

2013



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 en chiffres	4
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
La participation de l'Anesm aux groupes de travail conduits par d'autres institutions	16
Les études, supports des pratiques et de la mise en œuvre de l'évaluation interne	21
Le programme de travail 2014	25
L'appropriation des recommandations par les professionnels	30
PARTIE 2	
L'ANESM, UN ACTEUR DU DISPOSITIF DE RENOUVELLEMENT DES AUTORISATIONS	40
Rappel du dispositif relatif à l'évaluation des pratiques et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux	41
Les actions conduites par l'Anesm pour la promotion de l'évaluation	43
L'habilitation des organismes et leur contrôle	48
Les résultats de l'évaluation externe	56
PARTIE 3	
DONNÉES ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES	70
Données administratives	71
Données financières	76
ANNEXES	
ANNEXES 1 à 9	80



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

Le dispositif de promotion de l'évaluation renforcé

Dans le cadre de l'évaluation continue des activités et prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), l'Anesm a poursuivi en 2013 la production de nouveaux travaux : 14 recommandations de bonnes pratiques professionnelles dont 5 publiées et la réalisation de 3 enquêtes relatives au déploiement des pratiques professionnelles dans les ESSMS.

Par ailleurs, à l'approche de l'échéance légale de transmission du rapport d'évaluation externe pour les structures autorisées avant le 2 janvier 2002, l'Agence a renforcé l'outillage et la promotion de l'évaluation par la mise en place d'un dispositif d'accompagnement spécifique, tant pour les ESSMS, que pour les autorités, en :

- fournissant les avis sur les reconnaissances d'équivalences entre certifications et évaluation ;
- appuyant les autorités lors des journées qu'elles organisaient au profit des ESSMS ;
- et en réunissant conjointement avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), les Autorités de l'État et les Conseils généraux (CG) lors de 3 journées dédiées à ces sujets.

Outre ce dispositif, l'Anesm en complément des actions entreprises par les fédérations et les autorités a préparé pour les organismes qui peinaient à s'engager dans la démarche d'évaluation :

- un guide d'aide à la contractualisation à destination des structures isolées ou en manque de ressources ;
- 100 demi-journées à l'initiative des Agences régionales de santé (ARS), Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et des CG pour aider les dernières structures les plus en difficulté à s'engager dans la démarche d'évaluation externe.

Enfin, 5 journées réunissant les organismes habilités ont été organisées par l'agence, en vue de les informer sur les questions de situations de conflit d'intérêt, ainsi que sur les diligences à opérer afin de produire des rapports complets et suffisamment documentés.

Au 31 décembre 2013, 28,37 % des 24 512 établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) devant leur réaliser leur évaluation avant le 3 janvier 2015 l'avaient fait. Un chiffre encourageant qui tend à s'amplifier d'ici la fin de l'année 2014.

L'Anesm en chiffres

Développement des Bonnes pratiques

- 42** recommandations de bonnes pratiques professionnelles (33 publiées en 2013 et 8 en cours d'élaboration ou de finalisation en 2014)
- 27** fiches de synthèse et **25** éléments d'appropriation des recommandations publiés
- 242** groupes de travail (pilotage Anesm) dont 36 en 2013
- 10** enquêtes réalisées depuis 2009 (dont 2 publiées en 2013 et 3 en cours)

Information/Diffusion des Bonnes pratiques

- 20 448** recommandations de bonnes pratiques professionnelles diffusées en 2013
- 457 976** visites sur le site internet en 2013 (+23,65 %)
- 239 238** nouveaux visiteurs en 2013 (+18,67 %)
- 1 951 529** pages internet vues en 2013 (+7,66 %)
- 330 774** téléchargements de recommandations en 2013
- 332 948** téléchargements de documents d'appui des recommandations en 2013

Habilitations

Au 31 décembre 2013, **1 151** organismes sont habilités, dont 253 cette année

L'avancée de l'évaluation externe

- 28,37 %** des ESSMS engagés dans une démarche d'évaluation externe au 31 décembre 2013
- Soit **6 956** structures dont 4 946 ESSMS ayant finalisé leur évaluation externe



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'Anesm est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les ESSMS dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'Agence est constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'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 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, à habilitier 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 notamment en vue 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 dotée d'une instance de gestion, d'une part, l'**Assemblée générale** qui adopte le programme de travail et le budget et d'autre part, de deux instances délibératives et consultatives :

- 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 qui participe à l'élaboration du programme de travail de l'Anesm.

Les champs 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'addictologie... 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.



**En 2012,
71 %
des ESSMS sont
engagés dans
un processus
d'évaluation
interne contre
26 % en 2007**

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. Ainsi, au 31 décembre 2013, 28,37 % des 24 512 ESSMS devant réaliser leur évaluation externe au 3 janvier 2015, se sont engagés dans cette démarche.

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.

En 2012, l'Anesm a réalisé sa 4^e enquête nationale sur la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS, d'où sont extraits les chiffres suivants :

- **93 %** des ESSMS sont engagés dans un processus d'évaluation ;
- le niveau d'engagement des ESSMS dans l'évaluation interne s'élève à **71 %**, contre 26 % en 2007 à la création de l'Anesm. S'y ajoutent, **22 %** de structures ayant engagé divers processus d'amélioration de la qualité ;
- **98 %** de l'ensemble des établissements et services connaît au moins une recommandation de l'Agence et **61 %** ont lu au moins 6 recommandations ;
- enfin, **65 %** des établissements et services engagés dans la démarche d'évaluation interne ont directement utilisé les recommandations à cet effet (73 % des Ehpad).



Les recommandations de l'Anesm

À la date de publication de ce rapport d'activité (juillet 2014), trente-six recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont 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 questionnement 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)
- *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

- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, Repérage, Accompagnement* (2014)
- *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 (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad* (2012)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : 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 atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* (2009)

Personnes handicapées

- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) – Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement* (2014)
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – la vie quotidienne, sociale, la culture et les loisirs* (2013)
- *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

- *La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada)* (2014)
- *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.

- Une enquête relative à la participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux : recueil des pratiques et analyse des discours.

- 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.

- Un rapport d'analyse nationale concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Maisons d'accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé (MAS-FAM).

- Un rapport d'analyse nationale concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile.



5
enquêtes

4
rapports
d'analyses
nationale

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 familles¹



Les
recommandations
s'inscrivent
au sein de
7 programmes

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 médicalisé (FAM).

Programme 1 : les fondamentaux

- La bientraitance : définition et repères (2008)
- Le questionnement 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)

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

5 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)
- 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)
- L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure (2013)
- L'adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat (2013)

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 médico-social (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)
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (2013)
- Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) : Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté (juillet 2013)
- Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) : vie quotidienne, sociale, culture et loisirs (décembre 2013)

LES RECOMMANDATIONS PUBLIÉES EN 2013

➤ Cinq recommandations ont été publiées en 2013

L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure – Mai 2013

Cette recommandation a pour vocation principale de servir l'intérêt du mineur/jeune majeur à travers la co-construction de son projet personnalisé. Reposant sur le cadre réglementaire, l'éthique professionnelle et le droit des usagers, ses objectifs sont de :

- rechercher systématiquement l'intérêt du mineur/jeune majeur ;
- promouvoir des pratiques professionnelles qui vont dans le sens de l'intérêt du mineur/jeune majeur ;
- sensibiliser et donner les moyens de développer la participation des usagers au processus d'évaluation de leur propre situation.

L'adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat – Juin 2013

L'objectif de la recommandation est d'identifier et de promouvoir les solutions mises en œuvres au sein des Établissements et services d'aide par le travail (Esat) et celles travaillées avec leur environnement, en vue de construire des réponses adaptées aux besoins et attentes des personnes accompagnées, et améliorer les parcours personnalisés des travailleurs handicapés.

Elle concerne tous les Esat relevant de l'article L. 312-1 5^{1er} alinéa du CASF, quel que soit le public accueilli. Cependant, elle traite particulièrement des adaptations de l'accompagnement des travailleurs handicapés d'Esat en fonction des évolutions constatées pour ce public en termes d'âge, de handicap et de parcours.

Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) : Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté – Juillet 2013

Le programme Qualité de vie en Maison d'accueil spécialisée (MAS) et en Foyer d'accueil médicalisé (FAM) a été engagé par l'Anesm du fait de la grande vulnérabilité des personnes accueillies dans ces structures.

Le premier volet a pour objectif de proposer des repères aux professionnels en vue de favoriser l'expression et la participation des personnes concernant leur accompagnement, le fonctionnement de l'établissement et la vie de la cité.

L'accompagnement à la santé de la personne handicapée – Juillet 2013

Cette recommandation s'adresse à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui accompagnent les personnes handicapées (enfants et adultes).

Son objectif est d'encourager le développement de pratiques et d'organisations susceptibles d'améliorer l'accompagnement de la santé et le parcours de soins de ces personnes. Elle propose des pistes de réflexion et d'action pour aider les professionnels à donner une place centrale aux droits et attentes des usagers.

La recommandation s'appuie sur une conception large du soin, qui englobe la promotion de la santé, les soins (préventifs, curatifs, de réadaptation et palliatifs, tant somatiques que psychiques) et la coordination des soins.

La dimension santé y est abordée comme faisant partie intégrante du projet personnalisé et du projet d'établissement/service.

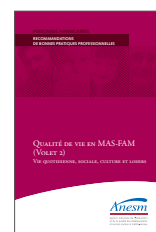
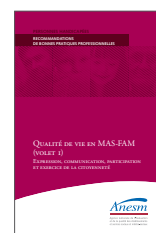
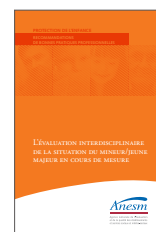
Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) : vie quotidienne, sociale, culture et loisirs – Décembre 2013

Ce second volet propose aux professionnels d'aborder la question de la qualité de vie sous l'angle de la vie quotidienne, sociale, la culture et les loisirs. Il a pour but de fournir aux professionnels des éléments de réflexions et d'actions sur les pratiques visant à promouvoir :

- la qualité de l'accompagnement dans la vie quotidienne ;
- la qualité de vie dans l'accompagnement aux activités.

Sont notamment abordés dans ce volet :

- l'articulation des dimensions thérapeutiques et socio-éducatives de l'accompagnement ;
- la vie relationnelle, sociale et la vie collective ;
- l'habitat et le cadre de vie, dont les aspects architecturaux, l'organisation des espaces collectifs, des unités de vie, le confort lié aux bruits, aux couleurs et à la température.



9 recommandations de bonnes pratiques professionnelles en cours

LES RECOMMANDATIONS POURSUIVIES OU ENGAGÉES EN 2013

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

L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la 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. Le cadre juridique supranational, et notamment la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, donne le droit à chaque enfant de participer à « toutes les décisions le concernant ». Les outils de la loi de 2002-2 et de la loi du 5 mars 2007 relative à la réforme de la protection de l'enfance sont des leviers pour favoriser cette participation.

Cependant, dans le secteur de la protection de l'enfance, la participation se heurte à deux difficultés majeures. D'une part, du fait même de la minorité de ces usagers, les établissements et les accompagnants ont une responsabilité dans leur encadrement. D'autre part, un nombre important de mesures s'exercent dans un cadre contraint, qui peut provoquer un manque d'adhésion à la mesure de la part des parents et/ou du mineur.

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.

Cette recommandation, complémentaire à celle sur « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », a pour objectif de décliner, dans le secteur de la protection de l'enfance, les modalités pratiques d'expression et de participation du mineur, de sa famille et du jeune majeur, tant à son accompagnement individualisé qu'au fonctionnement de l'établissement/service.

L'enquête faite sur les CVS et les autres formes de participation apporte des éléments de terrain complémentaires pour élaborer cette recommandation.

La lettre de cadrage a été présentée aux instances d'avril 2013 et le projet de recommandation aux instances du second trimestre 2014.



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

Rôle et place des CAMSP dans le repérage, le diagnostic et l'intervention précoce

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 portera une attention particulière à la question de l'accompagnement des enfants concernés et de leurs familles.

Par ailleurs, la Conférence nationale de santé (CNS) 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.

La lettre de cadrage a été présentée aux instances de septembre 2013 et le projet de recommandation aux instances de juin 2014.

Au titre du programme 4 : le soutien aux professionnels

Pratiques professionnelles permettant une bonne articulation des mesures civiles et pénales pour le mineur et le jeune majeur

L'objectif des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à cette thématique consiste à promouvoir des pratiques professionnelles permettant de garantir la stabilité et la continuité du parcours des mineurs concernés.

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.

La lettre de cadrage a été soumise pour avis aux instances en septembre 2012 et le projet de recommandation aux instances du premier trimestre 2014.

L'évaluation interne pour les établissements et services du champ de l'inclusion sociale

En 2012, 82 % des établissements et services du secteur de l'inclusion sociale étaient engagés dans la démarche d'évaluation interne et 70 % des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) devaient transmettre leur premier rapport d'évaluation interne avant le 3 janvier 2014.

