elle de sensibiliser des responsables de CCAS, public par ailleurs peu touché par d'autres actions de promotion autour de l'évaluation.

Les journées auxquelles l'Anesm participe sont majoritairement organisées autour de deux grands axes :

- le rappel réglementaire quant au calendrier des évaluations et aux modalités de mise en œuvre des démarches d'évaluation ;
- des présentations concrètes : soit des expériences d'évaluations interne et externe d'ESSMS de la région, soit la présentation d'outils/ de référentiels issus d'initiatives locales pour conduire les évaluations interne ou externe.

Pour l'Anesm, ces journées sont l'occasion de rappeler le cadre réglementaire de l'évaluation, les missions de l'Agence en matière d'habilitation et de régulation du marché de l'évaluation externe, les droits et obligations des ESSMS. Elles permettent aussi de diffuser ses plus récentes recommandations.

Pour les autorités, outre l'opportunité de mobilisation des ESSMS que favorisent ces journées, c'est l'occasion d'encourager les acteurs à s'engager dans les plus brefs délais. Ces rencontres permettent aussi d'établir un état des lieux du déploiement de l'évaluation parmi les ESSMS et de structurer le pilotage du dispositif.

Pour les participants, ces journées permettent généralement d'accéder à des réponses quant aux modalités concrètes de mise en œuvre de leurs évaluations, interne et externe. Les questions les plus souvent posées sont relatives :

- à la date d'autorisation à prendre en compte pour mettre en œuvre les évaluations interne et externe ;
- aux modalités d'élaboration du cahier des charges pour la mise en concurrence ;
- aux suites données à la transmission des résultats des évaluations interne et externe par les autorités délivrant les autorisations.



La majorité des autorités ayant organisé ce type de journée ont mis en place un comité de pilotage permettant de suivre le déploiement des évaluations interne et externe et la tenue des calendriers.

Ces journées sont généralement l'objet de questionnaires de suivi. Ainsi, à titre d'exemple, l'ARS Rhône-Alpes, a pu mesurer :

- la satisfaction de 79 % des répondants quant à la journée ;
- 72 % des répondants ont trouvé les interventions pertinentes.

Sur la désignation d'un référent « évaluation » au sein de l'ESSMS :

- 66 % des ESSMS répondants en ont désigné un.

Sur la dynamique régionale et le partage d'expériences :

- 75 % des ESSMS répondants sont favorables à engager un travail avec d'autres ESSMS ;
- 88 % des ESSMS répondants sont intéressés pour participer à des ateliers thématiques (approches méthodologiques, coordination entre structures et retours d'expériences).

L'AVANCÉE DE L'ÉVALUATION

LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION INTERNE

Les données qui suivent sont issues de l'enquête nationale²³ sur le déploiement de l'évaluation interne dans les ESSMS.

L'avancement dans la démarche d'évaluation interne

La quasi-totalité (93 %) des établissements et services médicosociaux est engagée dans un processus d'évaluation

En 2012, 71 % des structures sont engagées dans une démarche d'évaluation interne, telle que recommandée par l'Agence.

22 % des structures déclarent ne pas être engagées dans cette démarche telle quelle, mais le sont dans un processus d'amélioration de la qualité tel que l'actualisation du projet d'établis-

sement ou de service, la conclusion ou le renouvellement d'une convention tripartite ou d'un CPOM ou l'engagement dans une démarche qualité formalisée.

Seuls 7 % des ESSMS n'ont formalisé aucune démarche d'amélioration de la qualité. Ils sont 2 % dans le secteur de la « protection de l'enfance », 3 % dans le secteur des « personnes handicapées », 7 % dans le secteur de l'« inclusion sociale » et 11 % dans le secteur des « personnes âgées » (ce sont 6 % des Ehpad, 8 % des SSIAD mais 37 % des logements-foyers).

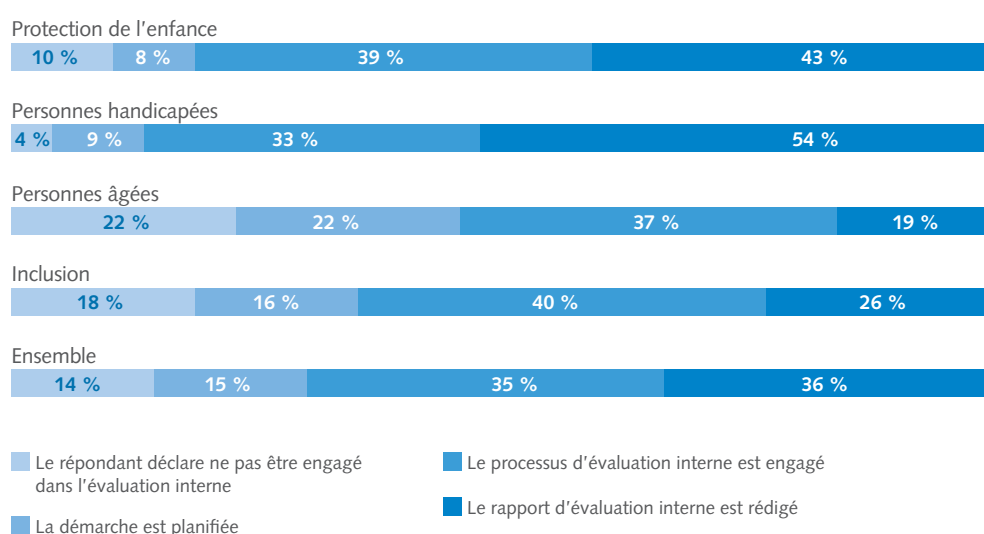
En 2012, plus de 7 ESSMS sur 10 (71 %) sont engagés dans la démarche d'évaluation interne, ils étaient deux-tiers en 2010.

En l'espace de trois ans, le nombre d'établissements engagés dans la démarche a progressé de 6 points.

71 %
des structures
engagées dans
une démarche
d'évaluation
interne.

Niveau d'engagement dans la démarche d'évaluation interne

Source — Anesm 2012 (Base : 4215 ESSMS)



²³ Voir partie 1 du rapport d'activité pages 23-24. L'enquête sur le déploiement de l'évaluation interne dans les ESSMS.

Comme les années précédentes, l'engagement dans la démarche varie selon le champ d'activités.

- **Personnes handicapées** : 87 % des structures sont engagées en 2012.
- **Protection de l'enfance** : 82 % des établissements et services engagés.
- **Inclusion sociale** : deux-tiers des structures sont engagées en 2012 mais il existe des disparités entre catégories d'établissements. Si trois-quarts (74 %) des CHRS sont engagés en 2012, 41 % des foyers de jeunes travailleurs, 42 % des structures intervenant dans le champ de l'addictologie et 42 % des CADA déclarent ne pas être engagés dans la démarche d'évaluation interne et ne pas l'avoir planifiée.
- **Personnes âgées** : le résultat global montre une stabilisation des structures engagées dans la démarche depuis 2010, et masque de fortes disparités entre les différentes catégories de structures du secteur. 60 % des Ehpad et 61 % des SSIAD sont engagés dans la démarche. En revanche, 65 % des logements-foyers déclarent ne pas être encore engagés et ne pas l'avoir planifiée.

Compte tenu de ces résultats, il semble **nécessaire de rappeler à certaines structures telles que les logements-foyers et foyers de jeunes travailleurs (non-transformés en résidence**

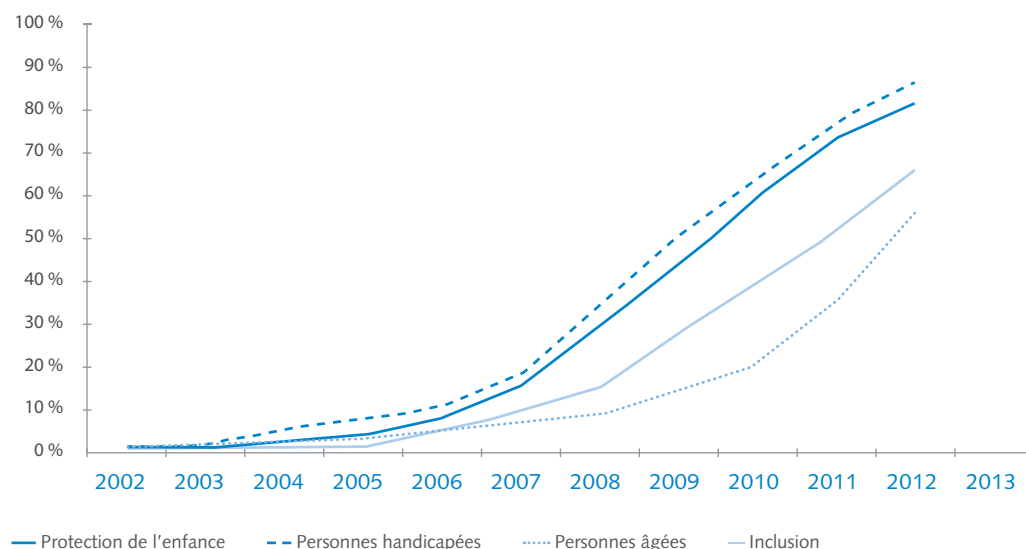
sociale), leurs obligations réglementaires, à savoir :

- les logements-foyers sont en effet des ESSMS relevant du 6° de l'article L. 312-1 du CASF et sont soumis aux obligations réglementaires relatives à l'évaluation de la qualité des activités et de la qualité des prestations.
- les foyers de jeunes travailleurs (FJT) relèvent pour leur part du 10° de l'article L. 312-1 du CASF et sont soumis aux dispositions de l'article L. 312-8 du même Code. Depuis la promulgation de la loi HPST, les FJT ne sont plus autorisés au titre du L. 313-1 du CASF mais agréés et relèvent des dispositions prévues aux articles L. 351-2 et L. 353-2 du Code de la construction et de l'habitat. Ils restent cependant soumis aux dispositions du CASF. Aussi, dans l'attente d'une évolution de la réglementation, il convient pour les FJT créés depuis le 21 juillet 2009 de retenir comme date préconisée pour le démarrage du calendrier des évaluations, la date d'agrément.

Le nombre d'établissements entrés dans cette démarche a été multiplié par 6 depuis la création de l'Anesm. Ils étaient en moyenne 78 ESSMS à rentrer dans la démarche chaque année avant 2007. Ils sont en moyenne 464 depuis 2008.

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

Source — Anesm 2012 (Base : 2717 ESSMS)



87 % des structures autorisées avant 2002 prévoient de transmettre leur rapport d'évaluation interne dans les délais

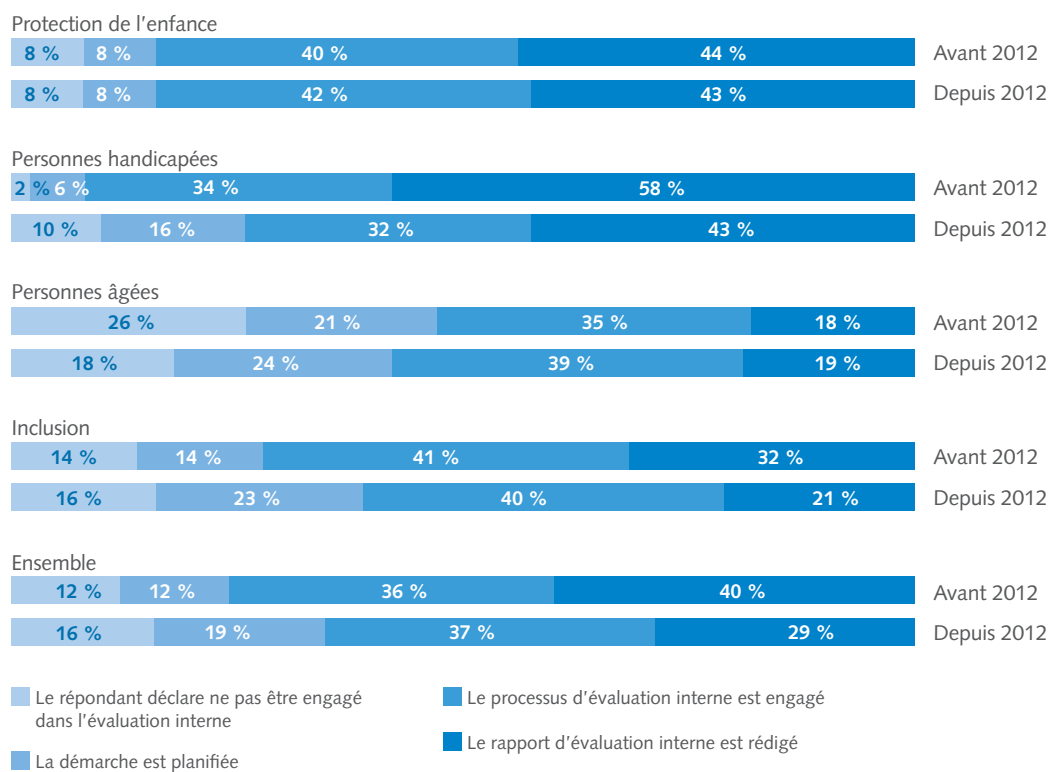
Les échéances pour la transmission des rapports se rapprochent et les établissements et services s'y préparent. Deux tiers des ESSMS ont été autorisés avant la loi du 2 janvier 2002 et doivent

transmettre les résultats de leur évaluation interne à l'autorité compétente avant le 3 janvier 2014.

87 % d'entre eux annoncent qu'ils respecteront cette échéance et d'ores et déjà 40 % des rapports d'évaluation interne devant être transmis aux autorités avant le 3 janvier 2014 sont disponibles.

Niveau d'engagement dans la démarche d'évaluation interne selon l'année d'autorisation de la structure

Source — Anesm 2012 (Base : 3361 ESSMS)



Nota : La rédaction du rapport d'évaluation ne signifie pas que celui-ci ait été transmis aux autorités. Parmi les ESSMS autorisés avant 2002, 32 % ont d'ores et déjà transmis leur rapport d'évaluation interne aux autorités et 8 % déclarent avoir rédigé leur rapport d'évaluation interne mais ne l'ont pas encore transmis.

Les établissements et services autorisés avant 2002 et devant transmettre leurs résultats aux autorités avant le 3 janvier 2014 sont plus engagés dans la

démarche, à l'exception des établissements et services du secteur des « personnes âgées » pour lequel la moyenne masque les disparités entre les catégories d'établissement (la part des logements-foyers autorisés avant 2002 est plus importante et leur niveau d'engagement est nettement inférieur à celui des Ehpad et des SSIAD).

85 %

des ESSMS du secteur de la protection de l'enfance déclarant ne pas être engagés dans la démarche d'évaluation interne ont actualisé leur projet d'établissement ou de service au cours des cinq dernières années.

Les facteurs influençant la mise en œuvre de la démarche restent les mêmes que ceux identifiés dans les enquêtes précédentes

Impliqués aux côtés de l'Anesm, les fédérations et réseaux professionnels assurent un relais actif auprès des établissements et services et les résultats sont positifs sur les pratiques d'amélioration continue de la qualité. Ainsi, 76 % des adhérents à une fédération sont engagés dans la démarche d'évaluation interne tandis que c'est 57 % de ceux qui ne bénéficient pas de ce soutien.

Les autres facteurs de facilitation sont le rattachement à un organisme gestionnaire, le niveau des effectifs (> 10ETP), l'organisation du travail (réunions pluridisciplinaires).

Si 29 % des structures déclarent ne pas être engagées dans la démarche d'évaluation, on observe que la majorité d'entre-elles est en fait déjà engagée dans un processus d'amélioration de la qualité

En 2012, 29 % des ESSMS devant mettre en place une démarche d'évaluation interne

déclarent ne pas être engagés dans le processus.

Ces structures ne relèvent pas d'un secteur spécifique et il est difficile de les caractériser. On note cependant une proportion plus importante de SSIAD, de Logements-foyers Publics, de Foyer de Jeunes Travailleurs et de services d'AEMO. Ces mêmes établissements déclarent également une transmission des résultats de leur évaluation externe au-delà des délais réglementaires.

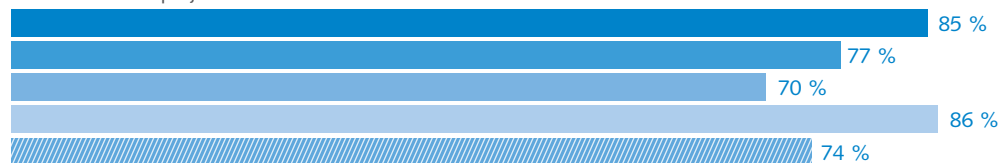
L'actualisation d'un projet d'établissement ou de service, le renouvellement d'une convention tripartite ou d'un CPOM, l'engagement dans une démarche qualité formalisée (type certification) concourent à la démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité. Toutes ces démarches s'appuient en amont sur un état des lieux, puis sur l'identification de points d'appui et de points d'amélioration de manière à produire des axes stratégiques d'actions à développer.

Plusieurs réponses possibles. Voir le graphique ci-dessous.