Néanmoins, les professionnels du secteur sont en attente de références qui permettront d'associer les personnes accueillies dans la démarche et d'interroger les effets de leurs pratiques en vue de les améliorer.

L'objectif de ce travail est de proposer aux professionnels de ces établissements et services une recommandation comportant d'une part des outils méthodologiques pour conduire la démarche et d'autre part des repères spécifiques

pour interroger et suivre les actions et moyens mis en œuvre. Ce travail est réalisé sur le même modèle que les recommandations déjà publiées pour les Ehpad et les services à domicile.

Compte tenu des outils déjà disponibles tels que les guides de la FNARS, le référentiel national des prestations et autres travaux sur le sujet, le groupe de travail s'est mobilisé sur la partie « effets pour les usagers » et les indicateurs de suivi de la qualité.

La lettre de cadrage a été soumise aux instances de l'Agence en septembre 2012, le groupe de travail s'est réuni à cinq reprises en 2013. Un test sur la compréhension, et la faisabilité de 12 indicateurs de pilotage a été réalisé en novembre et décembre 2013.

Le projet de recommandation a été présenté aux instances du second trimestre 2014.

L'évaluation interne : établissements et services mettant en œuvre des mesures éducatives dans le champ 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 questionnements et d'indicateurs de pilotage.

Pour adapter ce questionnaire aux établissements et services intervenant dans le champ de l'enfance, une quarantaine de directeurs et chefs de service vont tester dans un premier temps avec leurs équipes une version de la recommandation (questionnements et indicateurs). Dans un second temps, ces professionnels vont recueillir le point de vue de leurs usagers en mettant en pratique les outils proposés dans la recommandation.

Cette expérimentation permettra de vérifier la faisabilité de la méthode proposée dans ce secteur (en particulier sur la participation des usagers) et d'identifier les conditions d'appropriation du questionnaire évaluatif en vue de les améliorer.

La lettre de cadrage a été présentée aux instances de septembre 2013 et le projet de recommandation sera présenté aux instances du dernier trimestre 2014.

Au titre du programme 6 : les relations avec la famille et les proches

Le soutien des aidants non professionnels de personnes âgées dépendantes, de personnes adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant 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 handicap² et 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, etc.) 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.

La lettre de cadrage a été présentée aux instances de septembre 2013 et le projet de recommandation sera présenté aux instances du second trimestre 2014.

Au titre du programme 7 : la qualité de vie

Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement

Difficile à repérer du fait notamment d'une symptomatologie souvent masquée par d'autres pathologies liées au vieillissement, la souffrance psychique de la personne âgée est fréquemment banalisée.

Pourtant, 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 à domicile.

L'objectif du travail proposé est de sensibiliser les professionnels des services à domicile et des établissements d'hébergement à la notion de souffrance psychique, de les guider dans le repérage des signes de souffrance psychique et dans la mise en place d'un accompagnement pluridisciplinaire de cette souffrance. La gestion des situations de crise, et notamment des crises suicidaires avec risque de passage à l'acte est également évoquée au sein de cette recommandation.

Le projet de recommandation a été présenté aux instances du premier trimestre 2014. Mise en ligne de la recommandation en mai 2014.

² 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.



Qualité de vie en Maison d'accueil spécialisée et en Foyer d'accueil médicalisé (volet 3) Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement

Le parcours comporte une dimension temporelle et une dimension spatiale (CNSA).

Pour les professionnels des MAS et des FAM, la question du parcours implique de mener une réflexion sur les pratiques pour :

- évaluer tout au long de la vie d'une personne ses besoins et ses attentes, écouter et faire émerger sa parole afin d'aborder le parcours dans son caractère dynamique ;
- coordonner et articuler les différents accompagnements dans le temps et dans l'espace ;
- assurer la prévention et l'anticipation des risques de situations de rupture.

La lettre de cadrage du programme a été présentée aux instances de juin 2012. Mise en ligne en juillet 2014.

La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada)

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. 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 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 ces missions. Il apparaît donc nécessaire de proposer dans une recommandation de bonnes pratiques professionnelles, les éléments pour permettre aux établissements d'avoir des repères mieux adaptés en vue d'améliorer leurs activités et la qualité de leurs prestations.

Le projet de recommandation a été présenté aux instances de mars 2014. Mise en ligne de la recommandation en juin 2014.

En 2013, plus de 900 personnes ont directement participé aux travaux de l'Anesm³. 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 de ses publications⁴.

36
recommandations
de bonnes
pratiques
professionnelles
disponibles
(juillet 2014)

³ Source Anesm. Participants aux groupes de travail, groupes de lecture, groupes de cotation, sites visités, personnes ressources dans le cadre de la participation aux travaux de l'Agence.

⁴ Le tableau est en ligne sur le site de l'Anesm <http://www.anesm.sante.gouv.fr/> rubrique Publications.



La participation de l'Anesm aux groupes de travail conduits par d'autres institutions

Membre
de **6**
comités
nationaux

TRAVAUX TRANSVERSAUX

Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD)

L'Anesm siège au comité plénier et participe à trois groupes de travail :

- le groupe sur la promotion de la bientraitance dont elle est le rapporteur. Le rapport a été remis en janvier 2014 ;
- le groupe sur la prévention du suicide chez les personnes âgées. Le rapport a été remis en octobre 2013 ;
- le groupe sur les droits et l'éthique de la protection des personnes.

L'avancée en âge des personnes handicapées

L'Anesm participe de à ce groupe de travail animé par Monsieur Patrick Gohet, membre de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Observatoire national du suicide

Cet observatoire a pour mission « d'améliorer la connaissance des mécanismes conduisant aux suicides et de mieux coordonner et exploiter les différentes données existantes » ...« il devra également évaluer les politiques publiques de lutte contre le suicide, et produire des recommandations, particulièrement dans le champ de la prévention ». L'Anesm est membre de cet observatoire.

DANS LE SECTEUR DES « PERSONNES HANDICAPÉES »

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 a participé à l'élaboration d'un cadre d'évaluation de ces structures⁵.

⁵ cf. Instruction Direction Générale de la Cohésion Sociale aux Agences Régionales de Santé du 28 juillet 2010.

L'Agence 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.

Comité national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

L'Anesm a participé au groupe de travail portant sur l'accompagnement des personnes ayant un handicap psychique afin de garantir la cohérence des travaux avec la recommandation portant sur ce même thème prévue en 2014.

Par ailleurs, l'Anesm est également membre des comités suivants :

- Comité de suivi du programme psychiatrie et santé mentale de la HAS
- Comité national autisme
- Comité interministériel du handicap

DANS LE SECTEUR DES « PERSONNES ÂGÉES »

Observatoire national de la fin de vie : étude « Fin de vie en Ehpad »

En collaboration avec l'Anesm et la Fédération des associations de médecins coordonnateurs, l'observatoire national de la fin de vie (ONFV) a mis en place une enquête rétrospective nationale, menée auprès de l'ensemble des Ehpad implantés en France métropolitaine et ouverts au 31 décembre 2011.

Grâce à un questionnaire de 3 pages, les médecins coordonnateurs des Ehpad ont été invités à décrire la façon dont leur établissement organise l'accompagnement de la fin de vie, et à enregistrer le lieu de décès de l'ensemble des résidents décédés en 2012.

Dans la dernière partie du questionnaire, il a été demandé aux médecins coordonnateurs d'identifier les 5 décès les plus récents survenus au sein même de l'Ehpad, et de recueillir des données détaillées sur les deux dernières semaines de vie des résidents décédés de façon « non-soudaine et plus ou moins attendue », en s'aidant si besoin du dossier médical des résidents.

Au total, 3 705 établissements ont participé à l'étude. Le taux de réponse à l'échelle nationale a été de 53 %. Cet échantillon d'Ehpad est représentatif de l'ensemble des établissements de France métropolitaine.

Les répondants ont enregistré 74 920 décès survenus entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012, dont 70 606 pour lesquels le lieu de décès des résidents est renseigné.

Enfin, l'échantillon de « situations de fin de vie » correspond à un total de 15 276 résidents décédés de façon non-soudaine au sein même d'un Ehpad.

Les résultats complets de l'étude sont disponibles sur le site de l'ONFV.

Observatoire national de la fin de vie : « Fin de vie : le vécu des résidents en Ehpad »

L'Anesm a participé au comité de pilotage d'une étude qualitative en deux volets :

- **Volet n° 1** : entretiens individuels auprès de résidents (en fin de vie ou non), dans un panel de 6 établissements, répartis dans 3 régions différentes (Île-de-France, Bourgogne et Nord-Pas-de-Calais). Ces entretiens, intégralement retranscrits permettent d'explorer la façon dont les résidents appréhendent la question de la fin de leur vie et de leur accompagnement.
- **Volet n° 2** : enquête par questionnaire ouvert auprès des familles des résidents accueillis dans chacun des 6 Ehpad investigués dans le volet 1. Ces questionnaires, transmis par l'intermédiaire des directeurs et/ou médecins coordonnateurs, permettent de comprendre comment les familles « vivent » et perçoivent la perspective de la fin de vie de leur proche. Dans chaque établissement, cette étude est complétée par un focus-groupe avec les familles.



Membre de 3 observatoires

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 2013, la priorité retenue et sur laquelle les documents ont été construits était la prévention et prise en charge des chutes des résidents en Ehpad.

Comité « Avancée en âge »

Installé en octobre 2012 par Madame Delaunay, ministre déléguée auprès de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, en charge 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. Les travaux se sont poursuivis en 2013 et le rapport confié à Jean Pierre Aquino, directeur médical et président du comité « Avancée en âge » a été remis en mars 2013. Les travaux sur la prévention graduée ont continué et les préconisations en découlant devraient éclairer la partie « anticipation » de la future loi sur l'autonomie.

Plan personnalisé de santé

Dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA), l'Anesm a participé aux travaux de la HAS sur la modélisation d'un plan personnalisé de santé (PPS). Le PPS est un plan d'actions concernant les personnes dont la situation rend utile un travail formalisé entre acteurs de proximité.

Groupe de travail n° 3 plan national maladies neurodégénératives

À la suite de l'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012, ont été mis en place plusieurs groupes de travail pour l'élaboration d'un plan maladies neurodégénératives. L'Anesm a été invitée à participer au troisième groupe portant sur l'identification des mesures et actions pour adapter la société, et accompagner l'évolution des pratiques dans une démarche respectueuse d'éthique, de qualité et de bientraitance. Ce groupe dont la DGCS est rapporteur correspond à deux approches différentes :

- la première s'adresse à la « société civile ». Il s'agit de formuler des propositions au sujet des questions éthiques que soulèvent ces maladies, de la recherche sur la qualité de vie des malades et « pour une société plus inclusive ». Il est également question de mieux prendre en charge le couple « aidant-aidé » en travaillant sur son environnement de vie, dans la cité, afin qu'il respecte davantage le droit et la dignité des personnes.
- La seconde s'adresse aux professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire: il s'agit d'inscrire le changement de regard et l'amélioration continue des démarches et pratiques dans le quotidien des professionnels de la santé et de la sphère sociale, durablement.

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.

Étude des besoins des personnes de 65 ans et plus, fragiles, vulnérables et/ou en perte d'autonomie, au domicile

L'Anesm a été interviewée dans le cadre de cette enquête diligentée par la Fondation Médéric Alzheimer.



Enquête auprès des mandataires judiciaires à la protection des majeurs exerçant des mesures pour des personnes atteintes de troubles cognitifs

Participation au comité de pilotage de l'enquête menée par la fondation Médéric Alzheimer.

Réunions de concertation pour le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (anticipation, autonomie, accompagnement)

La concertation sur la loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement a été lancée par le Premier Ministre, le vendredi 29 novembre 2013. Elle s'est déroulée du 2 décembre 2013 au 31 janvier 2014. L'Anesm a participé aux différentes réunions organisées dans le cadre de cette concertation.

DANS LE SECTEUR DES SERVICES À DOMICILE

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. 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 « *Recueil commenté des normes et des recommandations applicable aux SSIAD* ».

DANS LE SECTEUR DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Programme de travail national pour accompagner les évolutions de l'offre médico-sociale en Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep)

L'Anesm participe à ces travaux dont les objectifs sont :

- de progresser sur l'évaluation et la connaissance des besoins des jeunes engagés dans un processus handicapant en raison de troubles psychologiques et sur la compréhension des modes de coopération développés au niveau territorial ;
- d'améliorer la continuité du parcours des enfants et adolescents en ITEP et la qualité de leur accompagnement ;
- d'accompagner l'adaptation de l'offre actuelle et l'évolution de la réglementation.

DANS LE SECTEUR DE L'INCLUSION SOCIALE

Étude sur « L'organisation des structures d'accueil pour les demandeurs d'asile en France »

Cette étude a été réalisée par le Réseau européen des migrations (REM) en août et septembre 2013. Elle a pour objectif d'analyser le fonctionnement du dispositif d'accueil pour demandeurs d'asile en France, actuellement en pleine réforme, au regard de la refonte du paquet Asile à l'échelle européenne. L'Anesm a participé à la relecture du rapport.

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).

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) engagés 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.

CONTRIBUTIONS DE L'ANESM AUX INSTANCES D'AUTRES INSTITUTIONS

L'Anesm est membre du conseil scientifique de la CNSA, du conseil scientifique de l'ANAP, du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS), du Conseil supérieur du travail social et de la Conférence Nationale de santé.

RÉPONSES AUX QUESTIONS DES PROFESSIONNELS

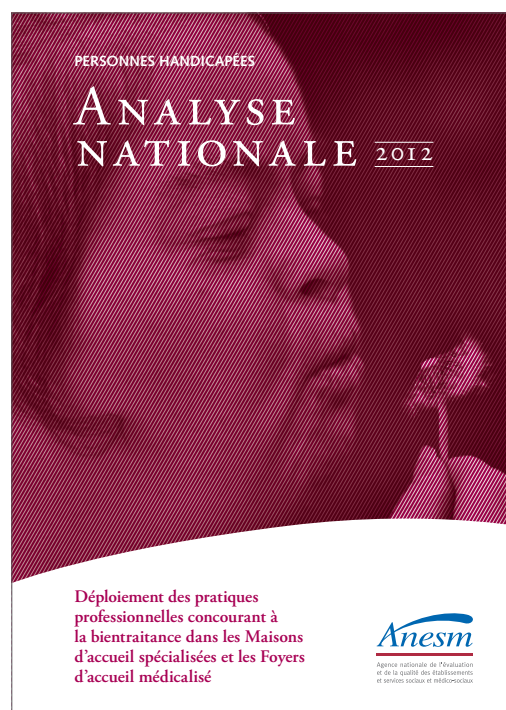
En 2013, **337 questions** ont été adressées au service pratiques professionnelles concernant pour moitié l'évaluation et pour moitié des pratiques professionnelles dans les quatre secteurs de l'Anesm. Si certaines questions sont simples, d'autres nécessitent de la part du service des temps de recherche plus ou moins long pour pouvoir apporter une réponse pertinente. Cette activité croît chaque année (2012 : 200 questions) témoignant d'une meilleure visibilité de l'Anesm auprès des professionnels.

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

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

Dans la continuité des enquêtes « Bientraitance » réalisées les années précédentes auprès des Ehpad, l'Anesm a invité en 2012 les MAS et les FAM à s'inscrire dans une démarche similaire d'auto-évaluation de leurs pratiques.

Deux objectifs majeurs sous-tendent cette enquête : engager les professionnels dans cette démarche et réaliser un état des lieux national des pratiques de bientraitance dans ces établissements.



Parmi les points notables qui ressortent de cette enquête à laquelle **plus de trois quarts des MAS et FAM** ont participé, on observe que :

- L'accueil et l'évaluation initiale font l'objet d'une attention importante : presque tous les établissements organisent systématiquement une visite (94 %), un temps d'observation pour penser l'accueil et le futur projet personnalisé (87 %), ainsi que le recueil des habitudes de vie des usagers (94 %).
- 85 % des établissements formalisent, pour l'ensemble de leurs usagers, des projets élaborés en équipe pluridisciplinaire qui intègrent toutes les dimensions de l'accompagnement. Cependant, ces projets ne sont pas toujours co-construits avec les usagers notamment en MAS.
- Malgré les difficultés rencontrées, le fonctionnement des établissements permet globalement à la majorité des usagers de réaliser des activités individuelles ou collectives.
- 94 % des structures ont un CVS au moment de l'enquête. Il permet toujours l'expression et la prise en compte de la parole des usagers d'après 72 % des FAM et 57 % des MAS.
- 85 % des usagers bénéficient de la liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement, et 47 % à l'extérieur de l'établissement. Par ailleurs, 2 établissements sur 3 proposent régulièrement des initiatives pour ouvrir l'établissement à et sur l'extérieur.
- La continuité des soins est globalement assurée, mais avec plus ou moins de difficultés selon les périodes :
 - Le jour ne pose pas de difficulté pour 93 % des établissements.
 - La nuit ne pose pas de difficulté pour 70 % des établissements.

L'ensemble de ces points est détaillé dans le rapport d'enquête et sa synthèse⁶ en ligne sur le site de l'Anesm rubrique Évaluation interne.

2 objectifs majeurs :
 engager les professionnels dans une démarche d'auto-évaluation et réaliser un état des lieux national des pratiques de bientraitance

⁶ La synthèse de l'enquête est disponible en annexe 4 du rapport d'activité.

Le CVS, un outil destiné à garantir les droits des usagers et leur participation au fonctionnement de l'établissement d'accueil

L'ENQUÊTE RELATIVE À LA PARTICIPATION DES USAGERS AU FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

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 ESSMS⁷ et sa prise en compte dans la vie de l'établissement est à « géométrie variable ».

Afin de dresser un état des lieux de la mise en place des modalités de participation au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux, l'Anesm a inscrit à son programme de travail 2013 une étude sur le sujet.



Cette enquête a eu pour objectifs d'établir un état des lieux sur les différentes formes de participation et d'en identifier les points positifs et les axes d'amélioration. Elle a permis la confrontation des points de vue des différents acteurs au sein des établissements médico-sociaux sur la question de la participation des usagers, autour des questions suivantes :

- Quelles sont les pratiques mises en place pour favoriser la participation des usagers ?
- Comment fonctionnent les CVS ?
- Dans les établissements n'ayant pas l'obligation légale de mettre en place un CVS, quelles sont les instances de participation créées ?
- Quels sont les facteurs de réussite, mais aussi les freins à une plus grande participation des usagers ?
- Comment une même loi et un même décret d'application sont-ils mis en place dans des structures aussi diverses et accueillant des publics différents ?
- Comment tous les acteurs, que ce soient les personnels de direction, les professionnels, les usagers, les familles, vivent-ils la participation au quotidien ?

⁷ Enquête nationale 2010 : Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La méthodologie retenue a été celle de l'enquête **qualitative**, réalisée auprès d'un panel de 33 établissements et services sociaux et médico-sociaux, volontaires, et représentatifs du secteur :

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

L'enquête qualitative a été réalisée au premier semestre 2013 au sein de ces 33 établissements et services. 180 entretiens semi-directifs, d'une durée moyenne de 45 minutes, ont été menés auprès de 361 personnes, impliqués ou non dans les instances de participation (30 personnels de direction, 19 représentants d'organismes gestionnaires, 127 professionnels, 142 usagers, 43 familles/proches).

Le rapport final, ainsi que sa synthèse⁸ seront mis en ligne sur le site de l'Anesm.

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 (SSIAD) ET LES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE (SAD)

Depuis 2009, l'Anesm réalise des enquêtes « bientraitance » en Ehpad (2009-2010-2013). En 2012, elle a élargi ce programme aux MAS et aux FAM.

En 2013, l'Anesm a également proposé ce même type d'enquête aux services à domicile intervenant auprès de publics adultes fragiles. Celle-ci, se décline en deux volets.

Volet 1 : enquête nationale par questionnaire auprès des services à domicile accompagnant un public adulte

Le questionnaire a pour objectif d'identifier le degré de déploiement des pratiques concourant à la qualité de vie à domicile des usagers tout en prenant en compte l'environnement de la personne qui lui permet de se maintenir à domicile.

Ce volet 1 concerne les services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés ou agréés fonctionnant sur un mode prestataire et mandataire (SAD), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) intervenant auprès :

- de personnes âgées (6° du L. 312-1 du CASF) ;
- de personnes en situation de handicap (7° du L. 312-1 du CASF) ;
- de personnes atteintes de maladie chronique (7° du L. 312-1 du CASF) ;
- de familles fragilisées (1° du L. 312-1 du CASF).

Volet 2 : enquête qualitative de recueil d'avis menée auprès des personnes âgées et de leurs proches

Ce deuxième volet est réalisé en partenariat avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et avec l'appui d'un prestataire. Il a pour objectif de connaître la perception qu'ont les personnes âgées à domicile (GIR 1 à GIR 6) et leurs proches en termes de qualité des prestations proposées en précisant celles qu'ils jugent indispensables à leur maintien à domicile.



Enquête CVS menée auprès de **33** établissements et services

180 entretiens

361 personnes interrogées

En 2013, l'Anesm a également mené une enquête nationale à destination des services à domicile intervenant auprès de publics adultes fragiles

⁸ Les documents seront en ligne sur le site de l'Anesm en juillet 2014.

3 999
questionnaires
exploités

Les personnes âgées enquêtées sont accompagnées par des SAD, SSIAD ou SPASAD.

Au total **11 629** services ont été invités à participer à cette enquête à partir des bases FINESS et nOva. **4 146** questionnaires ont été enregistrés. **3 999** questionnaires ont pu être exploités.

- Pour la base FINESS le taux de participation est de 59 % ;
- Pour la base nOva le taux de participation est de 25 %.

Pour chaque type de service, cela représente :

Type de service	Nombre de services invités à participer à l'enquête	Nombre de questionnaires exploitables reçus	Taux de participation
SSIAD	2075	1408	68 %
SAVS	952	390	41 %
SAMSAH	309	170	55 %
SPASAD	83	63	76 %
SAAD-SAD	8210	1968	25 %

Retrouvez le focus sur les conclusions du volet 1 de l'enquête page 32 du rapport d'activité.

APPEL À CONTRIBUTIONS SUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration d'une recommandation de bonnes pratiques professionnelles portant sur les « **Spécificités de l'accompagnement des événements du parcours personnel des personnes en situation de précarité** », l'Anesm a lancé fin 2013 une enquête par questionnaire auprès des professionnels du secteur de l'inclusion sociale. Son objectif, identifier les événements du parcours des personnes en situations de précarité qui leur posent des difficultés d'accompagnement.

Ce questionnaire, relativement court (4 pages de questions fermées) s'est adressé principalement aux accompagnateurs directs : éducateurs, assistants de service social, conseillers en économie sociale et familiale, moniteurs éducateurs, aides médico-psychologique, agents d'accueil.

L'analyse des données recueillies permettra d'élaborer les documents d'appui et la lettre de cadrage de la recommandation.

Le programme de travail 2014

RECOMMANDATIONS

✎ *Les travaux transversaux aux secteurs des « personnes âgées » et des « personnes handicapées »*

Au titre du programme 7 : la qualité de vie

L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes

Les personnes handicapées vieillissent. Alors que l'espérance de vie à la naissance d'une personne atteinte de trisomie 21 était de 9 ans en 1929, elle est de plus de 60 ans actuellement. Les progrès de la médecine, l'amélioration de la qualité de l'accompagnement, la meilleure prise en compte des besoins spécifiques des personnes handicapées sont autant de facteurs favorisant cet allongement de l'espérance de vie.

L'âge moyen des personnes accueillies en établissement pour personnes handicapées progresse : 5 % des personnes accueillies en MAS ont plus de 60 ans (soit une progression de 3 % en 10 ans), 7 % en FAM (soit une progression de 4 % en 10 ans)⁹. En ESAT, la part des 50 ans et plus passe de 5 % en 1995 à 14 % en 2006.

Par ailleurs, soit du fait de l'apparition de déficiences dues à des maladies dont la fréquence augmente avec l'âge (Alzheimer par exemple), soit du fait de rupture de l'équilibre environnemental (vieillesse des parents, décès etc.), l'accompagnement à domicile doit s'adapter à ces spécificités jusqu'à la préparation à une éventuelle entrée en institution.

Il s'agit d'une recommandation qui s'adresse donc :

- aux établissements et services relevant du 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF qui soit :
 - sont confrontés au vieillissement de la population accueillie (foyer d'hébergement, FAM, MAS, SAVS.../...)
 - accueillent exclusivement des personnes handicapées âgées (du type MAPHA...)



- aux établissements et services relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF (EHPAD, SSIAD, SAAD) ;
- aux établissements et services relevant du 8° du I de l'article 312-1 du CASF (en particulier les CHRS LD) qui peuvent également être confrontés au vieillissement de personnes handicapées en situation précaire.

Cette recommandation s'adresse à l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès des personnes handicapées vieillissantes et sera à lire en perspective avec les recommandations déjà publiées. Elle complétera le travail relatif à l'accompagnement des travailleurs en ESAT, à la qualité de vie en MAS-FAM ainsi que celles sur l'accompagnement à la santé de la personne handicapée.

Cette recommandation s'appuiera également sur les travaux de la mission « Avancée en âge des personnes handicapées » conduite par M. Patrick Gohet et à laquelle participe l'Anesm.

⁹ Source : aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes – CNSA – octobre 2010 – page 11.