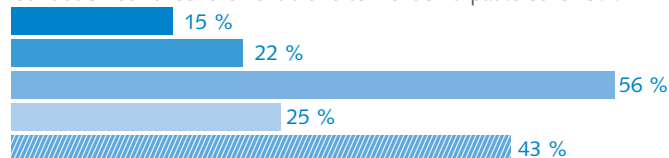
Autres démarches engagées au cours des 5 dernières années par les ESSMS déclarant ne pas être engagés dans l'évaluation interne

Source — Anesm 2012 (Base : 898 ESSMS)

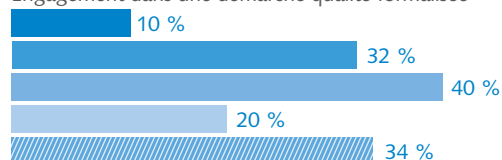
Actualisation du projet d'établissement ou de service



Conclusion ou renouvellement d'une convention tripartite ou CPOM



Engagement dans une démarche qualité formalisée



■ Protection de l'enfance ■ Personnes handicapées ■ Personnes âgées ■ Inclusion ■ Ensemble

Le manque de temps est la principale raison évoquée pour expliquer le non engagement

Le manque de temps est la principale raison évoquée pour expliquer l'absence de mise en œuvre de la démarche. Elle est exprimée par un peu moins d'un répondant concerné sur deux (47 %).

Néanmoins, elle est plus souvent citée par les établissements et services des secteurs « personnes âgées » (51 %) et « inclusion » (50 %). Seul un tiers des structures concernées dans le secteur des « personnes handicapées » mentionnent cette raison.

Dans le secteur de l'« inclusion sociale », 45 % des structures concernées invoquent comme motif de non-engagement dans la démarche des difficultés

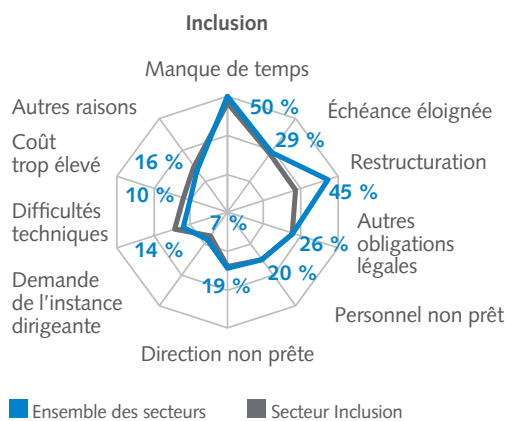
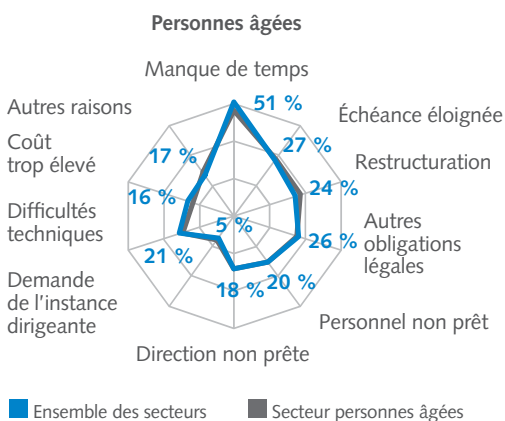
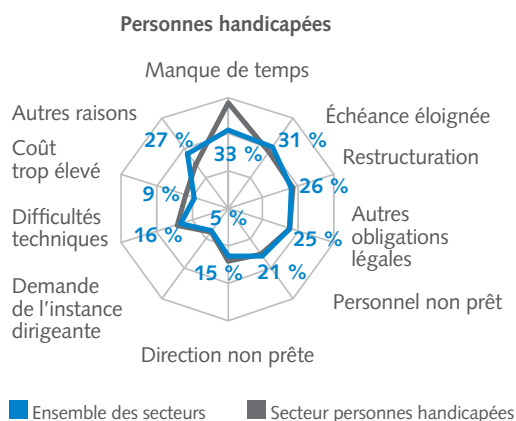
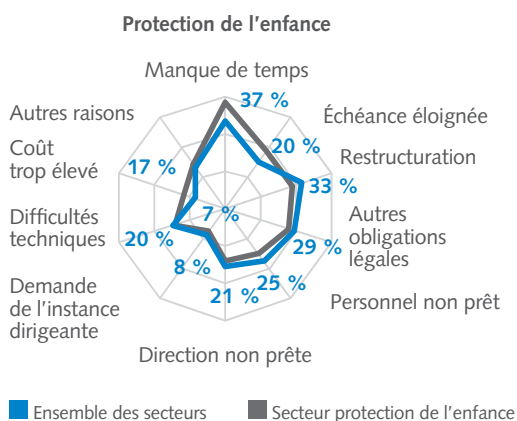
liées à la restructuration de leur établissement ou service (cessation d'activités, changement d'association gestionnaire, etc.). C'est 27 % des structures concernées en général.

Enfin, un quart des structures met en avant d'autres priorités réglementaires (en particulier le renouvellement d'une convention pluriannuelle) :

- 29 % des ESSMS dans le secteur de la « protection de l'enfance » ;
- 26 % des ESSMS des secteurs des « personnes âgées » et de l'« inclusion sociale » ;
- 25 % des ESSMS du secteur des « personnes handicapées ».

Les raisons du non engagement

Source — Anesm 2012 (Base : 1006 ESSMS)



Évaluation interne et certification

L'évaluation est distincte de la mise en œuvre d'un référentiel en vigueur et se distingue de la certification. Néanmoins, elle tient compte des résultats des démarches d'amélioration de la qualité que peuvent réaliser les établissements. (Chapitre 1^{er} Section 1. 1.2 de l'annexe 3-10).

Afin d'articuler ces deux démarches, la loi HPST du 21 juillet 2009 permet de prendre en compte certaines certifications dans le cadre de l'évaluation externe et dans les conditions fixées par le décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012.

Pour être prises en compte, les certifications doivent avoir été réalisées par un organisme

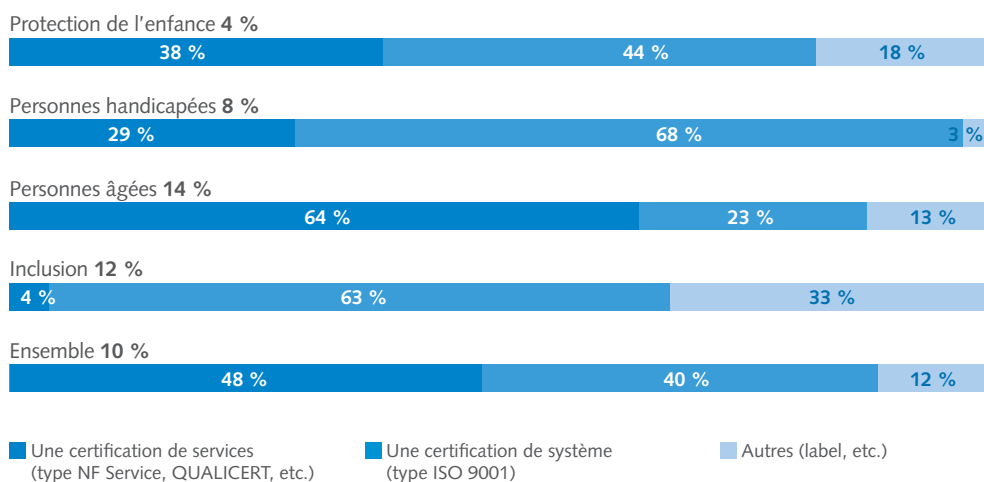
certificateur bénéficiant d'une accréditation délivrée par le Cofrac (Comité français d'accréditation) conformément à un référentiel de certification en application de l'article L. 115-27 du code de la consommation. Les certifications de système (type ISO) ne sont pas concernées. Cette prise en compte est déterminée par arrêté pris après avis de l'Anesm.

• Le niveau de certification des ESSMS

10 % des ESSMS sont engagés dans une certification et pour 48 % d'entre eux, celle-ci pourrait être concernée par une demande d'équivalence avec l'évaluation externe. Le secteur des « personnes âgées » (Ehpad et SSIAD) est principalement concerné (64 % des ESSMS certifiés).

Type de certification

Source — Anesm 2012 (Base : 307 ESSMS)



Nota : effectifs protection de l'enfance (14 répondants.) et inclusion (33 répondants.)

• Le niveau d'engagement des ESSMS certifiés

10 % des ESSMS engagés dans une certification systèmes (de type ISO) et 18 % des ESSMS engagés dans une certification de service (dont un niveau d'équivalence peut être reconnu pour l'évaluation externe) déclarent ne pas être engagés dans la démarche d'évaluation, alors que de fait ils sont engagés dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Les ESSMS certifiés système ont davantage formalisé leur démarche d'évaluation interne. 41 % sont en capacité de transmettre leurs résultats aux autorités de contrôle et de tarification.

Niveau d'engagement dans la démarche d'évaluation interne des ESSMS certifiés

Source — Anesm 2012 (Base : 354 ESSMS)

Certification de systèmes



Certification de services



Certification des ESSMS



- Le répondeur déclare ne pas être engagé dans l'évaluation interne
- La démarche est planifiée
- Le processus d'évaluation interne est engagé
- Le rapport d'évaluation interne est rédigé

Les champs investigués par l'évaluation interne

Dans le respect du cadre réglementaire et des recommandations de l'Agence, les principaux domaines/axes évalués par les établissements ou services sont :

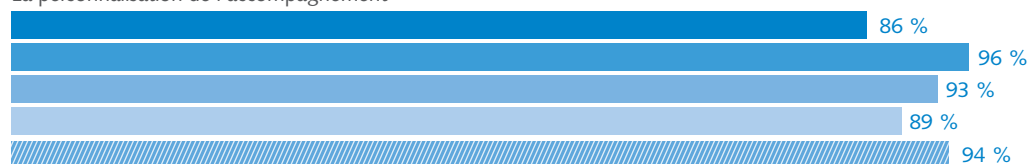
- la personnalisation de l'accompagnement, objectif prioritaire des établissements ou services (94 %) tous secteurs confondus ;

- l'effectivité et la garantie des droits des usagers, indiquée par 84 % des ESSMS ;
- la promotion de la qualité de vie (70 %) ;
- la protection/prévention des risques (66 %).

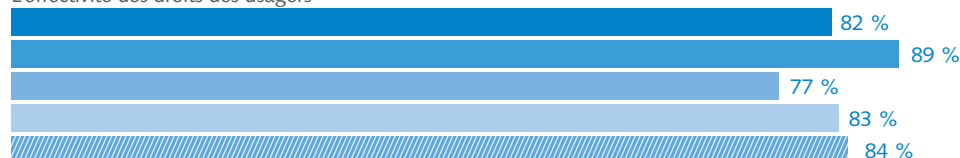
Part des ESSMS intégrant les objectifs suivants dans leur démarche

Source — Anesm 2012 (Base : 2819 ESSMS)

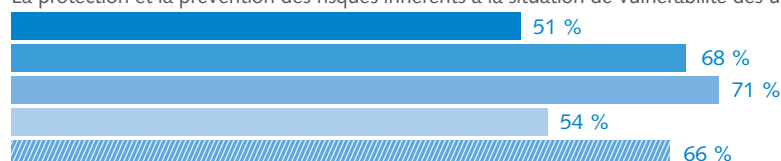
La personnalisation de l'accompagnement



L'effectivité des droits des usagers



La protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers





Les champs investigués par l'évaluation interne par secteur

Les structures accompagnant des personnes âgées ou des personnes handicapées évaluent davantage les effets des prestations en matière de promotion de l'autonomie des usagers (67 % et 66 %) que les structures des secteurs de l'« inclusion » (63 %) et de la « protection de l'enfance » (41 %).

Les effets des prestations en matière de la qualité de vie des personnes accompagnées sont davantage relevés par les établissements qui fournissent des prestations d'hébergement. Ces derniers sont davantage représentés dans les secteurs des « personnes âgées, des personnes handicapées et de l'inclusion ». Aussi les ESSMS de ces secteurs citent plus fréquemment les effets en matière de qualité de vie comme axe d'évaluation (respectivement 78 %, 71 % et 66 %).

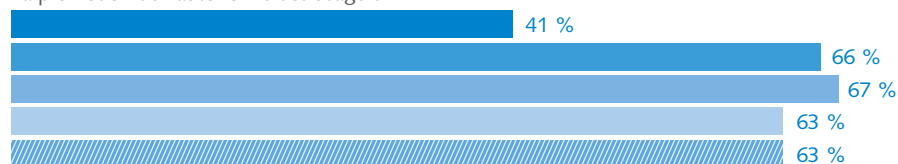
Les structures du secteur de la « protection de l'enfance » indiquent davantage les effets de leurs prestations en matière d'intégration sociale ou professionnelle des personnes qu'ils accompagnent (63 %) qu'en matière de promotion de leur qualité de vie (49 %). Mais, les MECS indiquent davantage les effets des prestations en matière de qualité de vie.

La continuité du parcours de l'utilisateur et la coordination avec les autres intervenants est davantage mentionnée par les structures du secteur de l'« inclusion » (61 %) que par celles du secteur des « personnes handicapées » (54 %), de la « protection de l'enfance » (49 %) et des « personnes âgées » (44 %).

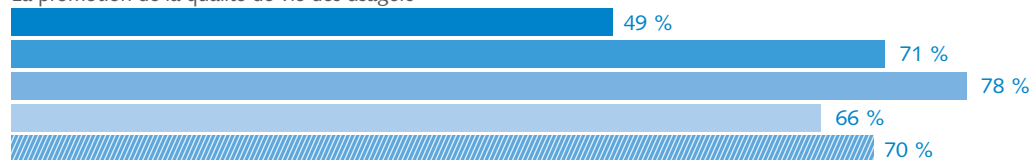
*Axe : Promotion de l'autonomie, de la qualité de vie et de la santé part des ESSMS
intégrant les objectifs suivants :*

Source — ANESM 2012 (base 2752 ESSMS)

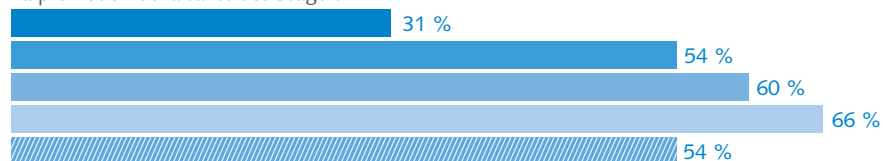
La promotion de l'autonomie des usagers



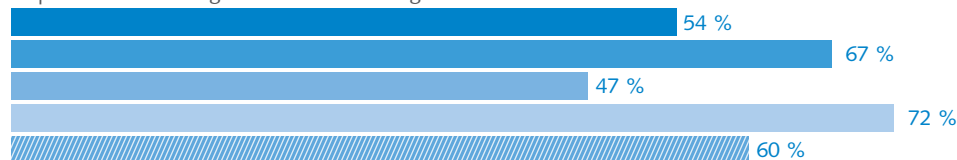
La promotion de la qualité de vie des usagers



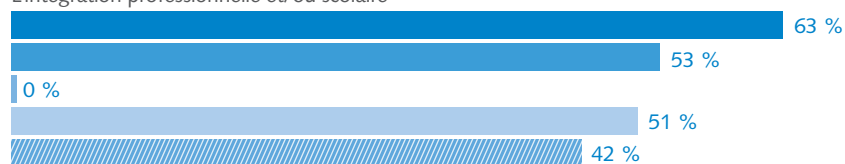
La promotion de la santé des usagers



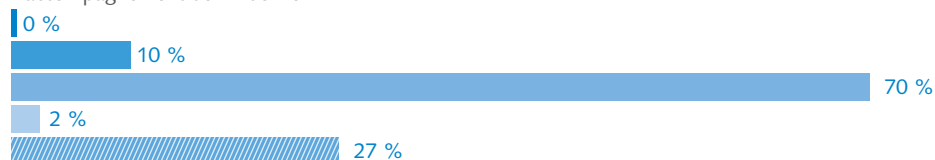
La promotion de l'intégration sociale des usagers



L'intégration professionnelle et/ou scolaire



L'accompagnement de fin de vie



Une participation à la démarche plus importante des professionnels, des usagers et des proches

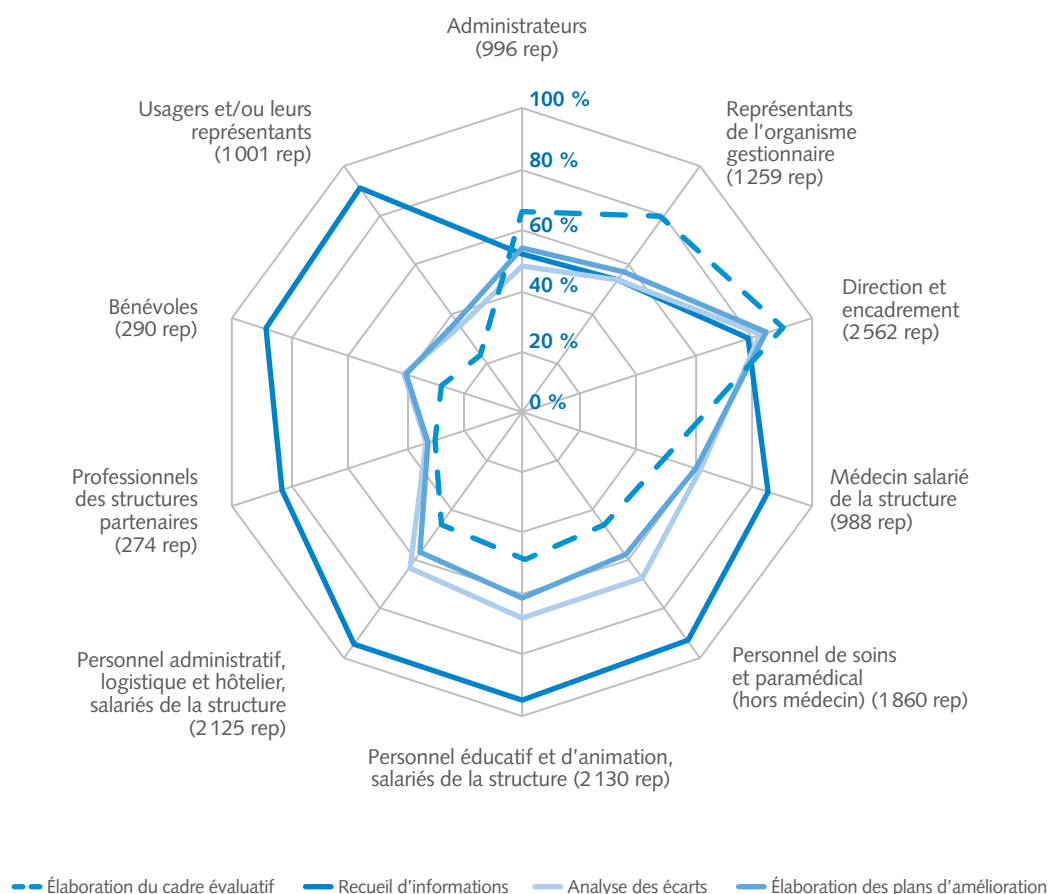
• Les professionnels

Comme les années précédentes, la démarche est participative et mobilise l'ensemble des catégories de professionnels. En 2012, on observe une participation plus importante des professionnels (toutes catégories confondues) que les années

précédentes, en particulier pour certaines catégories de professionnels : les assistants sociales, conseillers en insertion, auxiliaires de vie, etc. salariés de la structure sont davantage associés à la démarche (82 % des structures en 2012, contre 72 % en 2010). Il en va de même pour les médecins (également salariés de la structure) : 71 % des ESSMS concernés en 2012, contre 64 % en 2010.