➤ *Dans le secteur des « personnes handicapées »*

Au titre du programme 5 : les relations avec l'environnement

Accompagnement du passage à la vie d'adulte des personnes mineures handicapées et prévention des situations de rupture dues aux barrières d'âge

Que ce soit à domicile ou en établissement, les enfants handicapés au fur et à mesure qu'ils avancent en âge ont besoin de dispositifs d'accompagnement adaptés à l'évolution de leurs besoins. Ces changements de dispositifs, parfois de lieux de vie, nécessitent de la part des professionnels qui les accompagnent jusqu'à l'âge de 18 ans (voire 20 ans, parfois plus, dans le cadre de l'amendement « Creton »¹⁰) des pratiques spécifiques pour faciliter le changement sans sentiment de rupture dans le parcours.

- Comment accompagner les changements de dispositifs, de structures ?
- Comment accompagner à l'exercice de leurs droits les enfants et leurs parents à certains âges « charnières » : 15, 18, 20 ans ?

Au titre du programme 7 : la qualité de vie

L'accompagnement des personnes ayant un handicap psychique

L'accueil et l'accompagnement dans les structures médico-sociales pour répondre à la problématique du handicap psychique est abordé de façon partielle dans un certain nombre de recommandations : l'accompagnement des travailleurs en ESAT, la qualité de vie en MAS FAM, l'accompagnement à la santé de la personne handicapée, l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

Cependant une recommandation ciblée sur les spécificités de l'accompagnement de ces personnes, que ce soit en établissement ou à domicile pourrait s'adresser aux professionnels qui accompagnent cette population.

¹⁰ Article 22 de la loi n° 89-18 : *L'amendement Creton*.

➤ *Dans le secteur des « personnes âgées »*

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

L'accompagnement des personnes âgées dépendantes vivant à domicile ou en foyer logement

La majorité des personnes âgées dépendantes vivent à leur domicile et le plus souvent souhaitent y vivre jusqu'à la fin de leur vie.

Beaucoup d'entre elles sont accompagnées par des services d'aide à domicile, parfois des services de soins infirmiers à domicile, avec ou sans la présence d'aidants familiaux.

Les recommandations de l'Anesm déjà produites concernent les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mais les pratiques professionnelles des services d'aide/soins à domicile sont différentes de par le contexte de l'exercice au domicile de la personne, la multiplicité des intervenants, le rôle des accompagnants familiaux. Cette recommandation traitera en particulier :

- du repérage de la fragilité (en lien avec les travaux en cours sur ce thème) et de la vulnérabilité (mesures de protection juridique) ;
- de la prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie ;
- de la fin de vie.

➤ *Dans le secteur de la protection de l'enfance*

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

La prise en compte de la santé physique et psychique des enfants dans les établissements et services mettant en œuvre des mesures éducatives dans le champ de l'enfance

Le concept de santé doit être entendu en incluant la santé psychique. Un des points saillants des prises en charge en protection de l'enfance concerne les difficultés psychologiques, voire psychiatriques, des mineurs accueillis ou accompagnés et parfois de leur famille.

L'objectif de cette recommandation est de donner des repères sur les pratiques permettant d'intégrer les éléments liés à la santé et de leur bien-être dans le projet pour l'enfant et le projet personnalisé de l'enfant. La prise en compte de la santé des enfants accueillis en établissement est importante pour leur développement. De même concernant la prise en compte du point de vue de leurs parents et la façon dont ces derniers sont associés ou non au suivi de la santé de leurs enfants.



Au titre du programme 4 : le soutien aux professionnels

L'accompagnement des mineurs étrangers isolés

Les mineurs étrangers isolés (4 à 8 000 enfants de moins de 18 ans, de nationalité étrangère et séparés de leurs parents ou représentants légaux) sont accueillis dans des dispositifs devant leur apporter la possibilité d'être reconnu comme un enfant, de bénéficier d'une protection, d'avoir accès à une scolarisation, à une formation. De plus, ces dispositifs doivent leur permettre d'accéder à un titre de séjour et de bénéficier alors d'un accompagnement qui puisse se poursuivre au-delà de la majorité.

La circulaire relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers du 31 mai 2013 régie dorénavant l'organisation du dispositif de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation.

Or les professionnels sont confrontés à de nombreuses difficultés de prise en charge liées au parcours de vie de ces enfants, aux difficultés administratives et à l'incertitude sur le devenir de ces jeunes après 18 ans. Dans certains départements, ces difficultés de prises en charge sont dues à des besoins dépassant nettement l'offre d'accueil.

➤ Dans le secteur de l'inclusion sociale

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

La prise en compte de la santé physique et psychique des usagers dans les établissements et services du champ de l'inclusion

La prise en compte de la santé physique comme psychique pourra être abordée selon deux axes : celui de l'accès à la prévention et aux soins et celui des déterminants sociaux de la santé.

Sur le premier axe, il pourra être question de l'accès aux droits à la santé et à la facilitation des démarches par des plateformes coordonnées d'affiliation à la Caisse primaire d'assurance maladie et aux mutuelles. Il pourra être abordé la question du non-recours au soin encore appelé renoncement au soin dans un espace contraint. Il pourra enfin aborder la question des actions de prévention par leur thématique, leur mise en œuvre et leur évaluation.



Le deuxième axe insistera sur les modes de coopération nécessaires à mettre en place pour faciliter l'accès à la santé des personnes hébergées dans l'esprit de la charte d'Ottawa, la santé exigeant « un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources ; avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ».

Au titre du programme 7 : la 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 etc.) 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 etc.

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'utilisateur, 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.

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 (bienveillance) 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, 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 nouvelle enquête aura lieu en 2015, mais un questionnaire différent sera élaboré au dernier trimestre 2014.

AUTRES TRAVAUX

Autisme et autres TED : interventions chez l'adulte

L'axe 2 du 3^e plan autisme, « Accompagner tout au long de la vie », prévoit de confier à la HAS et à l'Anesm l'organisation d'une audition publique, préalable à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques, pour permettre un consensus autour des interventions à mettre en œuvre à l'attention des personnes adultes avec autisme tout en améliorant leurs parcours et leur qualité de vie. Les résultats de cette audition publique permettront d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en 2015 à l'instar de celles élaborées pour les enfants avec autisme et autres troubles du développement.

Enfin l'Anesm continuera sa participation aux différents groupes cités dans la partie supra intitulée « La participation de l'Anesm à divers groupes de travail conduits par d'autres institutions ».

Toutes les recommandations sont disponibles sur www.anesm.sante.gouv.fr

20 448 recommandations diffusées

L'appropriation des recommandations par les professionnels

LA DIFFUSION DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont prioritairement mises 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 journées d'information qu'elle organise, 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 tenant compte de ses objectifs de réduction des dépenses. Cependant, les membres des instances de l'Anesm ainsi que les organisations et institutions nationales, régionales et départementales, restent une cible privilégiée, et 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 etc.) ainsi que, sur demande, les services de l'État, les services territoriaux, les instituts de formation etc. Ainsi, l'Anesm a diffusé cette année 20 448 recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Par ailleurs, afin de mieux informer les professionnels sur l'ensemble de ses travaux, l'Anesm a édité cette année un catalogue¹¹ qui présente les outils et publications mis à disposition par l'Agence. Il s'adresse aux professionnels du secteur, aux organismes gestionnaires des établissements, aux représentants d'usagers, usagers et leurs proches, aux organismes habilités chargés de réaliser l'évaluation externe et aux autorités en charge du renouvellement des autorisations, ou encore aux organismes de formation initiale et continue.



¹¹ Le catalogue des outils et publications de l'Anesm est disponible sur son site internet.

La fréquentation du site internet

Source — Google Analytics

Nombre de visiteurs uniques	Nombre de visites	Nombre de pages vues
257 230 (+23,65 %)	457 976 (+18,67 %)	1 951 529 (+7,66 %)

La fréquentation du site de l'Anesm progresse de 18,67 % en nombre de visites¹².

457 976 visites ont été comptabilisées en 2013 contre 385 936 en 2012.

1 951 529 pages ont été vues par 257 230 visiteurs uniques¹³ sur l'année, soit une augmentation de 23,65 % par rapport à 2012.

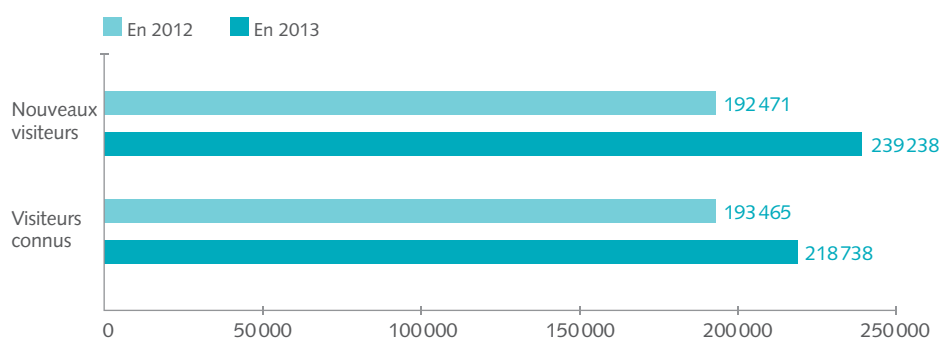
Les résultats pour 2013 confirment la fidélisation des visiteurs du site de l'Agence avec **218 738** internautes qui reviennent sur le site alors qu'ils étaient 193 465 en 2012.



En 2013,
+18,67 %
en nombre
de visites

Évolution des nouveaux visiteurs et visiteurs connus entre 2012 et 2013

Source — Google Analytics



Cette année encore le nombre de nouveaux visiteurs ne cesse de croître et surpasse même le nombre de visiteurs connus avec **46 767** visiteurs supplémentaires en 2013.

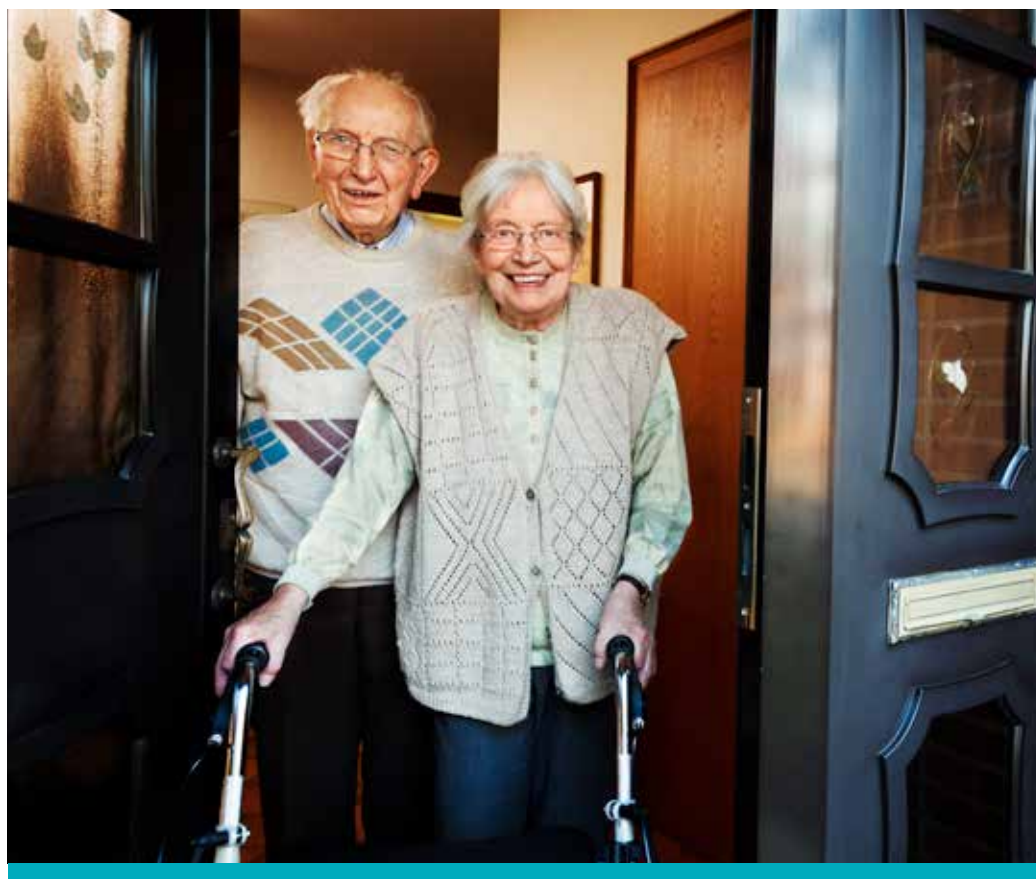
Au total, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (hors documents d'appui) hébergées sur le site internet de l'Anesm, ont fait l'objet de **330 774** téléchargements.

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'appuis s'élèvent en 2013 à **663 722** téléchargements.

+663 722
téléchargements

¹² 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.

¹³ 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.



FOCUS SUR LE DEGRÉ DE DÉPLOIEMENT DES PRATIQUES CONCOURANT À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE DANS LES SERVICES INTERVENANT AUPRÈS D'UN PUBLIC ADULTE À DOMICILE

Comme mentionné dans la première partie du rapport d'activité dédiée aux études, supports des pratiques et de la mise en œuvre de l'évaluation interne (page 23), dans la continuité des enquêtes « Bientraitance » réalisées les années précédentes auprès des Ehpad et des MAS-FAM, l'Anesm a invité en 2013 les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile à s'inscrire dans une démarche similaire d'auto-évaluation de leurs pratiques.