Les niveaux de participation des différents acteurs de l'ESSMS

Source — Anesm 2012



• Les usagers et les proches

Depuis 2008, la participation des usagers ainsi que celle de leur entourage augmente. Le nombre de structures qui les impliquent progresse : 58 % associent les usagers et/ou leur entourage à l'évaluation interne en 2012, contre 47 % en 2008.

Ils sont impliqués quasi systématiquement lors du recueil d'informations mais leur mobilisation reste toutefois encore limitée lors de l'analyse des constats (35 %) et l'élaboration de propositions d'améliorations (37 %).

L'implication des usagers varie néanmoins selon le secteur d'activité.

Les structures du secteur des « personnes âgées » sont celles qui associent le plus les usagers et/ou leurs proches dans la démarche (69 %) y compris jusqu'à la phase d'analyse des constats et d'élaboration des propositions d'amélioration (45 %), comme le préconise les recommandations sur la conduite de l'évaluation interne. D'autre part, les Ehpad qui ont utilisé au moins une recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm pour conduire leur évaluation interne ont davantage associé les usagers dans leur démarche que les Ehpad qui n'en ont utilisé aucune (respectivement 80 % et 56 %).

Les structures du secteur de la « protection de l'enfance » sont celles qui impliquent le moins les usagers, en dehors du recueil d'informations.

L'existence d'un CVS ou d'une autre forme de participation favorise l'implication des usagers dans la démarche. Les ESSMS qui disposent d'un support de participation (CVS, enquête de satisfaction, etc.) ont 2,5 fois plus de chances d'impliquer les usagers que ceux qui n'en disposent pas. Néanmoins, les établissements qui accueillent des mineurs en difficulté (MECS) ou des adultes handicapés (établissements de type foyers) et qui ont mis en place un CVS n'impliquent pas nécessairement les usagers ou leurs proches dans la démarche.

Les sources de données mobilisées pour l'évaluation interne diffèrent de façon significative selon les établissements

Comparativement aux autres secteurs, **les structures du secteur des « personnes handicapées »** mobilisent davantage les dossiers individuels des usagers et les projets personnalisés (88 %), les comptes-rendus de groupes de travail de type réunions de synthèse (76 %) mettant en avant le point de vue des professionnels et celui des usagers.

Les structures du secteur des « personnes âgées », qui disposent depuis février 2012 d'une recommandation dédiée sur la conduite de l'évaluation interne, sont celles qui mobilisent le plus de sources de données. Elles utilisent davantage les résultats des enquêtes de satisfaction (84 %), les comptes rendus de réunions d'usagers (74 %), les plaintes des usagers (66 %) et les fiches de recueil d'événements indésirables (60 %).

Dans le secteur de l'« inclusion sociale », les structures mobilisent davantage les synthèses des entretiens réalisés avec les usagers (41 %).

Les structures de la protection de l'enfance mobilisent moins de sources de données. Elles mobilisent cependant davantage le point de vue des partenaires au travers de questionnaires ou d'entretiens téléphoniques retranscrits (30 %).

Les plans d'amélioration et leur suivi

Le plan d'amélioration vise principalement l'organisation de la structure, à savoir les modalités d'échanges d'informations, les procédures de travail (80 %), l'actualisation du projet d'établissement ou de service (78 %) et des projets personnalisés (72 %) mais, selon les secteurs, la nature des axes d'amélioration varie.

Les structures du secteur des « personnes âgées » identifient plus d'axes d'amélioration que les autres secteurs. Les projets personnalisés constituent un axe majeur d'amélioration (79 %). Les conditions de vie au sein de l'établissement, et plus particulièrement l'hôtellerie ou la restauration ainsi que la professionnalisation des intervenants sont aussi des axes d'amélioration davantage mentionnés.

L'organisation interne (83 %) et l'actualisation du projet d'établissement (80 %) sont davantage repérées comme des axes d'amélioration dans **les structures du secteur des « personnes handicapées »**. Elles relèvent également l'adaptation des prestations aux besoins et attentes des usagers comme un axe d'amélioration (70 %).

La participation des usagers (individuelle et/ou collective) est un axe de développement particulièrement repéré dans **les structures de l'inclusion sociale** (70 %).

Les structures de la protection de l'enfance souhaitent davantage améliorer leurs prestations permettant de rendre effectif les droits des personnes accompagnées. 65 % des ESSMS l'identifient comme un axe d'amélioration.

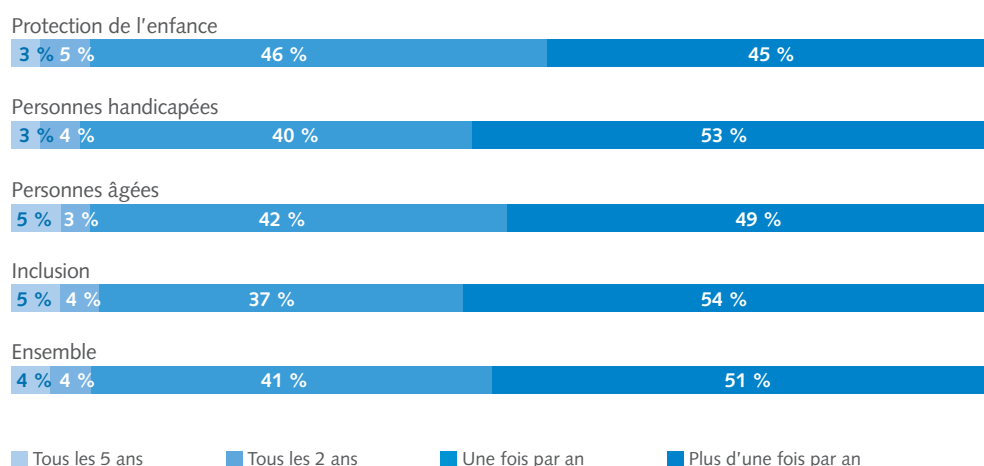
La fréquence d'analyse et de suivi des plans d'amélioration

82 % des établissements ou services ayant élaboré un plan d'amélioration d'actions ont également défini un calendrier de suivi de ce plan. Pour **92 %** d'entre eux, ce **suivi s'effectue a minima une fois par an**, suivant ainsi la recommandation relative à la conduite de l'évaluation interne.

Tous secteurs confondus, les structures exercent un suivi plus régulier de leur plan d'actions que les années précédentes. 51 % des ESSMS déclarent que ce suivi s'effectue plus d'une fois par an, ils étaient 33 % en 2009.

Quel rythme a été adopté par votre structure pour suivre la mise en œuvre de l'ensemble des plans d'amélioration ?

Source — Anesm 2012 (Base : 1033 ESSMS)



La diffusion des résultats de l'évaluation interne

88 % des ESSMS en capacité de transmettre les résultats de leur évaluation interne les ont diffusés, dont 68 % aux autorités de contrôle et de tarification. En dehors des autorités, les destinataires sont principalement les représentants des organismes gestionnaires et les professionnels des structures.

Les structures du secteur des « personnes âgées » qui associent davantage les usagers et/ou leurs proches dans la démarche, leur communiquent également davantage les résultats.

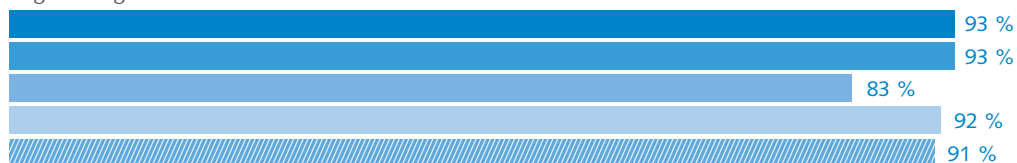
On remarque que lorsque les structures communiquent leurs résultats aux usagers et/ou à leur entourage, ils les diffusent très largement aux autres catégories d'acteurs : personnel de la structure (99 %), représentants de l'organisme gestionnaire (92 %), représentants du personnel (80 %).

Les structures des secteurs des « personnes handicapées » et de la « protection de l'enfance » communiquent davantage les résultats de leur évaluation interne aux représentants du personnel.

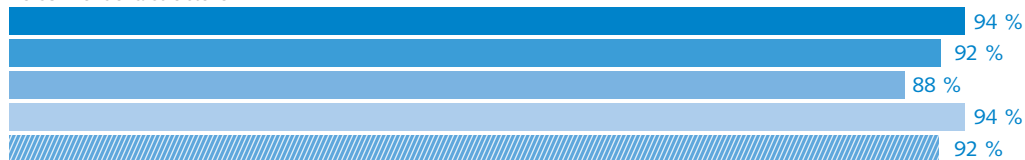
En dehors des autorités, à qui avez-vous transmis les résultats de votre évaluation interne ?

Source — Anesm 2012 (Base : 1117 ESSMS)

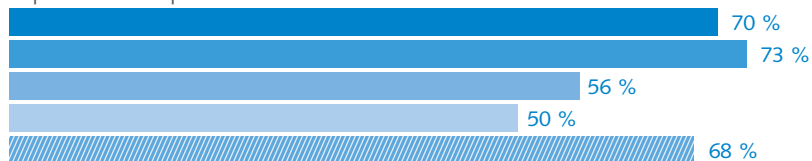
Organisme gestionnaire



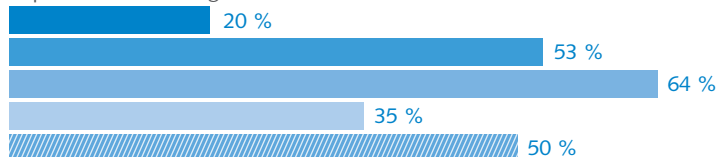
Personnel de la structure



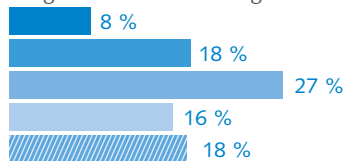
Représentants du personnel



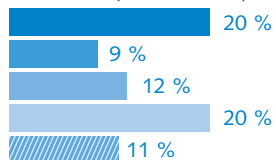
Représentants des usagers



Usagers et/ou leur entourage



Partenaires (hors autorités)



■ Protection de l'enfance ■ Personnes handicapées ■ Personnes âgées ■ Inclusion ■ Ensemble

La valeur ajoutée de la démarche

97 % des ESSMS notent un apport immédiat de la démarche dans la vie de l'établissement ou du service. La démarche est en premier lieu un outil de management des équipes.

89 % des ESSMS déclarent que la démarche a permis de réunir et de mobiliser le personnel autour des principaux objectifs de la structure et 82 % soulignent que cela a permis de valoriser les pratiques professionnelles et le travail des équipes. Cet apport de la démarche est notamment relevé dans les ESSMS des secteurs de l'« inclusion sociale » et des « personnes âgées ».

Plus des deux-tiers des ESSMS (tous secteurs confondus) soulignent le fait que la démarche d'évaluation a permis aux professionnels de mieux prendre en compte les besoins et les attentes des usagers.

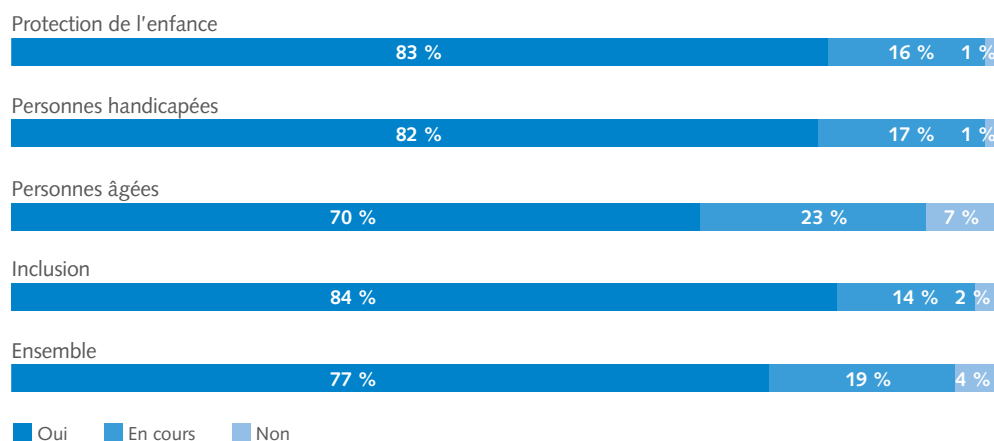
En 2012, 77 % des ESSMS ont mis en place **un projet d'établissement ou de service** et 19 % sont en cours. Ils étaient 71 % en 2008 à l'avoir mis en place.

La mise en place du projet d'établissement ou de service est supérieure dans les structures du **secteur de l'« inclusion sociale »** (83 %) en revanche ce document est moins présent dans le secteur des « personnes âgées » (70 %).

- 31 % des logements foyers publics (toutes tailles confondues) n'ont pas de projet d'établissement.
- 19 % des SPASAD et des SAD interrogés n'en disposent pas, mais rappelons que les SAD ayant opté pour le régime de l'agrément n'ont pas obligation de le mettre en œuvre.

Mise en place du projet d'établissement ou de service

Source — Anesm 2012 (Base : 3980 ESSMS)



• La garantie des droits des usagers

Parce qu'il définit les objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisible les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure, le projet d'établissement ou de service participe à la garantie des droits des usagers.

• L'information des droits des usagers

En 2012, 88 % des ESSMS ont mis en place un livret d'accueil. 88 % transmettent la charte des droits et libertés de la personne accueillie et 93 % ont élaboré un règlement de fonctionnement. Comme les années précédentes, le règlement de fonctionnement est l'outil le plus mis en place dans les structures.

• La personnalisation de l'accompagnement

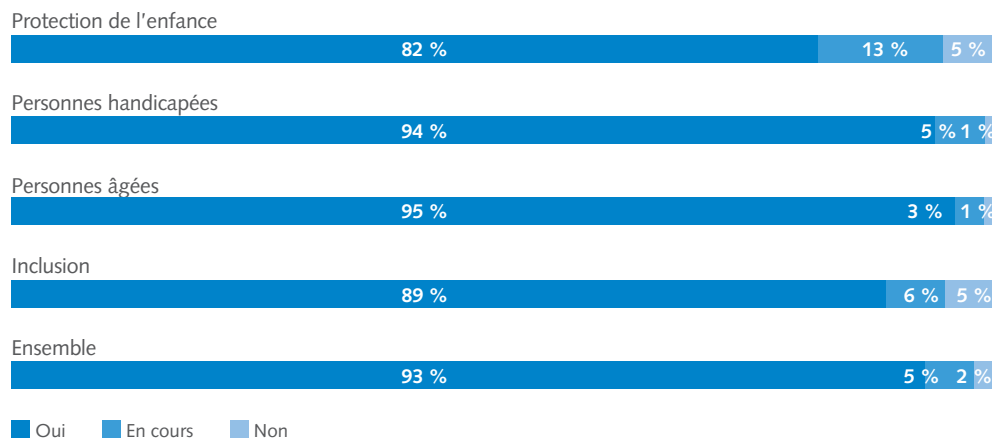
En 2012, 93 % des structures ont mis en place un document d'accompagnement personnalisé et 5 % sont en train de le mettre en place.

Précurseurs dans la mise en place du contrat de séjour, les établissements et services médico-sociaux (**secteurs des « personnes âgées » et des « personnes handicapées »**) sont ceux qui ont le plus mis en place cet instrument.

Notons que deux-tiers des services d'AEMO et des clubs de prévention spécialisée l'ont mis en place à titre facultatif.