Les points « Essentiels » du volet 1 de l'enquête sont les suivants.

L'élaboration, le suivi et la réévaluation du projet personnalisé

➤ 83 % des services sont dans une recherche de personnalisation pour plus de 2/3 des personnes qu'ils accompagnent.

Cette proportion est de 97 % pour les services accompagnant principalement des personnes handicapées alors que pour les services accompagnant principalement des personnes âgées elle est de 82 %.

➤ On constate une mise en œuvre des recommandations de l'Anesm notamment celles concernant :

- le recueil des attentes des usagers (88 %) ;
- la recherche de leur consentement ou de leur assentiment (77 %) ;
- la recherche de solutions pour adapter son organisation aux rythmes des usagers (79 %) ;
- les habitudes de vie de la personne (72 %) ;

- la présentation des tarifs du service (84 %) ou du document individuel de prise en charge (DIPC) (88 %);
- la participation des usagers à leur évaluation (79 %);
- l'association du responsable d'encadrement et d'autres professionnels du service dans l'élaboration du projet personnalisé (79 %);
- la réévaluation annuelle (73 %) ou l'actualisation (72 %) du projet personnalisé;
- la mise en place d'un système de remontée d'informations téléphoniques (95 %) ou de gestion des événements indésirables et des plaintes (88 %).

Cependant, la mise en œuvre simultanée de l'ensemble des recommandations de l'Anesm, notamment celles sur les attentes de la personne et le projet personnalisé, reste rare dans l'ensemble des services :

- **28 % des services ont élaboré un projet personnalisé** en associant plusieurs professionnels du service; les partenaires (intervenant des autres services, médecin traitant, équipe médico-social ou pluridisciplinaire); les usagers et, le cas échéant, leurs proches¹⁴.
- **12 % des services mettent en place dans le projet personnalisé trois volets : vie quotidienne¹⁵, soins¹⁶ et vie sociale¹⁷.**
- **Seuls 5 % des services mettant en place trois volets dans le projet personnalisé (vie quotidienne, soins et vie sociale), élaborent celui-ci de manière collective et mettent en place un suivi et une réévaluation structurée de ce dernier¹⁸.**

La mise en œuvre du projet d'accompagnement

- **Les services rencontrent principalement des difficultés avec les personnes ayant : des troubles cognitifs (33 %), des troubles psychiques (30 %) et les personnes en fin de vie (12 %).**
- **L'organisation que le service met en place en interne et avec les partenaires est un gage de bientraitance.**

Organisation en interne :

- Les partages d'informations entre les professionnels d'un même service prennent principalement la forme de temps de **transmissions hebdomadaires orales (60 %) ou écrites (77 %)**¹⁹. Il peut également s'agir de **réunions de service hebdomadaires**, en particulier pour les Samsah (75 %) et les SAVS (70 %), ou de **réunions de suivi des usagers**. Ces réunions de suivi se font de manière hebdomadaire pour 59 % des Samsah et 51 % des SAVS et de façon mensuelle pour 36 % des services accompagnant principalement des personnes âgées.
- Les temps d'échanges interprofessionnels dans une démarche d'amélioration de la qualité sont mis en place de façon moins régulière (moins d'une fois par mois pour 43 % des services), en particulier dans le secteur des personnes âgées.
- Les SAAD-SAD sont les services qui mettent le moins en place ces différents modes d'échanges ou, lorsqu'ils existent, sont moins réguliers.

¹⁴ Service ayant répondu que le projet personnalisé était élaboré uniquement avec l'utilisateur ou avec l'utilisateur et ses proches pour plus de 2/3 des usagers (ou ayant déclaré avoir recueilli les attentes des usagers et des proches 9 fois sur 10 ou systématiquement lors des 10 dernières admissions).

¹⁵ Sur les 10 dernières admissions, services ayant déclaré faire 9 fois sur 10 ou systématiquement rechercher des solutions pour adapter son organisation aux rythmes des usagers, recueillir les habitudes de vie et l'histoire de vie.

¹⁶ Sur les 10 dernières admissions, services ayant déclaré faire 9 fois sur 10 ou systématiquement une évaluation des risques liés à l'état de santé de la personne OU une évaluation des risques psychosociaux OU une évaluation des besoins en soins de la personne. En outre, le service a également déclaré disposer d'une procédure d'alerte permettant de prévenir et gérer les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes.

¹⁷ Sur les 10 dernières admissions, services ayant déclaré faire 9 fois sur 10 ou systématiquement une évaluation des aptitudes familiales à réaliser elle-même les actes de la vie quotidienne OU une évaluation de l'état physique et psychologique de l'aidant. En outre le service a déclaré connaître la proportion d'utilisateur isolé.

¹⁸ Service ayant déclaré réévaluer annuellement et actualiser le projet personnalisé pour plus de 2/3 des usagers. En outre, ces services disent avoir un système de gestion des événements indésirables et un système de réponse téléphonique permettant de répondre aux demandes des usagers.

¹⁹ On entend par transmission orale ou écrite, les temps d'échanges permettant d'organiser les interventions : qui intervient ? Où ? Et quand ?

Coopération avec les partenaires :

- Conformément à leur cadre réglementaire, les Samsah (87 %), les Spasah (85 %) et les SSIAD (69 %) organisent la coordination²⁰ des différents services et des différents professionnels intervenant auprès des usagers.
- Le **cahier de liaison** est mis en œuvre par 93 % des services à l'exception des SAVS (60 %) qui n'interviennent pas systématiquement au domicile des personnes. Parmi eux 78 % des services informent souvent ou toujours les usagers du contenu du cahier de liaison ou leur donnent la possibilité de s'y exprimer.
- Les **réunions de coordination** (71 %) et la **mise en place de conventions avec les différents acteurs de terrain** (65 %) sont également des modes de coopération fréquents.
- Les services disposant de professionnels de santé s'articulent plus régulièrement avec le médecin traitant, ou l'hôpital.

Les situations de maltraitements signalées

- **En 2012, 23 % des services ayant répondu à l'enquête disent avoir effectué un signalement pour une suspicion de maltraitance pour au moins un de leurs usagers.**

Un tiers des situations relèvent de maltraitements multiples associant plusieurs natures de maltraitements (médicales ou médicamenteuses²¹ ; matérielles et/ou financières ; violences physiques ; psychiques et/ou morales ; négligences ; conflits familiaux, risques pour l'enfant et de détérioration des liens parents-enfants).

Selon les déclarations des services, la maltraitance est, toutes natures confondues, majoritairement le fait des familles ou de l'entourage : pour plus de 80 % des signalements, les services déclarent qu'elles sont le fait des familles.

Parmi les services ayant fait un ou des signalements, les services utilisant un dispositif ou un outil de repérage des situations de maltraitance en ont réalisé plus souvent que les services n'ayant pas de dispositif.

L'association des usagers à l'évolution du fonctionnement du service

- **L'enquête de satisfaction est la forme de participation pour 92 % des services. Cependant d'autres formes de participation des usagers à l'évolution du fonctionnement du service (41 %) peuvent avoir été adoptées en complément notamment :**

- de la démarche d'évaluation interne (30 %);
- de l'élaboration du projet de service (18 %);
- du règlement de fonctionnement (9 %).

Les résultats de l'enquête de satisfaction sont généralement présentés aux professionnels (90 %), mais plus rarement aux usagers (62 %).

En général, les services modifient leurs pratiques et leurs prestations au regard de l'enquête de satisfaction (80 %).

²⁰ Pour les SSIAD et le SPASAD : L'article D. 312-3 du CASF donne pour mission à l'infirmier coordonnateur d'effectuer la coordination des soins, notamment avec les médecins traitants, les autres professionnels intervenant au domicile de l'usager, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et les établissements de santé.

Pour le SAMSAH : Article D. 312-168 « *Le projet individualisé d'accompagnement comprend [...] : la dispensation et la coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre ; un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie, y compris scolaire, universitaire et professionnel* ».

²¹ Les violences médicales ou médicamenteuses comprennent notamment les manques de soins de base, la non prise en compte de la douleur, les abus médicaux, la distribution aléatoire des traitements, etc.

PERSONNES ÂGÉES

Les pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services à domicile intervenant principalement auprès des personnes âgées (Volet 1)

ANALYSE NATIONALE 2013*

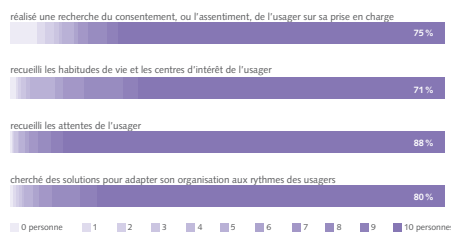
L'enquête nationale relative aux pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile a été réalisée d'avril à juillet 2013. 1408 SSIAD, 1872 SAAD-SAD et 63 SPASAD y ont répondu**.

Les résultats présentés ici concernent les services à domicile intervenant principalement auprès de plus de 90 % de personnes âgées.

Le rapport d'enquête dans son intégralité est disponible sur www.anesm.sante.gouv.fr

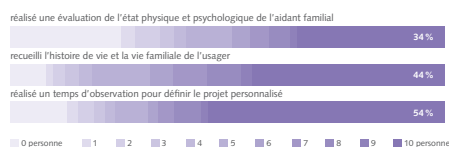
L'élaboration du projet personnalisé

Sur les 10 dernières admissions ayant déjà donné lieu à une visite au domicile, pour combien de personnes votre service a-t-il...



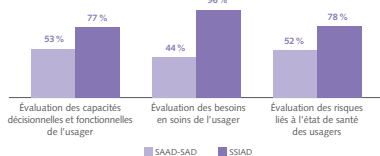
Clé de lecture : 75 % des services accueillant principalement des personnes âgées ont systématiquement recherché le consentement ou l'assentiment de l'utilisateur sur sa prise en charge lors des 10 dernières admissions.

Sur les 10 dernières admissions ayant déjà donné lieu à une visite au domicile, pour combien de personnes votre service a-t-il...



Clé de lecture : 34 % des services accueillant principalement des personnes âgées ont systématiquement recherché le consentement ou l'assentiment de l'utilisateur sur sa prise en charge lors des 10 dernières admissions.

Les éléments évalués le plus souvent à l'admission



Le suivi et la réévaluation du projet personnalisé

71 % des services réévaluent annuellement le projet personnalisé, et 74 % l'actualisent en cas de modification de la situation de l'utilisateur.

88 % des services mettent en place un système de gestion des événements indésirables et des plaintes, et 95 % un système de réponse téléphonique permettant de répondre aux demandes des usagers.

* Cette enquête se décompose en 2 volets. Le second porte sur l'enquête qualitative de recueil d'avis menée auprès des personnes âgées et de leurs proches.
** Effectifs non pondérés.



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

ANESM, 53 boulevard Ornano - 75018 Paris - Tél : 01 48 13 91 00
www.anesm.sante.gouv.fr • Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables

ANESM • Les pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services à domicile intervenant principalement auprès des personnes âgées (Volet 1) - Synthèse de l'analyse nationale 2013

PERSONNES ÂGÉES

La co-construction du projet personnalisé

Avec l'utilisateur

66 % des services élaborent le projet personnalisé avec les usagers pour plus de 2/3 des personnes en ayant un.

Avec l'équipe

79 % des services associent systématiquement le responsable d'encadrement et plusieurs professionnels du service.

Avec les partenaires

21 % des services y associent systématiquement les professionnels des autres services.

42 % des SSIAD et 7 % des SAAD autorisés y associent le médecin traitant.

36 % des services y associent systématiquement l'équipe médico-sociale qui a élaboré le plan d'aide personnalisé.

Partage, formalisation, et transmission de l'information entre professionnels

Coopération entre les professionnels du service

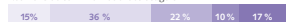
Temps pour les transmissions écrites



Temps de transmissions orales



Réunions de suivi individuel des usagers



Réunions de service



Temps d'échanges interprofessionnels



Les SSIAD (40 %) et les SPASAD (33 %) mettent plus souvent en place les réunions de service de manière hebdomadaire. Pour les SAAD-SAD, ces réunions ont plutôt lieu une fois par mois (32 %) ou moins (49 %).

Les temps de transmissions orales ou écrites se font au moins une fois par semaine pour la plupart des SSIAD (98 %) et des SPASAD (80 %).

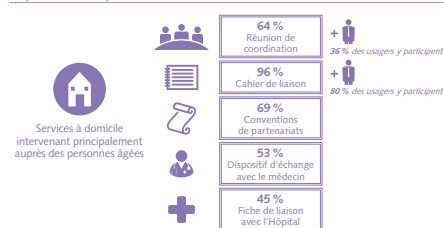
Les SAAD-SAD sont les services qui mettent le moins en place des réunions de suivi des usagers (17 % n'en font jamais). Concernant les SSIAD, les pratiques vis-à-vis de ce type de réunions sont très diversifiées : 10 % n'en font jamais, 20 % moins d'une fois par mois, 20 % une fois par mois, 13 % plusieurs fois par mois et 37 % au moins une fois par semaine.

84 % des services mettent en place des temps d'échanges interprofessionnels dans une démarche d'amélioration de la qualité. Elles ont lieu au moins une fois par semaine pour 20 % des SSIAD, 21 % des SPASAD, et 8 % des SAAD-SAD.

Clé de lecture : Les temps de transmissions écrites (cahier de liaison, dossier de soins, etc.) ont lieu au moins une fois par semaine pour 79 % des services accompagnant principalement des personnes âgées.

Partage, formalisation, et transmission de l'information entre partenaires

Coopération avec les partenaires



Spécificités des services

Les SSIAD et les SPASAD déclarent plus souvent qu'il existe une fiche de liaison ou un support, facilitant les admissions et sorties d'hospitalisation (50 % des SPASAD, 64 % des SSIAD) que les autres services (34 % des SAD agréés et 27 % des SAAD autorisés).

Les SSIAD et les SPASAD ont plus souvent un dispositif pour échanger avec le médecin traitant (71 % des SPASAD, 76 % des SSIAD) que les autres services (45 % des SAD agréés et 30 % des SAAD autorisés).

Clé de lecture : 64 % des services, lorsqu'ils organisent ou participent à la coordination de leurs structures mettent en place des réunions de coordination avec les partenaires. 36 % des usagers participent à ces réunions.

Les difficultés liées à certaines spécificités des personnes accompagnées

Les services rencontrent principalement des difficultés avec les personnes ayant des troubles cognitifs (40 %), des troubles psychiques (23 %) et les personnes en fin de vie (13 %).

Au cours des 3 dernières années, 79 % des services ont formé leurs intervenants à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, et 60 % à l'accompagnement des personnes en fin de vie.

Document communiqué en mai 2014

Avec le soutien de la Cnav



Les pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services à domicile intervenant principalement auprès des personnes handicapées (Volet 1)

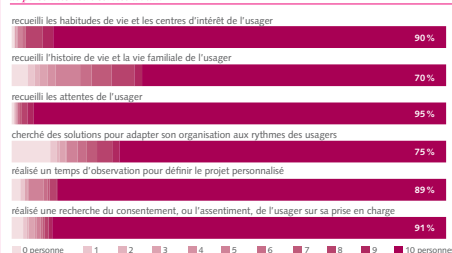
SYNTHÈSE DE L'ANALYSE NATIONALE 2013*

L'enquête nationale relative aux pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile a été réalisée d'avril à juillet 2013. 390 SAVS, 170 SAMSAH, 1 408 SSIAD, 1 872 SAAD-SAD et 63 SPASAD y ont répondu**. Les résultats présentés ici concernent les services à domicile intervenant principalement auprès de plus de 90 % de personnes handicapées.

Le rapport d'enquête dans son intégralité est disponible sur www.anesm.sante.gouv.fr

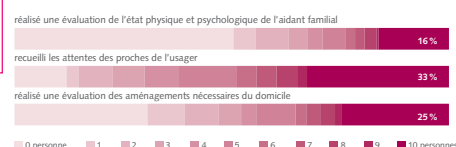
L'élaboration du projet personnalisé

Sur les 10 dernières admissions ayant déjà donné lieu à une visite au domicile, pour combien de personnes votre service a-t-il...



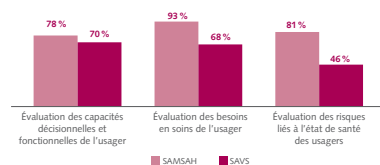
Clé de lecture : 90 % des services accueillant principalement des personnes handicapées ont systématiquement recueilli les habitudes de vie et les centres d'intérêt de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions.

Sur les 10 dernières admissions ayant déjà donné lieu à une visite au domicile, pour combien de personnes votre service a-t-il...



Clé de lecture : 16 % des services accueillant principalement des personnes handicapées ont systématiquement réalisé une évaluation de l'état physique et psychologique de l'aidant familial lors des 10 dernières admissions.

Les éléments le plus souvent évalués à l'admission



Le suivi et la réévaluation du projet personnalisé

82 % des services réévaluent annuellement le projet personnalisé, et 67 % l'actualisent en cas de modification de la situation de l'utilisateur.

74 % des services mettent en place un système de gestion des événements indésirables et des plaintes, et 92 % un système de réponse téléphonique permettant de répondre aux demandes des usagers.

* Cette enquête se décompose en 2 volets. Le second porte sur l'enquête qualitative de recueil d'avis menée auprès des personnes âgées et de leurs proches. ** Effectifs non pondérés.



ANESM 93 Boulevard Ornano - Playard 3 - 93200 Saint-Denis • T 01 48 13 91 00
www.anesm.sante.gouv.fr • Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables

ANESM • Les pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services à domicile intervenant principalement auprès des personnes handicapées (Volet 1) - Synthèse de l'analyse nationale 2013

PERSONNES HANDICAPÉES

La co-construction du projet personnalisé

Avec l'utilisateur

90 % des services élaborent le projet personnalisé avec les usagers pour plus de 2/3 des personnes en ayant un.

Avec l'équipe

92 % des services associent systématiquement le responsable d'encadrement et plusieurs professionnels du service.

Avec les partenaires

22 % des services y associent systématiquement les professionnels des autres services.

23 % des SAMSAH et 10 % des SAVS autorisés y associent le médecin traitant.

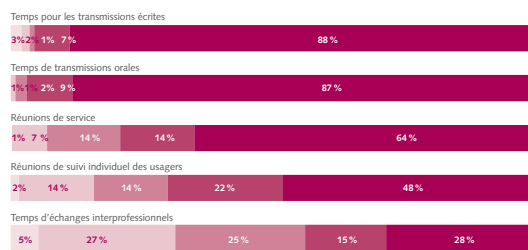
44 % des services y associent systématiquement l'équipe pluridisciplinaire qui a élaboré le plan de compensation.

Avec le soutien de la Cnav



Partage, formalisation, et transmission de l'information entre professionnels

Coopération entre les professionnels du service



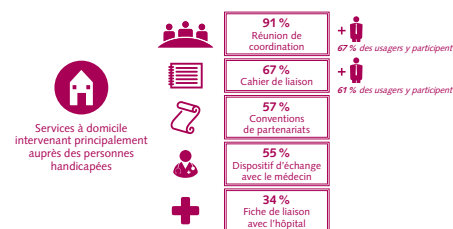
Il n'y a pas de différence notable entre les SAMSAH et les SAVS sur la manière de favoriser la transmission de l'information entre professionnels.

98 % mettent en place des réunions de suivi des usagers et 95 % mettent en place des temps d'échanges interprofessionnels dans une démarche d'amélioration de la qualité.

Clé de lecture : Les temps de transmissions écrites (cahier de liaison, dossier de soins, etc.) ont lieu au moins une fois par semaine pour 88 % des services accompagnant principalement des personnes handicapées.

Partage, formalisation, et transmission de l'information entre partenaires

Coopération avec les partenaires



Spécificités des services

Les SAMSAH déclarent plus souvent qu'il existe une fiche de liaison ou un support, facilitant les admissions et sorties d'hospitalisation (40 %) que les SAVS (24 %).

Les SAMSAH ont plus souvent un dispositif pour échanger avec le médecin traitant (79 %) que les SAVS (45 %).

Clé de lecture : 91 % des services, lorsqu'ils organisent ou participent à la coordination de leurs structures mettent en place des réunions de coordination avec les partenaires. 67 % des usagers ou de leurs proches participent à ces réunions.

Les difficultés liées à certaines spécificités des personnes accompagnées

Les services rencontrent principalement des difficultés avec les personnes ayant des troubles psychiques (57 %), des personnes ayant des situations d'addictions (19 %) et les personnes ayant des troubles cognitifs (11 %).

Au cours des 3 dernières années, 79 % des services ont formé leurs intervenants aux spécificités du public accompagné.



LA PROMOTION DES RECOMMANDATIONS DE L'AGENCE

➤ Deux salons pour assurer la promotion des recommandations

Les Salons de la santé et de l'autonomie

La 1^{re} édition des Salons de la santé et de l'autonomie s'est déroulée du 28 au 30 mai 2013 à Paris. 15 500 visiteurs se sont rendus sur le Salon. L'Anesm y avait un stand, sur lequel, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles ainsi que leurs synthèses et documents d'appropriation étaient mis à disposition. Plus de 4 000 documents destinés à accompagner la mise en œuvre de l'évaluation des ESSMS ont été diffusés.

La 7^e édition du salon des Services à la personne

Cette nouvelle édition parisienne du Salon des services à la personne a accueilli cette année 22 000 visiteurs.

L'Anesm y a diffusé 3 700 documents (recommandations de bonnes pratiques professionnelles, synthèses, documents d'appropriation, catalogues).

À cette occasion, M. Cyril Desjeux responsable de projet « Services à domicile » a réalisé une courte interview vidéo²² pour la télévision du salon afin de présenter l'Anesm, les services visés par l'évaluation ainsi que les RBPP qui leur sont destinées.

➤ Les interventions de l'Anesm en régions

Outre les nombreuses sollicitations dont l'Anesm a fait l'objet, émanant de fédérations, organisations professionnelles, associations, ou administrations pour intervenir sur ses travaux à l'occasion de manifestations diverses : congrès, colloques, séminaires etc. L'Anesm a organisé conjointement avec la Direction générale de la cohésion sociale trois journées d'information sur le dispositif des évaluations (interne et externe) des établissements et services sociaux et médico-sociaux, visées à l'article L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles à l'intention des autorités en charge du renouvellement des autorisations de fonctionnements des ESSMS (ARS, DRJSCS, CG et DIRECCTE)²³. Ces journées sont détaillées dans la seconde partie du rapport d'activité en page 45.

Présence
sur **2**
salons du secteur

+7 700
publications
diffusées

²² www.tivipro.tv/chaine_salons.php?id=1809636&cid_salon=551

²³ cf. Partie 2.

7 grands événements presse

↳ L'Anesm dans la presse

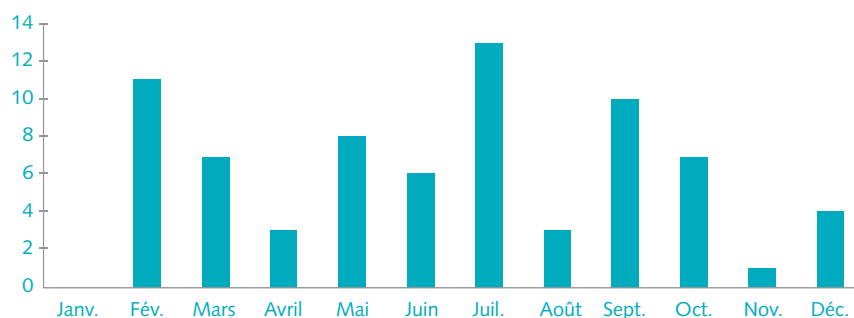
L'Agence a fait l'objet d'une centaine d'articles dans la presse professionnelle traitant en grande partie des travaux publiés par l'Agence, à savoir les recommandations ainsi que l'actualité de l'évaluation.

Ci-dessous, les événements spécifiques liés aux pics de retombées presse :

- En février et mars 2013 : publication de l'enquête sur le déploiement de l'évaluation interne dans les ESSMS.
- En mai 2013 : publication de la recommandation sur « L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure »
- En juin 2013 : publication de la recommandation sur « L'adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat »
- En juillet 2013 : publication de 2 recommandations. L'une sur « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée », l'autre sur « La qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) »
- En septembre 2013 : publication du bilan des évaluations externes au 30 juin 2013
- En octobre 2013 : publication du rapport d'enquête nationale: « Bientraitance des personnes accueillies en Maisons d'accueil spécialisées et en Foyers d'accueil médicalisé ».
- En décembre 2013 : publication de la recommandation « Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) ».

L'Anesm dans la presse (en 2013)

Source — ANESM





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 2 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 2 ans avant le renouvellement de leur autorisation et adressent leurs résultats d'évaluation interne au plus tard 3 ans avant ce renouvellement.²⁴

Selon le fichier Finess, ce sont 24 512 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 etc.) leurs résultats d'évaluation interne avant le 3 janvier 2014 et leurs résultats d'évaluation externe avant le 3 janvier 2015.

Une évaluation
en continu

Une autorisation
de 15 ans

24 512
autorisations
renouvelées
en 2017

²⁴ 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 CASF²⁵.

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.