Mise en place du contrat de séjour ou du DIPC (hors SSIAD, AEMO, et club équipe prévention)

Source — Anesm 2012 (Base : 3950 ESSMS)



• La participation des usagers au fonctionnement de l'établissement

En principe, le CVS est obligatoire dans tout établissement ou service assurant l'hébergement ou l'accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail. **Il n'est pas obligatoire** dans les établissements et services suivants :

- les établissements accueillant majoritairement des mineurs de moins de 11 ans;
- les lieux de vie et d'accueil;
- les établissements ou services de la PJJ;
- les établissements et services relevant du 8°, 9° de l'article L. 312-1 du CASF, à savoir les établissements et services œuvrant dans le domaine de la lutte contre les exclusions ou en direction de personnes confrontées à des difficultés spécifiques. Cela concerne notamment les CHRS œuvrant dans le domaine de l'urgence sociale, les CSAPA (CSST, CCAA) ou les ACT, dès lors que les durées de prise en charge sont inférieures à 12 mois, soit la durée minimale du mandat des membres du CVS.

- les établissements ou services accueillant majoritairement des étrangers nécessitant un travail de traduction (CADA).

Dans le cas où les établissements et services sont exonérés de l'obligation de mettre en place un CVS, la participation peut prendre les formes suivantes (art. D. 311-21) :

- la mise en place de **groupes d'expression** institués au niveau de l'établissement;
- l'organisation de **consultations de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge** (...) sur toutes questions concernant l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement, du service ou du lieu de vie ou d'accueil;
- la mise en œuvre **d'enquête de satisfaction**. Celle-ci est obligatoire dans les services prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participation.

Mise en place du CVS ou d'une autre forme de participation (Hors AEMO et club équipe prévention)

Source — Anesm 2012 (Base : 3950 ESSMS)

Protection de l'enfance



Personnes handicapées



Personnes âgées



Inclusion



Ensemble



■ Oui ■ En cours ■ Non



En 2012, 87 % des ESSMS ont mis en place un **CVS ou une autre forme de participation des usagers** au fonctionnement de l'établissement ou du service. C'étaient 77 % des ESSMS en 2008.

Comme les années précédentes, les formes de participation des usagers au fonctionnement de la structure sont davantage mises en place dans les structures intervenant auprès des personnes handicapées (90 % contre 87 % tous secteurs confondus). Des marges de progrès restent à entreprendre dans le secteur de la « protection de l'enfance ».

Concernant le secteur des « personnes âgées », les résultats de l'enquête sont similaires à ceux de l'enquête bientraitance réalisée en 2010.

Il existe de fortes disparités entre catégories d'ESSMS. On constate **que les établissements et services pour lesquels la mise en place du CVS n'est pas obligatoire, ont moins mis en place une forme alternative de participation (groupe d'expression, consultation des usagers, enquête de satisfaction, etc.)**. Ils nécessitent un accom-

pagnement spécifique pour faire participer les usagers et/ou leurs proches au fonctionnement de leur établissement ou service.

Parmi les établissements et services qui déclarent ne pas avoir mis en place une forme de participation, on retrouve :

- 43 % des SPASAD et des SAD ;
- 39 % des établissements et services de la PJJ ;
- 36 % des SSIAD ;
- 27 % des CMPP et des CAMSP.

Ces établissements et services n'ont pas obligation de mettre en place un CVS, mais sont appelés à concevoir d'autres formes de participation.

À l'inverse, notons que 52 % des services d'AEMO et des clubs de prévention spécialisée ont mis en place à titre facultatif, une forme de participation des usagers au fonctionnement de leur établissement.



LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION EXTERNE

Les ESSMS ayant réalisé leur évaluation externe

Le nombre d'ESSMS ayant réalisé leur évaluation externe progresse. Toutefois, ce nombre reste modeste au regard des 24 512 ESSMS²⁴ concernés par la démarche d'ici au 3 janvier 2015.

	Cumul fin 2010	Cumul fin 2011	Cumul fin 2012
Nombre d'ESSMS ayant réalisé leur évaluation externe au 31 décembre 2012	117	1 652	2 735
% d'ESSMS ayant réalisé leur évaluation externe parmi l'ensemble des ESSMS devant la réaliser d'ici le 3 janvier 2015	0,48 %	6,74 %	11,16 %

% d'ESSMS ayant réalisé leur évaluation externe au 31 décembre 2012

Source — Anesm



²⁴ Source : répertoire national FINESS.

*La localisation des ESSMS ayant réalisé
leur évaluation externe*

Les ESSMS qui se sont engagés dans l'évaluation externe en 2012 sont majoritairement situés en Île de France, Rhône-Alpes, Pays de la Loire et Nord Pas-de-Calais.

Régions	Évaluations externes réalisées et en cours en 2012	Régions	Évaluations externes réalisées et en cours en 2012
Alsace	20	Limousin	47
Aquitaine	98	Lorraine	23
Auvergne	92	Midi-Pyrénées	80
Basse-Normandie	58	Nord-Pas-De-Calais	112
Bourgogne	30	Pays-de-la-Loire	203
Bretagne	56	Picardie	32
Centre	79	Poitou-Charentes	23
Champagne-Ardenne	19	Provence-Alpes- Côte-d'Azur	97
Franche-Comté	47	Rhône-Alpes	128
Haute-Normandie	40	DOM-TOM	20
Île-de-France	247	Corse	2
Languedoc-Roussillon	45		

**Les principales catégories d'ESSMS
ayant réalisé leur évaluation externe**

Les Organismes de services à la personne (OSAP) sont les plus représentés parmi les structures ayant fait procéder à leur évaluation

externe. Cette surreprésentation tient aux échéances spécifiques de leur agrément qui sont de 5 ans, au lieu de 15 ans pour les structures autorisées.

Bilan des évaluations externes par catégories de structures

Missions réalisées	2010	1 ^{er} semestre 2011	2 ^e semestre 2011	1 ^{er} semestre 2012	2 ^e semestre 2012	Cumul fin 2012	Part de chaque catégorie
EHPAD	39	23	31	63	77	233	9 %
CHRS	2	5	3	5	6	21	1 %
OSAP	34	622	679	188	126	1 649	60 %
IME/ITEP	9	7	24	38	52	130	5 %
ESAT	9	7	11	28	50	105	4 %
SAVS/ SAMSAH				17	28	45	2 %
SESSAD				18	21	39	1 %
SSIAD				88	36	124	5 %
Foyers d'héberge- ment pour travailleurs handicapés				18	22	40	1 %
MAS/FAM/ FOYER				52	44	96	4 %
MECS				5	8	13	0,48 %
Autres	24	41	82	56	37	240	9 %
Total	117	705	830	576	507	2 735	100 %

Les ESSMS qui projettent de s'engager dans l'évaluation externe

L'enquête réalisée par l'Anesm en 2012 présente les résultats suivants : trois-quarts (72 %) des ESSMS ont planifié leur évaluation externe, un quart (26 %) l'a prévue pour être réalisée avant fin 2014.

Parmi les ESSMS autorisés avant 2002 et qui devront transmettre leurs résultats avant le 3 janvier 2015, un quart n'a pas encore planifié la mission et 6 % déclarent transmettre leurs résultats au-delà de l'échéance réglementaire. 14 % l'ont déjà réalisée ou sont en cours et, parmi eux, on retrouve une proportion plus importante de services à la personne agréés non-certifiés.

Calendrier prévu pour la réalisation des évaluations externes selon la date d'autorisation de l'ESSMS (hors ESPJJ et OASP certifiés)

Source — Anesm 2012 (Base : 3306 ESSMS)

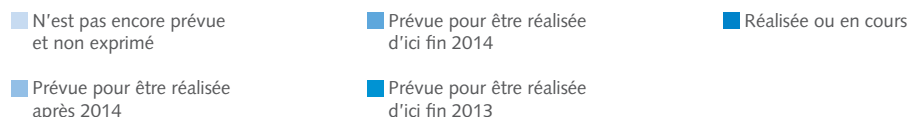
Avant 2002



Depuis 2002



Ensemble



Parmi les établissements et services autorisés avant 2002 et qui n'ont pas encore planifié leur évaluation externe, on trouve :

- 55 % des logements-foyers;
- 50 % des services d'AEMO et des clubs de prévention spécialisée;
- 33 % des structures de l'aide sociale à l'enfance (hors MECS);
- 33 % des CHRS.

6 % des ESSMS autorisés avant 2002 prévoient de réaliser leur évaluation externe après 2014, c'est 8 % de l'ensemble des ESSMS autorisés ayant renseigné la date prévue pour la réalisation de leur évaluation externe.

Les ESSMS autorisés avant 2002 s'attachent davantage à respecter les délais réglementaires pour la transmission des résultats de l'évaluation externe (8 %) que pour celle de l'évaluation interne (13 %).

Le soutien des organismes gestionnaires

L'organisme gestionnaire, souvent à l'initiative de la procédure d'évaluation externe et signataire du contrat avec l'organisme habilité, constitue de fait un appui pour les structures dans la programmation de leur évaluation externe. Les structures rattachées à un organisme gestionnaire ont en effet davantage programmé leur évaluation externe (77 %) que les établissements « isolés » (66 %).

Calendrier prévu pour la réalisation des évaluations externes selon le rattachement à un organisme gestionnaire

Source — ANESM 2012 (Base : 3564 ESSMS)

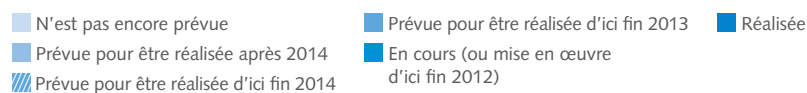
Rattaché à un OG



Monoétablissement



Ensemble



Les organismes habilités auxquels ont fait appel les ESSMS pour réaliser leur évaluation externe

En 2012, l'Anesm a dénombré 1 598 missions d'évaluation externe conclues avec 280 organismes habilités. Aussi, 28 % des organismes habilités ont eu une activité au titre de l'évaluation externe.

Lors du premier semestre, 924 missions d'évaluation externe ont été déclarées dont 348 « en cours » (soit 38 %). Lors du second semestre, 1 022 ont été déclarées dont 515 « en cours » (soit 50 %).

	1 ^{er} semestre 2010	2 ^e semestre 2010	1 ^{er} semestre 2011	2 ^e semestre 2011	1 ^{er} semestre 2012	2 ^e semestre 2012
Nombre d'organismes habilités devant transmettre un rapport d'activité	437	575	707	866	925	1 042
Nombre d'organismes habilités ayant déclaré une activité	75		308		280	
	27	86	246	230*	204	200
Nombre de missions déclarées dans les rapports d'activité semestriels	230		1 284	1 093*	924	1 022
Nombre de missions déclarées « en cours » dans les rapports d'activité semestriels	113		579	263*	348	515

*Ces chiffres sont différents de ceux figurant dans le RA 2011 de l'Agence. En effet, l'action de la fonction Contrôle en 2012 a permis de fiabiliser les chiffres pour le second semestre 2011 : suite aux contrôles, 12 OH ont déclaré avoir eu une activité lors du second semestre 2011 ; 180 missions supplémentaires ont été déclarées suite aux courriers adressés aux OH dont 8 missions « en cours ».

Concernant les seules missions d'évaluation externe déclarées « réalisées » dans les rapports d'activité semestriels, on constate que le nombre de missions augmente entre 2010 et 2011 - passant de 117 à 1535 - et accuse un ralentis-

sement entre 2011 et 2012, passant de 1535 à 1083 missions.

Le nombre moyen de missions par organisme habilité se stabilise à 4.

	2010	1 ^{er} semestre 2011	2 ^e semestre 2011	1 ^{er} semestre 2012	2 ^e semestre 2012
Nombre d'organismes habilités ayant déclaré une activité « réalisée » au cours du semestre	49	200	192*	155	136
Nombre de missions déclarées « réalisées » dans les rapports d'activité semestriels	117	1535		1083	
		705	830*	576	507
Nombre moyen de missions réalisées par organismes habilités	2	4	4	4	4

* Ces chiffres sont différents de ceux figurant dans le RA 2011 de l'Agence. En effet, l'action de la fonction contrôle en 2012 a permis de fiabiliser les chiffres pour le second semestre 2011 : 12 OH supplémentaires ont répondu avoir une activité réalisée lors du second semestre 2011 et 172 missions « réalisées » supplémentaires ont été déclarées.

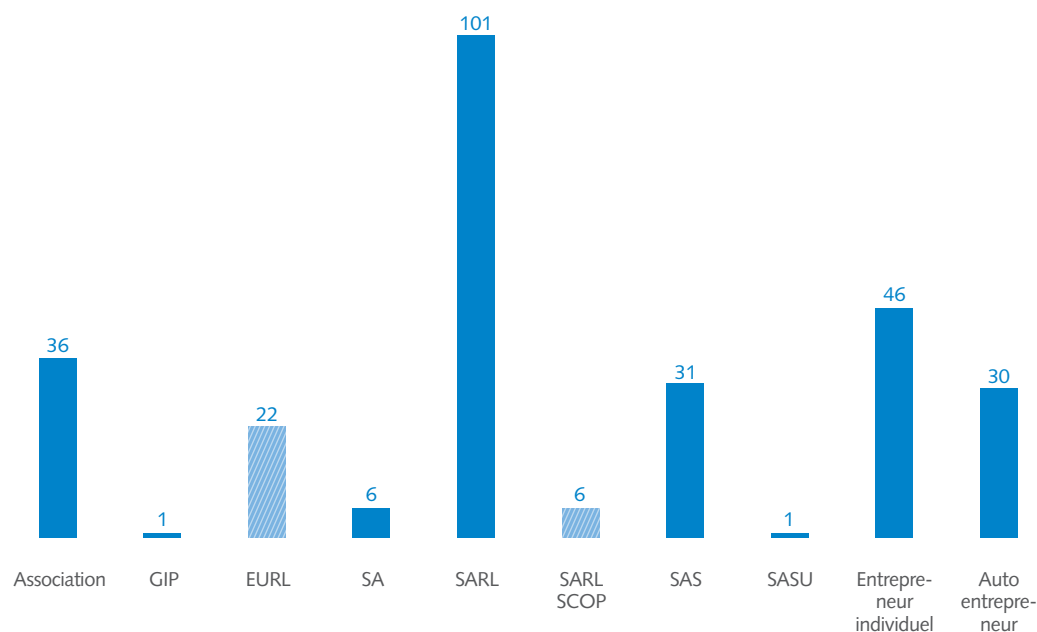
La forme juridique des organismes habilités sollicités par les ESSMS pour réaliser leur évaluation externe

Les organismes habilités ayant réalisé des évaluations externes restent pour 73 essentiellement

des personnes morales. 27 % de ces organismes sont donc constitués de personnes physiques (travailleurs indépendants ou auto-entrepreneurs).

Répartition des organismes habilités ayant eu une activité d'évaluation externe en 2012 selon la forme juridique

Source — Anesm 2012



La facturation de la TVA par les organismes habilités

Les organismes habilités ayant une activité déclarent dans le rapport d'activité semestriel les

prix HT et TTC des missions facturées aux ESSMS. Aussi, il est possible d'analyser la part des organismes qui facturent une TVA aux ESSMS :

1 ^{er} semestre 2012			2 ^e semestre 2012		
OH ne facturant pas la TVA	OH facturant la TVA	Total	OH ne facturant pas la TVA	OH facturant la TVA	Total
61	143	203*	48	152	200
29,41 %	70,10 %	99,51 %	24 %	76 %	100 %

* 1 organisme habilité n'a pas indiqué les montants des missions déclarées. Il n'est donc pas comptabilisé dans ce tableau.

Le chiffre d'affaires des organismes ayant réalisé des évaluations externes

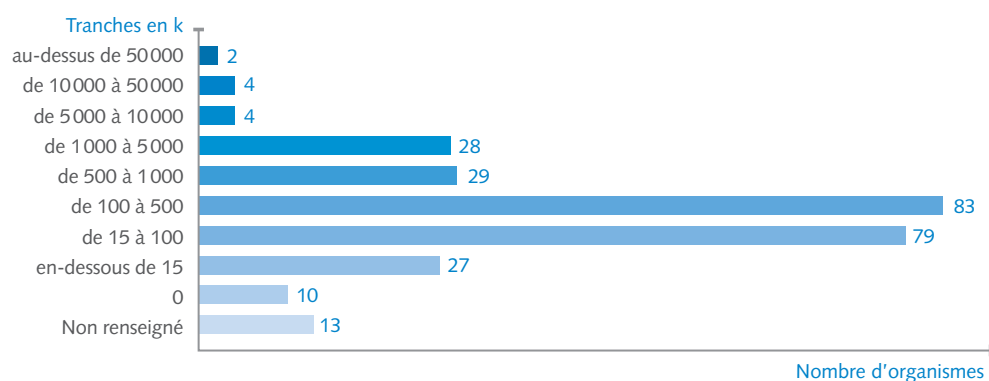
58 % des organismes actifs en 2012 déclarent un chiffre d'affaires compris entre 15 et 500 k€.

Alors qu'en 2011, on notait que la part des

organismes habilités ayant déclaré leur dernier chiffre d'affaires > 5000 k€ était plus active que les autres catégories d'organismes, en 2012 toutes les catégories de structures, petites, moyennes et grandes, à proportion similaire, ont été actives.