²⁵ 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 :

1° Le champ de la certification couvre l'activité relevant de l'article L. 313-1-1 ;

2° Le référentiel utilisé est élaboré et validé conformément à l'article R. 115-8 du code de la consommation ;

3° L'organisme certificateur bénéficie d'une accréditation par une instance reconnue à cet effet et selon les normes européennes de la série 45 000 ;

4° La certification répond à la périodicité prévue au premier alinéa de l'article D. 347-1 ;

5° 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'Anesm pour la promotion de l'évaluation

L'OUTILLAGE DU DISPOSITIF D'ÉVALUATION EXTERNE

Alors que les échéances pour réaliser les évaluations externes pour les ESSMS autorisés avant le 2 janvier 2002 se rapprochent, le suivi du déploiement de ce processus montre que certains d'entre eux ne s'y sont pas encore engagés. Parallèlement, les autorités s'organisent pour réceptionner l'ensemble de ces résultats sous la forme de rapports et les instruire de manière à pouvoir se prononcer sur le renouvellement tacite ou pas de l'autorisation.

Afin d'accompagner tant les ESSMS que les autorités dans cette phase d'accélération, l'Anesm a mis en place un dispositif d'accompagnement spécifique autour des 6 axes ci-après.

L'organisation de journées à destination des autorités avec la Direction générale de la cohésion sociale

À la veille de l'année 2014 où une majorité des rapports d'évaluation interne et externe sera transmise aux autorités, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et l'Anesm ont organisé 3 journées interrégionales d'information sur le dispositif des évaluations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ces journées, à destination des Agences régionales de santé, des directions régionales et départementales de la cohésion sociale et des Conseils généraux, visaient plusieurs objectifs : aborder les dossiers d'actualité, les actions prioritaires en matière d'évaluation et les prochaines échéances de transmission des rapports d'évaluation de

janvier 2014 et 2015. Elles avaient aussi pour objectif de permettre aux autorités d'échanger sur leurs pratiques, leurs difficultés, leurs besoins et attentes.

Aussi les 2, 7 et 21 octobre, 3 journées ont été organisées respectivement à Bordeaux, Lyon et Lille. Au total, 184 personnes ont assisté à ces journées co-animées par l'Anesm et la DGCS.

Le programme de chaque journée a consisté à rappeler le dispositif législatif et réglementaire de l'évaluation des ESSMS. Cela en insistant notamment sur la prise en compte de la certification par les évaluateurs externes, disposition introduite par le décret du 31 janvier 2012 et qui a fait l'objet d'une instruction postérieurement à ces journées via l'instruction DGCS du 31 décembre 2013.

Sur l'ensemble des 3 villes, 62,3 % des participants sont satisfaits de la journée dans son ensemble et 31,9 % sont même très satisfaits. Les retours sont donc positifs à près de 95 %.

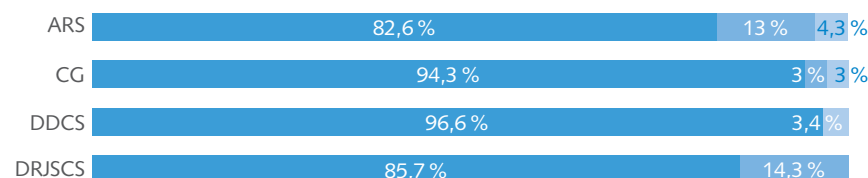
3 journées interrégionales d'information à destination des autorités

95 % de retours positifs



L'organisation des journées

Source — Anesm 2013



■ Très satisfaisant ■ Satisfaisant ■ Insatisfaisant ■ Sans réponse

Création d'un espace collaboratif en 2014

1 guide d'aide à la contractualisation

La mise en place d'un espace collaboratif pour les autorités

Au cours des journées à l'intention des autorités, et notamment suite aux témoignages de certaines d'entre elles relatifs aux outils élaborés pour assurer le suivi et l'instruction des évaluations internes et externes des ESSMS placés sous leur compétence, la demande d'un partage de ces outils a été fortement exprimé. Aussi, il a été décidé de mettre à la disposition des autorités un espace collaboratif accessible tant par les ARS, les DRJSCS que les Conseils généraux. Cet espace devant permettre, par exemple, un échange des tableaux de suivi des délais de transmission par les ESSMS de leurs rapports d'évaluation interne et/ou externe mais aussi de grilles d'exploitation des rapports.

La mise en place de cet espace a été réalisée début 2014 par la DGCS en étroite collaboration avec l'Anesm.

La rédaction d'un guide d'aide à la contractualisation avec un organisme habilité afin de réaliser l'évaluation externe des ESSMS

Au 31 décembre 2013, 28,34 % des ESSMS devant transmettre leurs résultats d'évaluation externe avant le 3 janvier 2015 étaient engagés dans la démarche. L'un des freins identifiés à cet engagement est l'isolement de certains ESSMS face à cette démarche et notamment lors du choix du prestataire parmi le millier d'organismes habilités par l'Anesm.

Aussi, afin d'aider en priorité ces ESSMS isolés, l'Anesm a décidé de produire un guide d'aide à la contractualisation avec un organisme habilité. Un groupe de travail s'est donc réuni à 2 reprises, en novembre 2013, pour formaliser les conseils les plus utiles à donner aux ESSMS qui souhaitent s'engager dans la démarche. Ce projet de guide a ensuite été soumis aux deux instances de l'Anesm, le Comité d'orientation stratégique (COS) puis le Conseil Scientifique (CS). Le guide a été publié en avril 2014.

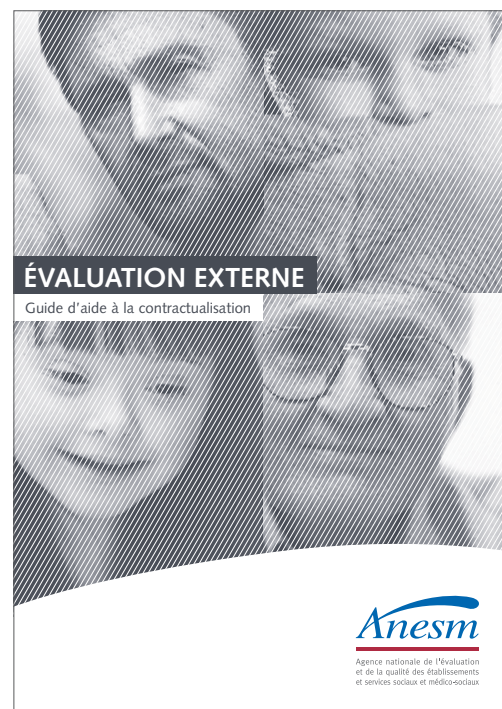
La prise en compte des certifications dans l'évaluation externe

Dans la continuité de l'avis rendu par l'Anesm le 28 novembre 2012 relatif au référentiel de certification de services de SGS-ICS : Qualicert RE/UPA/04 pour les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (4^e version), l'Anesm a rendu, en 2013, trois nouveaux avis.

En premier lieu, la DGCS a saisi, en 2012, l'Anesm pour un avis relatif au référentiel de certification de services d'AFNOR Certification NF386 des établissements d'hébergement pour personnes âgées (3^e version). Celui-ci ayant fait l'objet d'une révision (version 4) au cours de l'instruction par l'Anesm, l'avis a été rendu à la DGCS, le 25 janvier 2013.

Les arrêtés de correspondance relatifs à ces deux référentiels ont été publiés au journal officiel le 17 avril 2013.

Dans un second lieu, le 3 juillet 2013, la DGCS a saisi l'Anesm pour deux avis relatifs d'une part au référentiel de certification de service RE/SAP/06 « services aux particuliers » (6^e version) élaboré par l'organisme certificateur SGS-ICS et d'autre part au référentiel de service d'AFNOR Certification NF X 50-056 et des règles de certification (7^e version).



L'Anesm a rendu l'avis sur le premier référentiel le 27 septembre 2013 et l'arrêté de correspondance a été publié au journal officiel le 9 décembre 2013.

Compte-tenu de l'actualisation du second référentiel par AFNOR Certification transmis en sa version 8 le 4 novembre 2013, l'avis de l'Anesm a été rendu à la DGCS le 24 décembre 2013. L'arrêté de correspondance s'y référant a été publié début 2014.

En 2014, deux certifications relatives aux Ehpad et deux certifications relatives aux services à la personne (SAD ou SSIAD) peuvent désormais être prises en compte par les évaluateurs externes dans les conditions énoncées par les arrêtés de correspondance publiés.

L'organisation de 100 demi-journées à destination des ESSMS les plus en difficulté quant à l'engagement dans l'évaluation externe

Dans l'optique d'apporter un soutien aux ESSMS les plus en difficulté, l'Anesm a initié en 2013 un projet de promotion de l'évaluation externe qui sera confié en 2014 à un prestataire. Il s'agira d'organiser des demi-journées de sensibilisation des établissements et services à la réalisation de leur évaluation externe. Ces demi-journées seront décidées et organisées par les autorités de l'État en lien avec les Conseils généraux. Elles viseront en priorité les ESSMS qui ne se sont pas en mesure de réaliser leur évaluation externe avant le 3 janvier 2015, et ceux concernés par l'échéance de renouvellement d'autorisation qui n'ont entrepris aucune démarche en ce sens. Ces demi-journées se dérouleront exclusivement en France métropolitaine et seront à titre indicatif au nombre de 100 sur la période du premier semestre 2014.



L'organisation de journées d'information et de sensibilisation à destination des organismes habilités

La majorité des évaluations externes vont se conduire dans le courant de l'année 2014. Aussi, il est apparu utile, et complémentaire aux autres initiatives de l'Anesm, de réunir les organismes habilités afin de dresser un bilan des premières évaluations externes réalisées. Cela, dans le cadre notamment d'une série d'échanges sur les manquements méthodologiques et déontologiques constatés par l'Anesm et qui ont amené son directeur à prendre des mesures de suspension et de retrait d'habilitation. L'objectif étant de permettre aux organismes habilités, en adoptant des éléments communs de lecture, de respecter les diligences à opérer et les règles déontologiques auxquels ils se sont engagés lors de leur demande d'habilitation.

En 2013, l'Anesm a réuni un comité de pilotage pour organiser 5 journées auxquelles 946 personnes (représentant 658 organismes habilités) se sont inscrites. Elles se sont réparties entre Bordeaux, Marseille, Lyon et Paris. Le programme de ces journées s'est articulé en deux temps : une matinée de rappel du cadre législatif et réglementaire, ainsi que des obligations et interdictions des organismes habilités. Puis, un après-midi consacré à trois tables-rondes successives traitant de l'examen des résultats issus de l'évaluation interne, de la prise en compte de recommandations de bonnes pratiques par les ESSMS et du contenu et de la forme du rapport d'évaluation externe. Ces journées se sont respectivement tenues les 16, 23, 30 janvier ainsi que les 6 et 11 février 2014.

100
demi-journées
de sensibilisation
à l'évaluation
externe pour
les ESSMS isolés

5 grandes
journées
d'information,
avec
présentations
et tables-rondes
à destination
des organismes
habilités

Permet
aux autorités
d'identifier les
ESSMS engagés

De cibler
les ESSMS
en difficulté

40 nouveaux
référents
autorités
en 2013

LA POURSUITE DU DÉPLOIEMENT DE L'EXTRANET DE L'AGENCE

Cet extranet, mis en place en juillet 2012 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.

Grâce à ce support, outre l'Anesm et l'administration centrale, chaque autorité peut désormais consulter les missions d'évaluation externe conduites par les établissements et services relevant de son périmètre de compétence. Pour se faire, l'Anesm propose à chaque autorité de lui désigner un référent ayant accès à la base. Compte-tenu du besoin croissant pour les autorités de connaître les ESSMS engagés dans la démarche d'évaluation externe, 40 nouveaux référents ont été désignés en 2013. Aussi, désormais, 206 référents ont accès à l'Extranet :

	DIRECCTE	PJJ	DRJSCS	Conseils généraux	ARS	Total
Total des autorités contactées	26	15	26	100	26	193
Nombre d'autorités ayant désigné un référent	4	7	19	65	26	121
Nombre de référents désignés	4	7	25	133	37	206

Source Anesm — 2013

Outre le fait de pouvoir repérer les ESSMS engagés dans la démarche d'évaluation externe, les autorités ont la possibilité d'identifier les ESSMS qui ne le sont pas et éventuellement cibler, ainsi, les ESSMS pour une éventuelle demi-journée organisée dans le cadre du projet présenté ci-avant (page 45).

Parallèlement les autorités pourront signaler à l'Anesm les ESSMS dont elles auront reçu le rapport d'évaluation externe et qui, pourtant, n'auront pas été déclarés par les organismes habilités dans leur rapport d'activité semestriel. En effet, une saisie non exhaustive du rapport d'activité est un manquement de la part de l'organisme habilité à ses obligations vis-à-vis de l'Anesm.



UNE PARTICIPATION DE L'ANESM AUX JOURNÉES RÉGIONALES OU DÉPARTEMENTALES ORGANISÉES PAR LES AUTORITÉS

Comme les années précédentes, l'Anesm a été sollicitée par les autorités, pour intervenir lors de journées qu'elles ont organisées auprès des ESSMS soumis à l'évaluation.