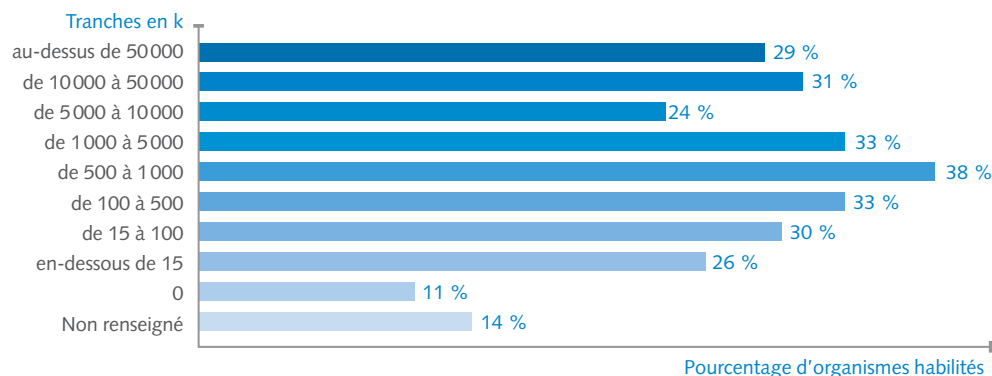
Répartition des organismes habilités ayant eu une activité d'évaluation externe en 2012 selon leur chiffre d'affaires

Source — Anesm 2012



Pourcentage d'organismes habilités ayant eu une activité d'évaluation externe en 2012 parmi l'ensemble des organismes habilités, selon leur chiffre d'affaires

Source — Anesm 2012



La localisation géographique des organismes ayant réalisé des évaluations externes

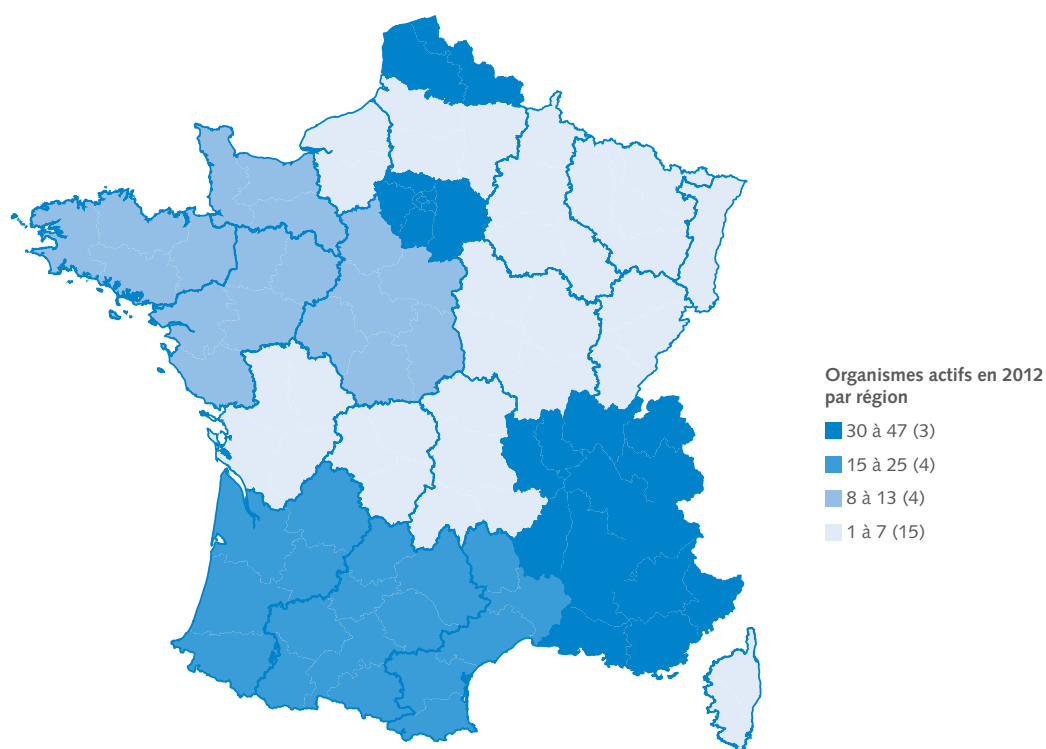
En métropole, les organismes habilités actifs, c'est-à-dire ceux ayant réalisé des évaluations

externes, sont présents dans toutes les régions et se concentrent en Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes et en Ile-de-France.

Départements	Organisme habilité ayant son siège dans la région et ayant eu une activité d'évaluation externe en 2012	Départements	Organisme habilité ayant son siège dans la région et ayant eu une activité d'évaluation externe en 2012
01 Ain	1	50 Manche	1
02 Aisne	0	51 Marne	2
03 Allier	1	52 Haute-Marne	0
04 Alpes-de-Haute-Provence	0	53 Mayenne	2
05 Hautes-Alpes	1	54 Meurthe-et-Moselle	5
06 Alpes-Maritimes	7	55 Meuse	0
07 Ardèche	0	56 Morbihan	1
08 Ardennes	1	57 Moselle	2
09 Ariège	0	58 Nièvre	0
10 Aube	1	59 Nord	15
11 Aude	1	60 Oise	4
12 Aveyron	3	61 Orne	0
13 Bouches-du-Rhône	13	62 Pas-de-Calais	3
14 Calvados	7	63 Puy-de-Dôme	4
15 Cantal	1	64 Pyrénées-Atlantiques	4
16 Charente	1	65 Hautes-Pyrénées	0
17 Charente-Maritime	1	66 Pyrénées-Orientales	1
18 Cher	2	67 Bas-Rhin	3
19 Corrèze	0	68 Haut-Rhin	1
2A Corse-du-Sud	0	69 Rhône	12
2B Haute-Corse	1	70 Haute-Saône	0
21 Côte-d'Or	3	71 Saône-et-Loire	0
22 Côtes-d'Armor	1	72 Sarthe	3
23 Creuse	0	73 Savoie	31
24 Dordogne	2	74 Haute-Savoie	3

Départements	Organisme habilité ayant son siège dans la région et ayant eu une activité d'évaluation externe en 2012	Départements	Organisme habilité ayant son siège dans la région et ayant eu une activité d'évaluation externe en 2012
25 Doubs	4	75 Paris	20
26 Drôme	1	76 Seine-Maritime	2
27 Eure	2	77 Seine-et-Marne	2
28 Eure-et-Loir	0	78 Yvelines	3
29 Finistère	4	79 Deux-Sèvres	0
30 Gard	4	80 Somme	2
31 Haute-Garonne	9	81 Tarn	2
32 Gers	0	82 Tarn-et-Garonne	1
33 Gironde	14	83 Var	6
34 Hérault	9	84 Vaucluse	3
35 Ille-et-Vilaine	7	85 Vendée	2
36 Indre	1	86 Vienne	1
37 Indre-et-Loire	3	87 Haute-Vienne	4
38 Isère	10	88 Vosges	0
39 Jura	1	89 Yonne	1
40 Landes	2	90 Territoire-de-Belfort	1
41 Loir-et-Cher	0	91 Essonne	5
42 Loire	2	92 Hauts-de-Seine	5
43 Haute-Loire	1	93 Seine-Saint-Denis	2
44 Loire-Atlantique	3	94 Val-de-Marne	9
45 Loiret	4	95 Val-d'Oise	1
46 Lot	1	97 Guadeloupe - Réunion - Martinique	0
47 Lot-et-Garonne	3	Suisse	0
48 Lozère	0	Luxembourg	0
49 Maine-et-Loire	3		

Régions	Organisme habilité ayant son siège dans la région et ayant eu une activité d'évaluation externe en 2012	Régions	Organisme habilité ayant son siège dans la région et ayant eu une activité d'évaluation externe en 2012
Alsace	4	Lorraine	7
Aquitaine	25	Midi-Pyrénées	16
Auvergne	7	Nord-Pas-de-Calais	18
Bourgogne	4	Basse-Normandie	8
Bretagne	13	Haute-Normandie	4
Centre	10	Pays-de-Loire	13
Champagne-Ardenne	4	Picardie	6
Corse	1	Poitou-Charentes	3
Franche-Comté	6	Provence-Alpes- Côte d'Azur	30
Île-de-France	47	Rhône-Alpes	30
Languedoc-Roussillon	15	DOM-TOM	0
Limousin	4	Luxembourg / Suisse	0



**Le prix des missions d'évaluation externe
au 31 décembre 2012**

Toutes catégories d'ESSMS confondues, les dépenses des établissements et services au titre de l'évaluation externe depuis 2010 représentent environ 15 433 614 euros (TTC).

Depuis 2010, les coûts moyens des évaluations augmentent. Entre 2011 et 2012, le prix moyen d'une évaluation externe en Ehpad augmente de 13 % et en Esat de 18 %. En revanche, celui en CHRS diminue de 15 % et au sein des OSAP de 11 %.

Mais ces données moyennes doivent être prises en compte au regard des écarts types qui traduisent de grandes disparités.

2010	1 ^{er} semestre 2011	2 ^e semestre 2011	1 ^{er} semestre 2012	2 ^e semestre 2012	2 ^e semestre 2012	Montant total
missions réalisées	missions réalisées	missions réalisées	missions réalisées	missions réalisées	missions en cours	
641 020 €	3 083 253 €	2 894 823 €	2 902 194 €	2 743 770 €	3 168 554 €	15 433 614 €

	Cumul à fin 2010	2011	Cumul à fin 2011	2012	Cumul à fin 2012	Évolution fin 2012 / fin 2011	Écarts type
EHPAD	6 661 €	7 084 €	6 900 €	7 842 €	7 809 €	13 %	3 215 €
CHRS	17 127 €	5 979 €	8 209 €	7 844 €	6 953 €	-15 %	3 986 €
OSAP	4 123 €	3 803 €	3 874 €	3 462 €	3 440 €	-11 %	2 257 €
IME/ITEP	5 474 €	7 500 €	6 981 €	7 214 €	7 337 €	5 %	2 778 €
ESAT	4 922 €	5 202 €	5 109 €	6 064 €	6 011 €	18 %	2 480 €
SAVS/SAMSAH				4 077 €	4 103 €		1 676 €
SESSAD				4 900 €	4 639 €		1 968 €
SSIAD				4 540 €	4 599 €		1 919 €
Foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés				5 781 €	5 464 €		2 842 €
MAS/FAM/FOYER				6 272 €	6 121 €		2 828 €
MECS					6 375 €		3 333 €

Les équipes d'évaluateurs externes

Le nombre d'évaluateurs externes moyen varie selon les catégories d'ESSMS. De même pour le nombre de jours / homme facturés :

Le nombre moyen d'évaluateurs externes par mission	2012	Nombre de jours / homme facturés	2012
EHPAD	2,8	EHPAD	7,8
CHRS	1,8	CHRS	6,7
OSAP	1,7	OSAP	3,6
IME/ITEP	2,2	IME/ITEP	6,5
ESAT	2,2	ESAT	5,5
SAVS/SAMSAH	2	SAVS/SAMSAH	3,9
SESSAD	2,2	SESSAD	4,3
SSIAD	1,8	SSIAD	4,5
Foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés	2,1	Foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés	5,2
MAS/FAM/FOYER	2,3	MAS/FAM/FOYER	5,8
MECS	1,9	MECS	5,4



PARTIE 3

DONNÉES ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES

Données administratives



EMPLOIS, CATÉGORIES ET MOUVEMENTS 2012

L'évolution des emplois depuis 2010 a été la suivante :

ETP et ETPT dont Agent comptable

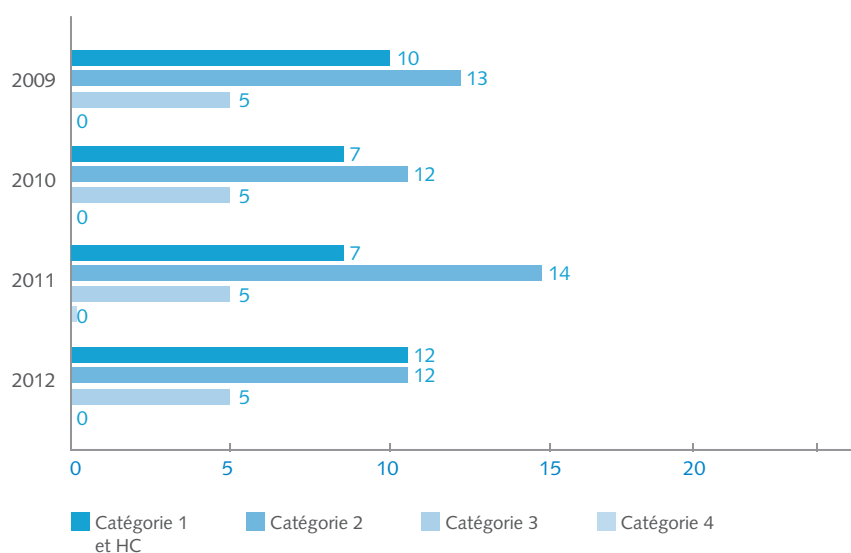
	2010	2011	2012
Nombre de personnes au 31/12/n	26	28	31
ETP au 31/12/n	24,5	26,7	29,3
ETPT	23,94	26,28	28,47

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

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

Les catégories 1 (et Hors classe) et 2 sont les catégories, les plus représentées en 2012. Nous retrouvons la même répartition d'emplois par catégories : la catégorie 1 comprend les chefs de services et responsables de projets, qui pilotent les équipes de chefs de projets. La catégorie 2 comprend les chefs de projet et chargés d'études ; La catégorie 3 comprend les secrétaires et techniciens comptables. La répartition entre ces trois catégories a légèrement évolué depuis 2011, au bénéfice de la catégorie 1.

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





Les mouvements 2012 ont été les suivants (hors remplacement congés maternité) :

L'origine des départs a été :

- 1 départ pendant la période d'essai ou CDD de durée inférieure ou égale à 6 mois ;
- 1 départ de CDI ;
- 2 départs de CDD de longue durée ;
- 1 départ à la retraite.

Année 2012	Entrées	Sorties
Catégorie 1/HC	2	2
Catégorie 2	4	3
Catégorie 3	0	0
Total	6	5

L'Anesm, en auto-assurance, a versé jusqu'en août 2012 une Allocation Recherche Emploi (ARE) à un agent.

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

- Période d'essai et CDD < 6 mois : 3 mois
- CDI : 4 ans
- CDD longue durée : 16 mois

CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNELS DE L'AGENCE

L'Agence se caractérise toujours par un taux de féminisation de ses effectifs important : 70 % en 2012, malgré une augmentation croissante de la population masculine depuis 2009.

La moyenne d'âge des collaborateurs de l'Anesm présents au 31/12/2012 est relativement jeune : les 30-39 ans et les moins de 30 ans représentent ensemble 70 % de l'effectif.

Répartition du personnel par genre entre 2011 et 2012

	2010		2011		2012	
Femmes	22	88 %	21	77,7 %	21	70 %
Hommes	3	12 %	6	22,3 %	9	30 %

Répartition du personnel par âge entre 2011 et 2012

	2011	Répartition	2012	Répartition
> 60 ans	1	3,7 %	2	6,67 %
50-59 ans	3	11,2 %	3	10 %
40-49 ans	2	7,4 %	4	13,33 %
30-39 ans	17	62,9 %	14	46,67 %
< 30 ans	4	14,8 %	7	23,33 %

ABSENTÉISME ET DURÉE DU TRAVAIL

Les jours d'absence sont restés stables en 2012 par rapport à l'année 2011.

En 2012, le nombre d'arrêt dont :

- la durée est inférieure à 5 jours est de 4 ;
- la durée est comprise entre 5 et 10 jours est de 6 ;
- la durée est supérieure à 20 jours est de 2.

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

Année 2012	2011	2012
Taux d'absentéisme	< 3 %	< 3 %

Évolution de l'absentéisme entre 2011 et 2012

	2011 • Effectifs : 27		2012 • Effectifs : 30	
Motifs	Agents absents	Jours d'absence	Agents absents	Jours d'absence
Congés maladie Dont arrêts pré et post-natal	11 2	248 115	7 2	258 129
Accidents du travail	1	1	0	0
Congés maternité	3	292	3	284
Total		541		542



DURÉE ET AMÉNAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL

Le temps de travail hebdomadaire à l'Anesm est de 38 heures et 30 minutes.

Temps de travail	Nombre agents 2010	Agents 2011	Agents 2012
60 % (MAD)	0	0	1
80 %	2	2	3
100 %	23	25	26

LES PROMOTIONS ET AVANCEMENTS DU PERSONNEL/CDI

Les dispositions statutaires des personnels contractuels de droit public organisent les avancements d'échelons. Ceux-ci ont concerné treize agents en 2012, soit 43,33 % des agents contractuels de droit public.

ACCUEIL DE STAGIAIRES

L'Anesm a accueilli cinq stagiaires en 2012, trois inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, une étudiante en droit à l'université de Nanterre ainsi qu'une élève de collège, classe de 3^e.

FORMATION DU PERSONNEL

De nouvelles formations ont été engagées en 2012, d'autres ont été reconduites, comme la formation en anglais. Elles sont dispensées par un Institut de formation et ont représenté en 2012, 13,02 % du budget formation se répartissant comme suit :

- Informatique métier : une formation à la plateforme Extranet a été dispensée en 2012.
- Formation Communication : 4,45 %.
- Développement personnel expression écrite : 23,25 %.
- Développement personnel expression orale : 22,87 %.

DONNÉES FINANCIÈRES

Compte de résultat

Les ressources en 2012 de l'Agence ont été constituées

Au titre de l'État : **1 632 K€**

Au titre de la CNSA : **1 768 K€**

En produits divers : **2,4 K€**

En produits exceptionnels : **45 K€**

Charges

	EXERCICE 2012	EXERCICE 2011
CHARGES D'EXPLOITATION	1 383 137,20	1 265 396,73
Achats non stockés de matières et fournitures	33 309,76	35 601,04
Personnel extérieur de l'établissement - autres	165 674,47	138 734,64
Autres services extérieurs	1 184 152,97	1 091 061,05
IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS	183 087,62	171 356,21
Sur rémunérations	135 618,38	129 727,83
Autres	47 469,24	41 628,38
CHARGES DE PERSONNEL	1 573 905,98	1 577 941,03
Salaires et traitements	1 136 903,69	1 142 162,12
Charges sociales	437 002,29	435 778,91
DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS ET PROVISIONS	53 334,00	52 267,74
Sur immobilisations : dotations aux amortissements	53 334,00	52 267,74
AUTRES CHARGES		
TOTAL I	3 193 464,80	3 066 961,71
CHARGES SPÉCIFIQUES		
CHARGES FINANCIÈRES		
Charges assimilées		
Différences négatives de change		
Autres charges financières		
CHARGES EXCEPTIONNELLES	17,00	3 106,00
Sur opérations de gestion		
Sur opérations exercice antérieur		
Sur opérations en capital :	17,00	3 106,00
• Valeurs comptables des éléments immobilisés		
• Autres		
TOTAL II	17,00	3 106,00
TOTAL DES CHARGES	3 193 481,80	3 070 067,71
Solde créditeur = excédent	253 886,15	433 230,86
TOTAL GÉNÉRAL	3 447 367,95	3 503 298,57

Produits

	EXERCICE 2012	EXERCICE 2011
PRODUITS D'EXPLOITATIONS	3 402 381,72	3 402 693,87
Production vendue		
• Ventes de marchandise		
• Prestations de services et études, activités annexes		
Subvention d'exploitation	3 400 000,00	3 400 000,00
Autres produit	2 381,72	2 693,87
Total I	3 402 381,72	3 402 693,87
PRODUITS SPÉCIFIQUES		
Reprise de charges sur exploitation		
PRODUITS FINANCIERS		
Autres intérêts et produits assimilés		
Différences positives de change		
PRODUITS EXCEPTIONNELS	44 986,23	100 604,70
Sur opérations de gestion	44 986,23	82 204,70
sur opérations en capital		18 400,00
TOTAL II	44 986,23	100 604,70
TOTAL DES PRODUITS	3 447 367,95	3 503 298,57
Solde débiteur = perte		
TOTAL GÉNÉRAL	3 447 367,95	3 503 298,57

Résultat au 31/12/2012 - Carte récapitulatif

	CHARGES	PRODUITS
TOTAL	3 193 481,80	3 447 367,95
EXCÉDENT	253 886,15	
	3 447 367,95	3 447 367,95

Le total des créances constatées par un titre forment un produit global de : 3 447 368 €

Les charges assumées représentent un total en dépense de : 3 193 482 €

Générant un excédent de : 253 886 €

La capacité d'autofinancement générée en 2012 est de 307 K€

LA STRUCTURE FINANCIÈRE

Actif

	EXERCICE 2012			EXERCICE 2011
	Brut	Amortissement et provisions (à déduire)	Net	Net
ACTIF IMMOBILISÉ				
Immobilisations incorporelles	106361,61	41388,92	64972,69	22169,46
<i>Concessions et droits similaires</i>	106361,61	41388,92	64972,69	22169,46
Immobilisations corporelles	330646,89	195905,21	134741,68	160990,47
<i>Autres immobilisations corporelles</i>	330646,89	195905,21	134741,68	160990,47
Immobilisations financières				
TOTAL I	437008,50	237294,13	199714,37	183159,93
ACTIF CIRCULANT				
Stocks et en cours				
Acomptes et avances versées sur commande				
Créances d'exploitation	73847,28		73847,28	5217,01
<i>Créances clients et comptes rattachés - Autres créances d'exploitations</i>	73847,28		73847,28	5217,01
Créances diverses	2128496,97		2128496,97	1680802,70
<i>Valeurs mobilières de placements Disponibilité Virements émis</i>	2128496,97		2128496,97	1680802,70
TOTAL II	2202344,25		2202344,25	1686019,71
Charges à répartir sur plusieurs exercices				
TOTAL III				
Charges constatées d'avance				10948,68
TOTAL IV				10948,68
Écart de conversion-actif				
TOTAL V				
TOTAL GÉNÉRAL (I+II+III+IV+V)	2639352,75	237294,13	2402058,62	1880128,32

Passif

	EXERCICE 2012	EXERCICE 2011
CAPITAUX PROPRES		
Réserves	1240075,99	806845,13
• Report à nouveau		
• Réserves	1240075,99	806845,13
Résultat de l'exercice	253886,15	433230,86
Total I	1493962,14	1240075,99
PROVISIONS POUR RISQUES		
Total II		
DETTES		
Dettes d'exploitation	466096,48	640052,33
• Dettes fournisseurs et comptes rattachés	421415,99	184786,48
• Dettes fiscales et sociales	44680,49	455265,85
• Autres		
Dettes diverses	442000,00	
• Dettes sur immobilisations et comptes rattachés		
• Autres dettes		
• Comptes transitoires ou d'attente	442000,00	
TOTAL III	908096,48	640052,33
COMPTES DE RÉGULATION		
Écart de conversion - PASSIF		
TOTAL IV		
TOTAL GÉNÉRAL (I+II+III+IV+V)	2402058,62	1880128,32

ANNEXES



ANNEXE 1 : la procédure d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles



DÉFINITION

L'Anesm a pour mission de valider, élaborer ou actualiser des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les diffuser.

Les **recommandations de bonnes pratiques professionnelles** sont des repères, des orientations, des pistes pour l'action destinées à permettre aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques pour améliorer la qualité des prestations rendues aux usagers et de mettre en œuvre la démarche d'évaluation interne.

Elles ne sont ni des dispositions réglementaires, ni un recueil des pratiques les plus innovantes et ne sont pas à prendre en tant que telles, comme un référentiel d'évaluation pour le secteur social et médico-social. Elles représentent l'état de l'art qui fait consensus à un moment donné. Une pratique n'est pas bonne dans l'absolu. Elle l'est par rapport à un objectif à atteindre, dans un contexte donné et à un moment donné, en fonction des connaissances existantes. Si elle cible des pratiques précises, une recommandation n'a pas pour but d'apporter des solutions clé en mains.

La démarche retenue permet ainsi de développer un corpus de connaissances qui sert de références aux professionnels.

ORGANISATION GÉNÉRALE

Les grandes étapes de production d'une recommandation

- **L'identification du thème** de la recommandation dans le programme de travail de l'Agence
- **L'équipe projet**
- **La lettre de cadrage** : travaux exploratoires, choix de la méthode, validation, composition qualitative des groupes d'appui...
- **La recommandation** : travaux complémentaires, rédaction, contrôle juridique, lecture, validation
- **La diffusion** : publication, appropriation de la recommandation...

2/Les différents acteurs

- **Le directeur de l'Anesm**
- **L'équipe projet**
- **Les groupes d'appui**
- **Le service Communication**
- **Les instances** : Conseil d'administration, Comité d'orientation stratégique (bureau et COS plénier), Conseil scientifique

DÉROULEMENT DE LA MÉTHODE

L'identification des thèmes de recommandation

Les thèmes sont identifiés dans le cadre du programme de travail élaboré pour les années n+1 et n+2, en croisant plusieurs critères :

- les politiques publiques médico-sociales, sociales et sanitaires (plan Autisme, Alzheimer, AVC, protection de l'enfance...);
- la priorisation et les orientations fixées par les administrateurs de l'Agence (CNSA, DGCS);
- l'éligibilité (pertinence, faisabilité des thématiques proposées par le COS...);
- les champs couverts par l'évaluation externe fixés par le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 qui définit le cahier des charges;
- les propositions des référents thématiques issues de leur analyse du contexte;
- la poursuite des travaux de l'Agence et les moyens dont elle dispose.

Les thèmes font l'objet d'un exposé des motifs qui permet de préciser les champs et les attendus de la recommandation.

DÉSIGNATION DE L'ÉQUIPE PROJET

Une équipe-projet spécifique est désignée par le directeur pour la production de chaque recommandation. Coordonnée par le chef du service Recommandations, elle est composée d'un pilote et d'un copilote, choisis selon leurs compétences sur le thème et leur disponibilité.

LA LETTRE DE CADRAGE

• Une phase exploratoire

L'élaboration des recommandations de bonnes pratiques passe par une première phase exploratoire sur le sujet afin de préciser la problématique, les enjeux, les objectifs, le champ, le questionnement qui permettront de rédiger la lettre de cadrage.

Cette phase exploratoire commence par une recherche documentaire détaillée qui va permettre de trouver et de définir des **mots-clés/concepts/notions**, qui serviront de base de travail, mais également de recenser un certain nombre d'expériences déjà mises en place. Cette première recherche bibliographique francophone et anglophone est effectuée notamment par la documentaliste. Elle est formalisée par **une fiche de questionnement du sujet** élaborée avec l'équipe projet qui permet de délimiter le sujet et d'orienter la recherche.

Des entretiens exploratoires auprès de personnes ressources, y compris de l'administration centrale (DGCS) et une enquête qualitative auprès d'un certain nombre d'établissements et services complètent cette phase exploratoire.

Ces travaux vont orienter le choix de la méthode d'élaboration de la recommandation : **consensus simple ou consensus formalisé** (voir annexe 2).

• La lettre de cadrage

Une lettre de cadrage qui situe la problématique, le contexte, le cadre juridique... est élaborée et soumise pour avis aux instances de l'Anesm : bureau du COS et COS en séance plénière ainsi qu'au CS. Le COS examine la pertinence des propositions de la lettre de cadrage et le CS valide la méthodologie (mots clés, concepts et méthode d'élaboration).

Elle détermine les différents aspects qui seront développés par la recommandation. En fonction des informations disponibles issues des travaux exploratoires – disponibilité des données de la littérature, état et connaissance des pratiques, étendue du thème retenu, existence de controverses, nombre des questions à résoudre et du degré de précision attendu – elle précise le choix de la méthode proposée, **consensus simple ou consensus formalisé**. Dans tous les cas, la lettre de cadrage liste les questions qui devront être traitées par le groupe de travail.

La méthode proposée permet d'aboutir à un accord sur les pratiques professionnelles jugées suffisamment bonnes pour faire l'objet d'une

recommandation, c'est-à-dire répondant à des critères de pertinence, de faisabilité et de transférabilité. Toutefois, la méthode peut changer au cours des travaux en fonction de la validité des données disponibles.

La lettre de cadrage mentionne également la composition qualitative des groupes d'appui à l'équipe projet - groupes de travail, de lecture, de cotation (type d'expertise recherchée, effectifs dans chaque catégorie d'experts...).

À ce stade, le bureau du COS et le CS désignent un « référent » pour le projet de recommandation. Sa mission est d'apporter son soutien et son expertise tout au long de l'élaboration du document et d'en être le rapporteur lorsqu'il sera soumis aux instances pour avis.

LA RECOMMANDATION

Les travaux complémentaires et les outils mobilisés

L'élaboration de recommandations de bonnes pratiques professionnelles s'attache à identifier l'information la plus rigoureuse possible et la plus pertinente. Quelle que soit la méthode retenue pour l'élaboration de recommandations, une analyse critique de la littérature disponible sur le thème à traiter est réalisée dans une optique pluridisciplinaire. À ce titre, les différentes sciences humaines et sociales sont explorées (sociologie, psychologie, anthropologie, sciences de l'éducation, sciences politiques, philosophie, histoire...), mais également le droit, la médecine...

• Une analyse documentaire approfondie

L'exploitation approfondie et régulière des documents par l'équipe projet est développée tout au long de l'élaboration de la recommandation et permet d'affiner et de délimiter les recherches.

Les recherches bibliographiques francophones et internationales sont affinées et complétées. Outre le fonds documentaire de l'Anesm, certaines bases de données sont systématiquement interrogées, telles que RESSAC, CAIRN ou encore BDSP du fait de l'accessibilité des documents qui y sont recensés pour l'équipe projet et la documentaliste. Un tableau récapitulant les équations de **recherches utilisées** et les résultats trouvés est alimenté tout au long du processus de recherche.

Des sites Internet ressources sont également consultés pour compléter la recherche :

- sites gouvernementaux nationaux et internationaux ;
- sites de sociétés savantes ;
- sites universitaires.

La consultation de ces différents sites permet de trouver de la littérature grise, d'éventuels contacts pour les entretiens. Les apports des professionnels et des usagers sont également pris en compte.

Il peut être fait appel à un prestataire, le cas échéant, pour une étude de littérature complète et critique et l'élaboration d'un document/argumentaire d'appui aux travaux de l'équipe projet. Celle-ci s'approprie et complète le travail.

Le Conseil scientifique est consulté, le cas échéant par voie écrite en l'absence d'une réunion proche, sur les mots-clés, le champ géographique d'investigation documentaire, la bibliographie et la revue de littérature, pour valider et/ou étendre et/ou réorienter la recherche bibliographique. Il peut être éventuellement consulté sur le cahier des charges en vue de la recherche du prestataire.

• Une étude qualitative systématique

Elle est conduite par l'équipe projet sur une sélection de sites validée par la direction de l'Agence. L'objet est de recueillir directement des pratiques et des données de terrain en vue d'alimenter les travaux du groupe de travail. Différentes méthodes sont utilisées : visite et entretien sur site, enquête par questionnaire, focus group, entretien avec personnes ressources... Cette étude qualitative est un élément clé pour recueillir les points de vue des professionnels et des usagers et repérer les pratiques existantes, parfois innovantes.

• Une étude quantitative peut être conduite afin de cerner l'importance du problème et de compléter les données de la littérature.

• L'argumentaire :

L'argumentaire, réalisé sous la responsabilité de l'équipe projet, apporte des arguments sur lesquels se fondent les recommandations. Il se construit au fur et à mesure du projet et tient compte des éléments recueillis dans la revue de littérature, des échanges du groupe de travail et des éléments fournis par les enquêtes complémentaires (étude qualitative et/ou enquête quantitative). Le document est un outil complémentaire à la recommandation, il est mis en ligne sur le site de l'Agence, une fois la recommandation finalisée.

La constitution des groupes d'appui à l'élaboration de la recommandation

L'équipe projet propose la composition nominative des divers groupes d'appui sur la base de la composition arrêtée par le directeur. La composition des différents groupes d'appui est détaillée en annexe 3.

Elle s'appuie sur les propositions transmises par les membres du COS et du CS sollicités lors de la présentation du programme de travail, ainsi que sur le travail de repérage des personnes ressources (professionnels, représentants d'usagers, personnalités qualifiées...) qu'elle a pu effectuer dans le cadre de ses travaux exploratoires.

La rédaction de la recommandation

Les propositions de recommandations sont rédigées par l'équipe projet à partir des données repérées et analysées lors des travaux préparatoires (travaux exploratoires et complémentaires) et des réflexions conduites dans le cadre du groupe de travail. L'équipe projet :

- présente les travaux préparatoires ;
- propose un plan ;
- prépare des focus spécifiques ;
- rédige une ou des versions successives.

Le texte de la recommandation est soumis à la réflexion et à l'expertise du groupe de travail animé par l'équipe projet, au cours de trois à cinq séances de travail. Le groupe de travail est une force de proposition pour l'écriture de la recommandation. Chaque membre, en sa qualité d'expert, rapporte les pratiques susceptibles d'être transférables et évite de faire valoir les seules pratiques qui ont cours dans les structures de sa connaissance.

Dès le début de l'écriture, le format de la recommandation doit être réfléchi afin de mieux répondre encore aux attentes des professionnels.

Une synthèse vient compléter la production.

La validation intermédiaire interne à l'Agence

Une validation intermédiaire du projet de recommandation est réalisée par un comité interne composé du directeur, de l'encadrement partie prenante à l'élaboration des recommandations et du pilote et/ou du copilote du projet de recommandation. Elle a pour objet une lecture critique du projet de recommandation au regard, notamment, de la lisibilité, de la cohérence avec la lettre de cadrage, de la cohérence avec les autres recommandations et des orientations de l'Anesm.

Elle intervient **avant la dernière réunion du groupe de travail**. L'équipe projet, avec le groupe de travail, reprend ses travaux selon les remarques/orientations dudit comité pour finaliser le projet de texte.

La cotation

Lorsque la méthodologie du consensus formalisé a été retenue, les propositions de recommandations élaborées par le groupe de travail sont soumises à un groupe de cotation. Le groupe a pour mission de donner son avis sur les bonnes pratiques exposées en précisant son degré d'accord ou de désaccord. La cotation se déroule en deux étapes. Dans un premier temps, les cotateurs notent individuellement chaque recommandation sur un support élaboré par les services de l'Anesm, selon une échelle graduée (cf. annexe 2).

Dans un second temps, les cotateurs se réunissent pour échanger et re-coter en séance (de manière anonyme) les recommandations n'ayant pas fait apparaître de consensus. À l'issue de cette réunion, une nouvelle version de la recommandation est rédigée par l'équipe projet.

La « relecture »

La lecture, à distance, par un groupe composé à cet effet a pour objet de se prononcer sur la lisibilité professionnelle et la cohérence du document. Les remarques des membres du groupe de lecture sont exploitées par l'équipe-projet, qui proposera, le cas échéant, une nouvelle version de la recommandation.

La vérification juridique

Afin de garantir la sécurité juridique du texte de la recommandation, il est fait appel à un prestataire pour une **analyse juridique critique**. Celui-ci vérifie la conformité du texte de la recommanda-

tion avec les dispositions législatives, réglementaires et jurisprudentielles en vigueur dans les domaines concernés par la recommandation.

L'ensemble des consultations peut conduire à une nouvelle version. Si cette nouvelle version de la recommandation présente des différences significatives, elle sera soumise à validation interne dans les conditions explicitées dans le paragraphe sur le sujet, à l'exception d'un retour au groupe de travail.

Dans tous les cas, la recommandation est validée par le directeur avant la soumission aux instances.

L'avis des instances

Le directeur soumet le projet de recommandation à l'avis des instances.

- Le COS est sollicité sur le contenu de la recommandation. Il émet un avis et fait d'éventuelles propositions de modifications. Selon le thème, l'ensemble du COS se prononce ou la ou les sections concernées seulement.
- Si le comité, ou la section concernée par le projet de recommandation, émet un avis défavorable à la majorité des deux tiers, et que le directeur souhaite maintenir le projet, il le soumet à la délibération du Conseil d'administration qui entend alors le président du comité ou de la section concernée.
- Le CS émet un avis sur la qualité scientifique de la production. Il est susceptible d'intervenir, notamment sur des questions de méthode, dès la consultation de la lettre de cadrage et lors de points d'étapes.
- Adoption de la recommandation par le directeur.

LA COMMUNICATION

Le service Communication reçoit la copie du projet de recommandation après validation juridique et avis des instances. Il intervient en tant que de besoin pour améliorer la lisibilité du texte et sa compréhension en proposant des modifications (titre, intertitres, reformulations etc.) et s'assure avec l'équipe projet que la version définitive est conforme à la version validée après passage aux instances. Il assure ensuite la mise en page et l'impression des recommandations en lien avec les prestataires du marché conclu à cet effet.



Annexe 2 : méthodologie d'élaboration de la recommandation

• Méthode du consensus simple

Cette méthode est utilisée lorsque les données disponibles sont apparues suffisantes pour aboutir à des pratiques représentatives et transférables. Elle consiste à réunir un groupe de travail qui s'accorde sur les bonnes pratiques recommandées en tenant compte d'une analyse critique de la littérature disponible et d'un recueil des pratiques professionnelles.

• Méthode du consensus formalisé

Cette méthode est particulièrement adaptée lorsque les données disponibles sont rares, controversées, reflétant mal les situations rencontrées en pratique.

L'avis des professionnels sur chaque proposition de recommandation est systématiquement formalisé en utilisant une échelle visuelle numérique discontinue, graduée de -2 à $+2$, et le degré d'accord et de désaccord entre les professionnels est à chaque fois mesuré. Les règles de conservation des propositions soumises à cotation sont préalablement définies.

Annexe 3 : les groupes d'appui

LE GROUPE DE TRAVAIL

Composition

Le groupe de travail, de 10 à 20 personnes maximum, est composé de personnes ressources comprenant :

- des professionnels, concernés par le sujet;
- des usagers et/ou leurs représentants;
- des personnes « experts » du sujet de la recommandation (travaux de recherche, publications...).

Une représentativité des différents métiers, des différents types d'établissements ou de services est recherchée systématiquement.

Des sous-groupes peuvent être constitués, dans les mêmes conditions, en tant que de besoin.

La composition qualitative du groupe est présentée aux instances lors de l'examen de la lettre de cadrage après avoir été validée par le directeur de l'Agence.

La composition nominative est proposée par l'équipe projet et validée par le directeur de l'Agence. Elle s'appuie sur les propositions transmises par les membres du COS et du CS sollicités lors de la présentation du programme de travail et de la lettre de cadrage, ainsi que sur le travail de repérage des personnes ressources (professionnels, représentants d'usagers, personnalités qualifiées...) qu'elle a pu effectuer dans le cadre de ses travaux exploratoires (document associé DA1). L'équipe projet peut également prévoir la participation des personnes qui présentent spontanément leurs offres de service via le site internet de l'Agence. Un « gestionnaire de contacts » est tenu à jour par le secrétariat. Lorsque le groupe de travail est constitué, l'information est transmise au COS et au CS.

Un courrier nominatif portant lettre de mission (document associé DA2), signé par le directeur de l'Agence, est adressé à chaque personne pressentie pour solliciter sa participation et lui demander d'envoyer au directeur de l'Agence une déclaration d'intérêt. Il l'informe des incidences juridiques relatives à sa participation et est accompagné d'un document formalisant cet accord (document associé DA3).

Les déclarations d'intérêt sont examinées conjointement par le service juridique et l'équipe projet.

Fonctionnement du groupe de travail

Le groupe de travail est animé par l'équipe projet au cours de trois à cinq réunions programmées toutes les 4 à 5 semaines :

- la première réunion a pour objectif d'expliquer le cadrage de la recommandation, la méthodologie d'élaboration et le partage de l'analyse documentaire;
- la réunion suivante est axée sur le plan de la recommandation;
- les réunions suivantes servent à échanger autour des propositions de rédaction de l'équipe projet et des contributions écrites des membres du groupe.

Une convocation comportant l'ordre du jour de la réunion et les éventuelles pièces jointes (lettre de cadrage, analyse documentaire...) est adressée au plus tard 8 jours avant par le secrétariat sous la responsabilité de l'équipe projet.

Un compte rendu synthétique est envoyé systématiquement après chaque réunion à tous les membres du groupe. L'objectif de ce compte rendu est de retracer les éléments ayant amené une discussion, une divergence de points de vue ou au contraire ayant fait consensus.

Des échanges par mail peuvent suivre la dernière réunion du groupe de travail sur des sujets remis en question par le comité de validation interne, le groupe de lecture, l'analyse juridique ou les instances.

Les membres du groupe de travail, effectivement présents, sont cités comme participants dans le document final de la recommandation. L'intitulé exact de leur identité et fonctions est établi sur la base du document d'accord visé ci-dessus qu'ils ont envoyé avec leur déclaration d'intérêt.

Le groupe de relecture

Le groupe de lecture (« relecture ») est composé de 15 à 20 personnes : institutionnels, professionnels des ESSMS (cadres de direction et professionnels de terrain), usagers des ESSMS, personnes-ressources et experts. Ces membres sont différents des groupes de travail et de cotation.

La composition du groupe de lecture est proposée par l'équipe-projet dans les mêmes conditions que celle du groupe de travail (cf. paragraphe ci-dessus). Elle est validée par le directeur de l'Agence.

Les participants potentiels sont approchés par l'équipe-projet qui leur explique la méthode générale, ce qui est précisément attendu de chaque lecteur, la période à laquelle le projet de recommandation leur sera adressé et le temps dont ils disposeront pour produire leurs remarques. Les membres du groupe de lecture travaillent individuellement. Il leur est demandé :

- un avis général sur la lisibilité et la cohérence du document;
- toutes remarques sur le détail des propositions de la recommandation : sont-elles compréhensibles et cohérentes les unes avec les autres? D'autres formulations seraient-elles plus claires?

Une version de la recommandation leur est envoyée sous format électronique, avec une colonne où ils peuvent mentionner les remarques et propositions en face du texte qu'ils commentent.

Une quinzaine de jours minimum leur est laissée pour produire leur contribution écrite. Quelques jours avant l'échéance, l'équipe-projet relance les retardataires.

Les contributions des lecteurs sont alors étudiées par l'équipe-projet qui établit un tableau récapitulatif expliquant les choix de retenir ou d'écarter les principales remarques des lecteurs. L'équipe-projet sélectionne les corrections à apporter au document et produit une nouvelle version de la recommandation.

Le groupe de cotation

Dans le cadre de la méthode du consensus formalisé, un groupe de cotateurs est chargé de « noter » toutes les propositions de recommandations élaborées par le groupe de travail. Ce groupe est composé de 10 à 15 professionnels, d'usagers ou de leurs représentants choisis pour leur connaissance et leur représentativité du secteur concerné. Il est essentiel que les professionnels sélectionnés connaissent bien le thème traité et soient experts du sujet et/ou aient une pratique régulière dans ce domaine.

ANNEXE 4 : 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

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Mme. Sabine FOURCADE, Directrice générale
de la Cohésion sociale

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

M. Franck VON-LENEP, Directeur

M. Étienne DEBAUCHE (suppléant)

Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)

M. Jean-Louis DAUMAS, Directeur

M. Damien MULLIEZ, (suppléant), sous-Directeur
des missions de protection judiciaire et d'éducation

Direction de la sécurité sociale (DSS)

M. Thomas FATOME, Directeur

M. Jérôme CLERC, (suppléant), Chef du bureau
établissements sanitaires et établissements médi-
co-sociaux

Direction générale de l'organisation des soins (DGOS)

M. Jean DEBEAUPUIS, Directeur

Mme. Cécile BALANDIER, (suppléante), Chargée
de mission à la sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

Mme. Agnès JEANNET, Présidente du Conseil
d'administration, inspectrice générale

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

M. Luc ALLAIRE, Directeur

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

M. Xavier DUPONT, Directeur des établissements
et services médicaux-sociaux

Agence Régionale de santé (ARS)

M. Michel LAFORCADE, Directeur général
de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine

Mme. Françoise VAN RECHEM, Directrice gén-
érale adjointe de l'Agence régionale de Picardie

AU TITRE DU COLLÈGE DES PERSONNES MORALES DE DROIT PUBLIC OU PRIVÉ

Représentant la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

M. Philippe JOURDY, Directeur général de l'As-
sociation pour la sauvegarde des enfants invalides
(ASEI)

Représentant la Fédération hospitalière de France (FHF)

Mme. Murielle JAMOT, adjointe en charge du
secteur social et médico-social

Mme. Mathilde Cressons (suppléante), Directrice
Ehpad Pont-d'Ain

Représentant la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)

Mme. Catherine Cabannes, Directrice du centre
d'hébergement et de réinsertion sociale, Cité
Saint-Martin remplacé depuis le 26/09/2012
par Francis LACROIX, président de la Fédération
Midi-Pyrénées, Administrateur national

Représentant le Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA)

Mme. Florence ARNAIZ-MAUMÉ, Déléguée générale

Représentant l'Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI)

M. Thierry NOUVEL, Directeur général

Représentant La Convention nationale des associations de protection de l'enfant (LA CNAPE)

M. Christian MESNIER, Directeur général de la Fondation Grancher

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

M. Pierre DEMORTIERE, Directeur du développement jusqu'au 12 décembre 2013 et remplacé par **Jean-Louis HOURTOULE**

Représentant l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)

Mme. Gisèle STIEVENARD, adjointe au Maire de la ville de Paris, Conseillère générale

Mme. Nelly BAUDRON (suppléante), Conseillère technique et juridique

Représentant l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

M. Hubert Allier, Directeur général remplacé depuis le 14 novembre 2012 par **Thierry COUVERT-LEROY**, responsable gestion et ressources de la solidarité

M. Arnaud Vinsonneau (suppléant), adjoint au Directeur général remplacé depuis le 14 novembre 2012 par **Ronald MAIRE** conseiller technique Organisation territoriale - Politique sanitaires et sociales

Représentant la Fédération nationale Avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)

M. Michel BENARD, Président

M. Didier SAPY (suppléant), Directeur

Représentant l'Union nationale Aide à domicile en milieu rural (ADMR)

M. Thierry D'ABOVILLE, Secrétaire général de l'ADMR

M. Marcel TANFIN, (suppléant), Président de l'ADMR

AU TITRE DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Désigné par le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

M. 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)

M. Pascal CHAMPVERT, Directeur de l'association des Directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)

Mme. 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)

Mme. Marie-Paule Martin-BLACHAIS, Directrice générale

M. Jean-Marie MULLER, (suppléant), Président de la Fédération Nationale des ADEPAPE

Désigné par la Fondation Armée du Salut

M. Alain DUCHENE, Président

M. Alain GREUILLET (suppléant), membre du réseau européen des associations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion

ASSISTENT PAR AILLEURS AUX RÉUNIONS

M. 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)

M. Bertrand GAUDIN, Contrôleur général économique et financier

Mme. Laure LAGUERRE, Agent comptable

Mme. Annie FOUQUET, Président du Conseil scientifique

Commissaire du gouvernement (En attente de nomination)

LISTE DES DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Deux réunions en 2012

CA du 30 mars 2012

- Approbation du procès-verbal du Conseil d'administration du 7 décembre 2011
- Approbation du compte financier 2011
- Approbation de l'affectation du résultat de l'exercice 2011
- Approbation d'une décision modificative de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses 2012
- Approbation du rapport d'activité 2011
- Approbation de l'autorisation donnée au Directeur de l'Anesm pour renégocier les termes du bail liant l'Anesm à la SCI EPF France 1 et rechercher de nouveaux locaux.

CA du 6 décembre 2012

- Élection du vice-président du Conseil d'administration
- Approbation du procès-verbal du Conseil d'administration du 30 mars 2012
- Approbation du programme annuel d'activité 2013
- Approbation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses 2013
- Approbation de l'enveloppe annuelle 2013 en vue de l'attribution de bonifications individuelles
- Approbation de l'avenant n° 3 au règlement des achats de l'Anesm
- Approbation des modifications de la procédure permettant l'élaboration des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles

ANNEXE 5 : composition du Comité d'orientation stratégique et du bureau

QUATRE REPRÉSENTANTS DE L'ÉTAT

Mme. Sabine FOURCADE, Directrice générale de la Cohésion sociale (DGCS)

M. Franck VON-LENÉP, Directeur (DREES)

M. Étienne DEBAUCHE (suppléant)

Mme. Jeanne-Marie URCUN, Médecin de l'éducation nationale, Conseillère technique, direction générale de l'Enseignement scolaire (DGESCO)

Mme. Florence PERRIN (suppléante)

M. Damien MULLIEZ, Sous directeur des missions de protection judiciaire et d'éducation (DPJJ)

Mme. Corinne SINNASSAMY (suppléante)

UN REPRÉSENTANT DES COLLECTIVITÉS LOCALES

Mme. Régine JOLY, Vice-présidente du Conseil Régional de Poitou-Charentes (ARF)

Mme. Françoise MESNARD (suppléante)

QUATRE REPRÉSENTANTS DES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

Mme. Colette LEGAT, Conseillère technique, Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)

Mme. Christiane CREPIN (suppléante)

Mme. Martine DECHAMP, Président de la commission Action sociale, Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)

M. Albert LAUTMAN (suppléant)

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

M. Garmenick LEBLANC (suppléante)

M. Bruno LACHESNAIE, Directeur de l'action sanitaire et sociale (CCMSA)

M. Franck DARTY (suppléant)

SEIZE REPRÉSENTANTS D'USAGERS

M. Philippe LEMAIRE, Directeur centre d'accueil – (FRANCE TERRE D'ASILE)

Mme. Véronique LAY (suppléante)

M. Pascal CHAMPVERT, Président de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (Ad-pa) désigné par le Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA)

M. Claudy JARRY (suppléant)

M. Jean-Marie BARBIER, Président de l'Association des paralysés de France (APF), désigné par le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

M. Jean-Marie MULLER, Président de l'Association « Institution JB - Thierry », désigné par la Fédération nationale des A.D.E.P.A.PE (FNADE-PAPE)

Mme. Angèle FOLLEVILLE (suppléante)

Mme. Janyne DUJAY, Administrateur de la Fédération nationale des aînés ruraux remplacé depuis le 26 juillet 2012 par Jean-Claude JAMOT, Médecin honoraire

Mme. Marguerite BOUHIN remplacée depuis le 26 juillet 2012 par Janyne DUJAY (suppléante)

Mme. Marie-Odile DESANA, Présidente de l'Association France Alzheimer (ASSOCIATION France ALZHEIMER)

Mme. Catherine OLLIVET (suppléante)

M. Marcel HERAULT, Président de la Fédération française Sésame autisme (FÉDÉRATION FRANÇAISE SÉSAME AUTISME)

M. Jean-Louis AGARD (suppléant)

Mme. Danièle LANGLOYS, Présidente de l'association Autisme France (ASSOCIATION AUTISME FRANCE)

Mme. Jacqueline MANSOURIAN-ROBERT (suppléante)

Mme. Catherine WARTEL, Vice-président de la section « Personnes handicapées », Directrice-adjointe qualité à l'Association des paralysés de France (APF)

Mme. Irène CERQUETTI (suppléante)

Mme. Henriette STEINBERG, Secrétaire nationale du Secours populaire (SECOURS POPULAIRE)

M. Pascal RODIER (suppléant)

M. Dominique MANIERE, Directeur Développement Médico-social (SECOURS CATHOLIQUE)

M. Luc MONTI (suppléant)

M. Michel FORENBACH, Union nationale des associations familiales (UNAF)

M. Christian-Jacques MALATIA (suppléant)

Mme. Huguette BOISSIANNAT PELS, Association ATD quart-monde

Mme. Marie-Agnès IUNG (suppléante)

M. Jean CANNEVA, Président d'honneur de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)

M. Jean-Louis GILLES (suppléant)

Mme. Linda DESMOULINS, Directrice du Centre de soins d'accompagnement et de prévention en Addictologie d'Eure et Loire désigné par l'Association Trisomie 21 France jusqu'au 13 février 2012 (en attente de nomination)

Mme. Régine CLEMENT (suppléante)

M. Claude FINKELSTEIN, Président de la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)

M. Patrick GAILDRY (suppléant)

REPRÉSENTANTS DES PRINCIPAUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS NATIONAUX DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

M. Xavier DUPONT, Directeur des établissements et services médico-sociaux (CNSA)

M. Guillaume BLANCO (suppléant)

Mme. Émilie PARNIERE, Responsable du développement de la qualité (ANSP)

Mme. Sabine JEUCH (suppléante)

M. François BERARD, Chef de service certification des établissements de santé (HAS) ; (suppléant) en attente de nomination

M. Philippe LACOMBE, Directeur, Observatoire national de l'enfance en danger (ONED)

Mme. Anne OUI (suppléant)

M. Christian BREUIL, Directeur général Buc ressources, Groupement national des instituts régionaux du travail sociale (GNI)

M. Jean-Michel GODET (suppléant)

REPRÉSENTANTS DES PRINCIPAUX GROUPEMENTS OU FÉDÉRATIONS AU PLAN NATIONAL DES INSTITUTIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES

Mme. Adeline LEBERCHE, Directrice du secteur Médico-sociale, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) ; (suppléant) en attente de nomination.

Mme. Murielle JAMOT, Adjointe en charge du secteur médico-social, Fédération hospitalière de France (FHF)

Mme. Mathilde CRESSENS (suppléante)

M. Jean-Pierre GILLE, Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)

Mme. Nathalie NEBOUT (suppléante)

M. Florian ROGER, Directeur de l'Établissement MELAVIE (SYNERPA)

Mme. Laurentia PALAZZO (suppléante)

M. 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)

M. Yann LE BERRE (suppléant)

M. Emmanuel FAYEMI, Vice-président de la section « Enfance », Directeur général de l'Association « La sauvegarde de l'enfance » à Brest, représentant la Convention nationale des associations de protection de l'enfant (LA CNAPE)

Mme. Brigitte MARION (suppléante)

M. 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) jusqu'au 25 juin 2012 et remplacé depuis le 13 décembre 2012 par Jean-Louis HOUTOULE

M. Pierre DEMORTIERE (suppléant) remplacé depuis le 13 décembre 2012 par Christophe PELLETIER

Mme. Gisèle STIEVENARD, Adjointe au Maire de Paris, Vice-présidente du Conseil général représente l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)

Mme. Nelly BAUDRON (suppléante)

M. Dominique SACHER, Vice-président du Comité d'orientation stratégique, Administrateur dans le réseau UNIOPSS, Union nationale inter-fédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

M. Gérard MICHELITZ, Directeur de l'établissement public médico-social départemental (EPMSD), représentant le Groupe national des établissements et services publics sociaux (GEPSO)

M. Ignace LEPOUTRE (suppléant)

Mme. Mireille PRESTINI, Directrice du Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée du Nord Pas-de-Calais (Créai), Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (ANCREAI)

M. Jean-Claude THIMEUR (suppléant)

Mme. Isabelle BARGES, Vice-présidente jusqu'au 10 septembre 2012 et Présidente de la section « Personnes âgées » depuis le 21 septembre 2012, directrice du département formation et qualité de vie de la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)



Mme. Sandra BERTEZENE (suppléante)

Mme. Clara MARTIN-PREVEL, Responsable département développement à l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR)

M. Christian FOURREAU (suppléant)

M. Serge HEUZÉ, Représentant l'Association des IEP et de leurs réseaux (AIRE)

M. Yves MATHO (suppléant)

Mme. Guenaëlle HAUMESSER, Directrice du réseau famille à l'Union nationale mutualiste des personnes âgées et personnes handicapées (UNMPAPH), représentant la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

Mme. Carine PENOCCHI (suppléante)

Mme. Marie ABOUSSA, Directrice Déléguée à la Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales (FEGAPEI)

Mme. Claire BOUSSION (suppléante)

Mme. Marie VILLEZ, Directrice de l'établissement médico-social LE CEDRE BLEU représentant la Fédération Addiction

M. Louis-Michel RELIQUET (suppléant)

REPRÉSENTANTS DES DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENTS

M. Jean-Marie SIMON, Président de la section « Enfance », Secrétaire national de l'Association de directeurs, cadres de direction et certifiés de l'École des hautes études en santé publique (ADC/EHESP)

M. Laurent VIGLIENO (suppléant)

M. André DUCOURNAU, Président du Comité d'orientation stratégique, directeur général de l'Association régionale pour la sauvegarde de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte (ARSEAA), représentant le Groupement national des directeurs généraux d'association du secteur éducatif, social et médico-social (GNDA)

M. Patrick ENOT (suppléant)

M. Gérard ZRIBI, Directeur général de l'Afaser, représentant l'Association nationale des directeurs et des cadres des ESAT (ANDICAT)

M. Dominique GALLAY (suppléant)

Mme. Françoise TOURSIERE, Directrice de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA), Remplacée par Céline JOUFROY depuis le 21 février 2012

Remplacée par Marie-prune CAPELLE depuis le 26 septembre 2012

M. Claudy JARRY (suppléant)

Mme. Sylvie PLATON, Directrice de l'Ehpad « le Cédre », représentant l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)

M. Paul VEROT (suppléant)

Mme. Armelle DE GUIBERT, Présidente de la section « Inclusion sociale », directrice du pôle précarité à l'Association Petits frères des pauvres, représentant l'Association des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux, sociaux et médico-sociaux (D3S)

REPRÉSENTANT DES DIRECTEURS DES ADMINISTRATIONS SOCIALES DES DÉPARTEMENTS

M. Pascal GOULFIER, Directeur général adjoint chargé de la Solidarité au Conseil général de Gironde représentant l'Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements (ANDASS)

M. Jean-Claude PLACIARD (suppléant)

REPRÉSENTANTS DES EMPLOYEURS EN ÉTABLISSEMENT OU SERVICE SOCIAL OU MÉDICO-SOCIAL

M. Hugues VIDOR, Directeur Général de l'ADESSA à Domicile, représentant l'Union des syndicats et groupements d'employeurs représentatifs dans l'économie sociale (USGERES)

M. Jean-Louis LEMIERRE (suppléant)

Mme. Céline POULET, Directrice générale adjoint « Priorités de santé et négociations collectives » représentant l'Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social (UNIFED)

M. Philippe RICHARD (suppléant)

Mme. Valérie BISCHOFF, Directrice du pôle Adultes et travail de la Mutualité Fonction Publique Action Santé Sociale MFPASS – Centre de la Gabrielle, représentant l'Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social (UNIFED)

Mme. Pascale VRHOVAC (suppléante)

MEDEF (en attente de nomination)

REPRÉSENTANTS DES PERSONNELS EXERÇANT EN ÉTABLISSEMENT OU SERVICE SOCIAL OU MÉDICO-SOCIAL

M. Bertrand LAISNÉ, Secrétaire fédéral de la Confédération française démocratique du travail santé sociaux (CFDT)

M. Norbert MARTEAU (suppléant)

Mme. Maya VAIR-PIOVA, Confédération générale du travail (CGT)

M. Pascal CHAVATTE (suppléant)

Mme. Jacqueline BERRUT, Confédération générale du travail - Force ouvrière (CGT-FO)

M. Éric DENISET (suppléant)

M. Jacques DOURY, Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)

Mme. Christine DIVAY (suppléante)

M. Jean-Baptiste PLARIER, Confédération française de l'encadrement (CFE-CGC)

LISTE DES AVIS RENDUS PAR LE COMITÉ D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

Huit avis rendus en 2012

Avis n° 2012-49 favorable (30/01/2012) :

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312-1 du CASF »

Avis n° 2012-50 favorable (30/01/2012) :

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Conduite de l'évaluation interne dans les services à domicile au bénéfice des publics adultes »

Avis n° 2012-51 favorable (11/04/2012) :

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique »

Avis n° 2012-52 favorable (29/06/2012) :

Lettre de cadrage intitulée « L'adaptation de l'accompagnement des travailleurs d'ESAT à leurs besoins et attentes »

Avis n° 2012-53 favorable (29/06/2012) :

Lettre de cadrage intitulée « Programme qualité de vie en maison d'accueil spécialisée (MAS) et foyer d'accueil médicalisé (FAM) »

Avis n° 2012-54 favorable (21/09/2012) :

Lettre de cadrage intitulée « Coordination et coopération entre professionnels pour l'articulation de la prise en charge conjointe et continuité du parcours institutionnel des mineurs concernés par des mesures administratives et judiciaires »

Avis n° 2012-55 favorable (21/09/2012) :

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident »

Avis n° 2012-56 favorable (21/09/2012) :

Lettre de cadrage intitulée « Évaluation interne : repères pour les CHRS »

COMPOSITION NOMINATIVE DU BUREAU DU COMITÉ D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

Quinze membres

Président

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

Vice-président

M. Dominique SACHER, Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

Section Personnes âgées

M. Philippe RODRIGUEZ, Président de la section Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) jusqu'au 25 juin 2012 et remplacé par Mme Isabelle BARGES depuis le 21 septembre 2012

Mme. Isabelle BARGES, Vice-présidente de la section, Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA) jusqu'au 10 septembre 2012 et remplacé par Monsieur Jean-Claude JAMOT - Génération Mouvement « Les Aînés Ruraux » depuis le 25 janvier 2013

Section personnes handicapées

M. Thierry NOUVEL, Président de la section, Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI)

Mme. Catherine WARTEL, Vice-présidente de la section, Association des paralysés de France (APF)

Section enfance

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

M. Emmanuel FAYEMI, Vice-président de la section, La Convention nationale des associations de protection de l'enfant (LA CNAPE)



Section inclusion sociale

Mme. Armelle DE GUIBERT, Présidente de la section, Association des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux et médico-sociaux (D3S)

Mme. Henriette STEINBERG, Vice-présidente de la section, Secours populaire français

Représentants des usagers et autres membre

M. Marcel HÉRAULT, Fédération française sésame autisme

M. Philippe LEMAIRE, France terre d'asile

M. Jean CANNEVA, Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)

Autres membres

M. Serge HEUZÉ, Association des IEP et de leurs réseaux (AIRE)

ANNEXE 6 : composition du Conseil scientifique (arrêté de nomination du 28 mars 2012)

QUINZE MEMBRES

Mme. Annie FOUQUET, Présidente du Conseil scientifique de l'Anesm, inspectrice générale, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), en cessation d'activité ;

Mme. Brigitte BOUQUET, professeur émérite du CNAM, en cessation d'activité

M. Sylvain CONNANGLE, Directeur établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) La Madeleine

Mme. Chantal DESCHAMPS, chargée de mission à l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, en cessation d'activité, (démission en date du 18 octobre 2012) ; (en attente de nomination)

M. Roland GEADAH, Directeur du centre international de consultation d'études et de recherches et de formation (Cicerf)

Mme. Catherine GRENIER, Directrice de pôle à la HAS

M. Marcel JAEGER, professeur CNAM, titulaire de la Chaire de travail social et de l'intervention sociale

M. Didier JAYLE, professeur CNAM, titulaire de la Chaire d'addictologie

M. Claude JEANDEL, professeur de médecine au CHRU de Montpellier

Mme. Marie-Paule MARTIN-BLACHAIS, Directrice du GIP « Enfance en danger »

M. Jean DE KERVASDOUE, professeur Cnam, titulaire de la Chaire d'économie et de gestion des services

M. Arnaud VINSONNEAU, gérant de l'EURL Arnaud Vinsonneau Formation Conseil Accompagnement

Mme. Anne SADOULET, chargée de mission DRJSCS Midi-Pyrénées

M. Pierre SAVIGNAT, ancien élève de l'EHESP, maître de conférence associé à l'université Grenoble 2, directeur de l'hôpital de Tournon

M. Claude VOLKMAR, Directeur du Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (Creai) Rhône-Alpes et 75

LISTE DES AVIS RENDUS PAR LE CONSEIL SCIENTIFIQUE

Cinq avis rendus en 2012

Avis n° 2012-37 favorable (29/05/2012) :

Modèle d'abrégé du rapport d'évaluation externe

Avis n° 2012-38 favorable (29/05/2012) :

Modèle de synthèse de l'évaluation externe

Avis n° 2012-39 favorable (18/09/2012) :

Lettre de cadrage intitulée : « Coordination et coopération professionnels pour l'articulation de la prise en charge conjointe et continuité du parcours institutionnel des mineurs concernés par des mesures administratives et judiciaires ».

Avis n° 2012-40 favorable (18/09/2012) :

Lettre de cadrage intitulée « Évaluation interne : repères pour les CHRS »

Avis n° 2012-41 favorable (18/09/2012) :

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident »

ANNEXE 7 : les conventions

ANESM/MINISTÈRE EN CHARGE DE LA SANTÉ

Convention de services et de communications signée le 9 novembre 2012 ayant pour objet de définir les services informatiques et de communications fournis par le Ministère pour permettre le bon fonctionnement de l'Anesm ainsi que les conditions de leur remboursement par l'Anesm au Ministère.

ANESM/UNIVERSITÉ PARIS DAUPHINE

Contrat de recherche signé le 13 septembre 2011 ayant pour objet de définir les modalités de collaboration entre les parties afin de conduire des travaux de recherche.

ANESM/ANAP

Convention cadre signée le 13 décembre 2010 ayant pour objet de définir les conditions de coopération entre l'Anesm et l'ANAP sur leurs missions respectives.

ANESM/HAS

Accord cadre signé le 14 juin 2010 ayant 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.

ANESM/SCIE

Convention signée le 24 novembre 2009 ayant pour objet de définir comment le SCIE et l'Anesm collaboreront et mutualiseront leurs expériences respectives et se feront mieux connaître en Europe.

ANESM/ANSP

Convention signée en novembre 2008 ayant pour objet de définir les domaines d'intérêts communs aux deux parties, l'objet et les modalités de leur coopération.

ANESM/ONED

Convention signée le 30 septembre 2008 ayant pour objet l'engagement des parties à une information réciproque sur les projets et travaux conduits sur la protection de l'enfance dans le cadre des missions respectives des deux institutions.

ANESM/HAS, APHP, FNMF, UNAPEI, CNSA, INPES

Convention signée le 15 juillet 2008 ayant 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.

ANESM/LES ATELIERS DU BOCAGE

Convention signée en 2009 ayant pour objet la collecte gratuite des cartouches usagées d'imprimantes ou de fax (laser et jet d'encre), les bidons de toner des photocopieurs, les rubans d'imprimantes matricielles et leurs emballages plastiques et aluminium.

ANESM/DPJJ

Convention signée le 2 janvier 2009 ayant pour objet de permettre à la DPJJ de mettre à la disposition de l'Anesm un fonctionnaire de catégorie A des services déconcentrés de la protection judiciaire de la jeunesse.

ANESM/DAGPB

Convention signée en 2008 ayant pour objet le remboursement à la DAGPB des frais engagés pour le compte de l'Anesm dans l'attente de la mise en place effective de son budget intervenue le 30 avril 2007.

ANESM/CNSA

Convention signée en 2007 ayant pour objet de déterminer les modalités et la périodicité de versement à l'Anesm de la dotation globale prévue à l'article L. 14-10-5 du CASF ainsi que les informations et les pièces justificatives qui doivent être communiquées à la CNSA.

ANNEXE 8 : glossaire des acronymes

A

ACT

Appartement de coordination thérapeutique

AEMO

Service d'action éducative en milieu ouvert

ARS

Agence régionale de santé

ASE

Aide sociale à l'enfance

C

CAARUD

Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues

CADA

Centre d'accueil pour demandeurs d'asile

CAMSP

Centre d'action médico-sociale précoce

CAVA

Centre d'adaptation à la vie active

CCAA

Centre de cure ambulatoire en alcoologie

CHRS

Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CMPP

Centre médico-psycho-pédagogique

CPH

Centre provisoire d'hébergement

CPO

Centre de préorientation

CPOM

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CROSMS

Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale

CRP

Centre de réadaptation professionnelle (ou de rééducation professionnelle)

CSAPA

Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSST

Centre spécialisé de soins pour toxicomanes

CVS

Conseil de la vie sociale

D

DIPC

Document individuel de prise en charge

DRJSCS

Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

E**EHPAD**

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESAT

Établissement et service d'aide par le travail

ETP

Équivalent temps plein

F**FAM**

Foyer d'accueil médicalisé

FINESS

Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FJT

Foyer de jeunes travailleurs

I**IME**

Institut médico-éducatif

ITEP

Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

L**LHSS**

Lit halte soins santé

M**MAS**

Maison d'accueil spécialisée

MECS

Maison d'enfants à caractère social

O**OASP**

Organisme agréé de service à la personne

P**PJJ**

Protection judiciaire de la jeunesse

PNL

Privé non lucratif

S**SAD**

Service à domicile

SAMSAH

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS

Service d'accompagnement à la vie sociale

SESSAD

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SPASAD

Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SSIAD

Service de soins infirmiers à domicile

ANESM

53 boulevard Ornano - Pleyad 3

93200 Saint-Denis

T 01 48 13 91 00

www.anesm.sante.gouv.fr

Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables - Septembre 2013