Ainsi, l'Anesm est intervenue à la demande des ARS de Champagne Ardennes, Guadeloupe, Midi-Pyrénées, Nord Pas de Calais et Languedoc-Roussillon. De même, qu'une intervention a été assurée à la demande de la DRJSCS Nord-Pas-de-Calais.

Interventions de l'Anesm auprès d'une autorité délivrant les autorisations 2010 - 2011 - 2012 - 2013

Source Anesm — 2013

Alsace	2011	Midi-Pyrénées	2013
Aquitaine	2011	Nord-Pas-de-Calais	2012 + 2013
Auvergne	2011	Basse-Normandie	
Bourgogne	2010	Haute-Normandie	2012
Bretagne	2012	Pays-de-Loire	2011
Centre	2011 + 2012	Picardie	2011
Champagne-Ardenne	2011 + 2013	Poitou-Charentes	2012
Corse	2012	PACA	
Franche-Comté	2011	Rhône-Alpes	2011 + 2012
Île-de-France		Guyane	2011
Languedoc-Roussillon	2013	Océan Indien	2012
Limousin	2011	Martinique	2011
Lorraine		Guadeloupe	2013



L'habilitation des organismes et leur contrôle

LES ORGANISMES HABILITÉS EN 2013

Au 31 décembre 2013, on dénombre :

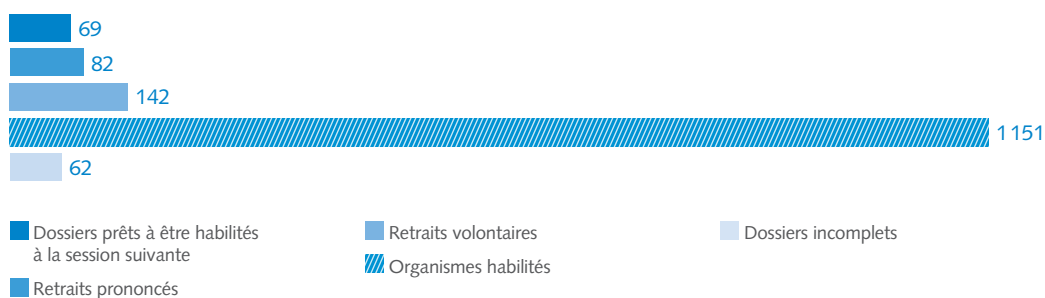
- **1 151 organismes habilités, dont 253 au titre de 2013 ;**
- 62 dossiers de candidature incomplets, nécessitant un complément d'informations et/ou présentant des difficultés de fond ;
- 77 dossiers sont complets administrativement et prêts à être examinés en vue de la publication de la vingtième liste des organismes habilités, le 15 mars 2014 ;
- 50 structures n'ont pas finalisé leur demande depuis la plateforme Extranet ;
- 142 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 82 retraits d'habilitation sur le fondement de manquements des organismes.

Récapitulatif des demandes d'habilitation au 31 décembre 2013

Source — Anesm 2013



Les caractéristiques des organismes habilités

Les 1 151 organismes habilités présentent les caractéristiques suivantes en termes 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 » présentés ci-après.

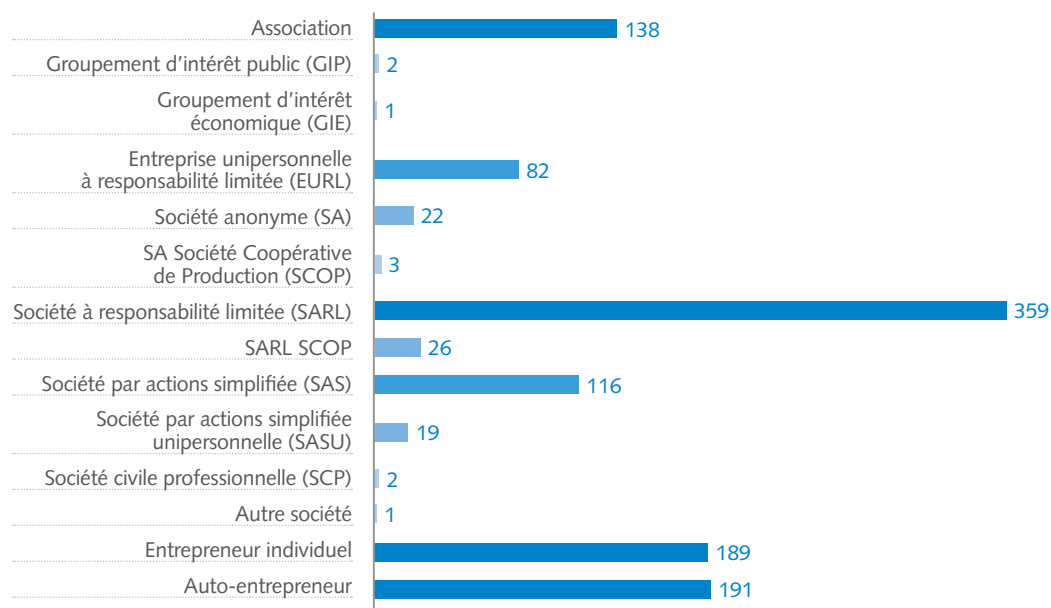
La forme juridique des organismes habilités

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 2013

Source — Anesm 2013





Le chiffre d'affaires 2012 des organismes habilités

En 2013, 74 % des organismes habilités déclarent un chiffre d'affaires pour l'année 2012 inférieur à 500 k€ contre 70 % l'an dernier.

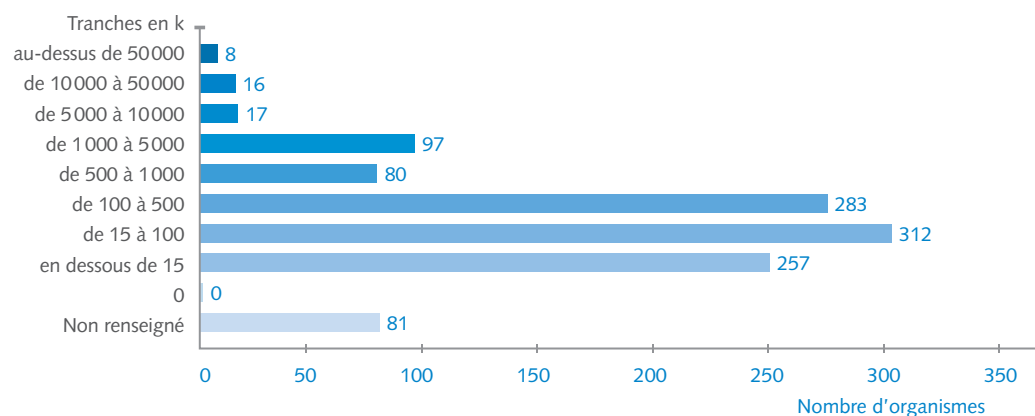
Pour plus de la moitié d'entre eux, il est compris entre 15 et 500 k€.

7 % 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.

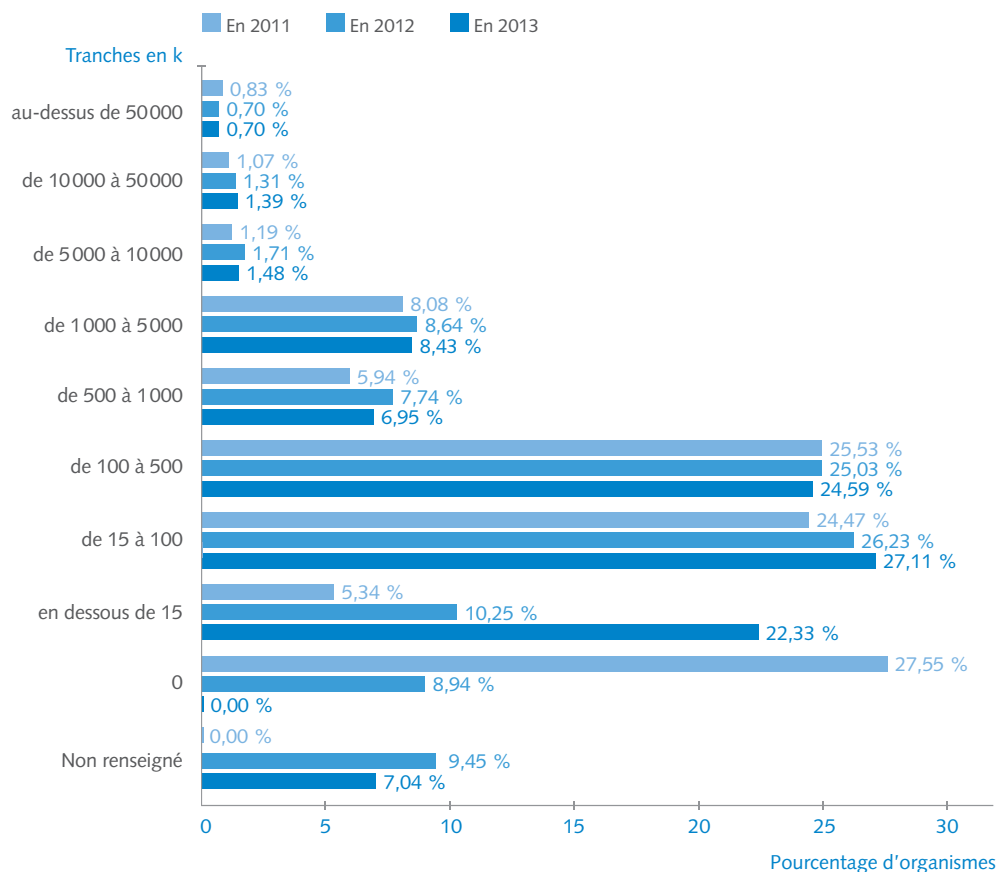
Chiffres d'affaires déclarés par les organismes habilités en 2013 pour l'année 2012

Source — Anesm 2013



Chiffres d'affaires déclarés par les organismes habilités - Comparatif entre 2011, 2012 et 2013

Source — Anesm 2013



L'actualisation en 2013 du chiffre d'affaires 2012 des organismes habilités montre comme l'an passé l'augmentation du nombre d'organismes présentant un chiffre d'affaires de moins de 100 K€.

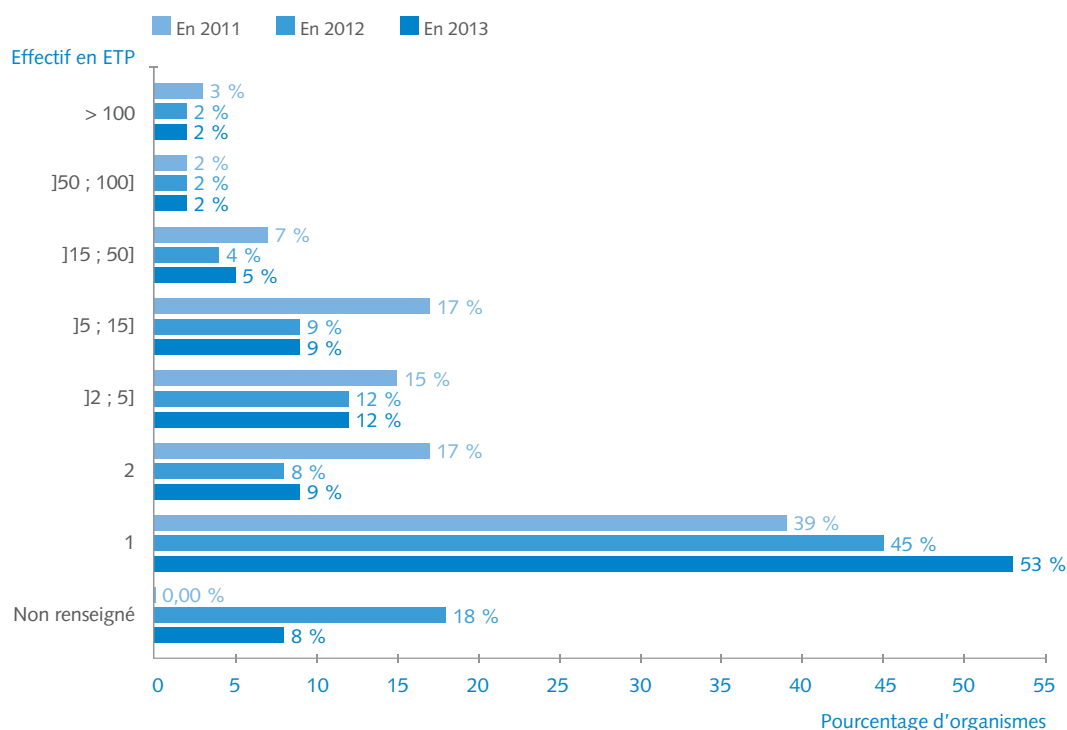
Les effectifs 2012 des organismes habilités déclarés en 2013

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

Le nombre de petites structures ne cessent de croître chaque année. La majorité des organismes habilités déclarent en effet entre 1 et 5 ETP.

Effectifs déclarés par les organismes habilités - Comparatif entre 2011, 2012 et 2013

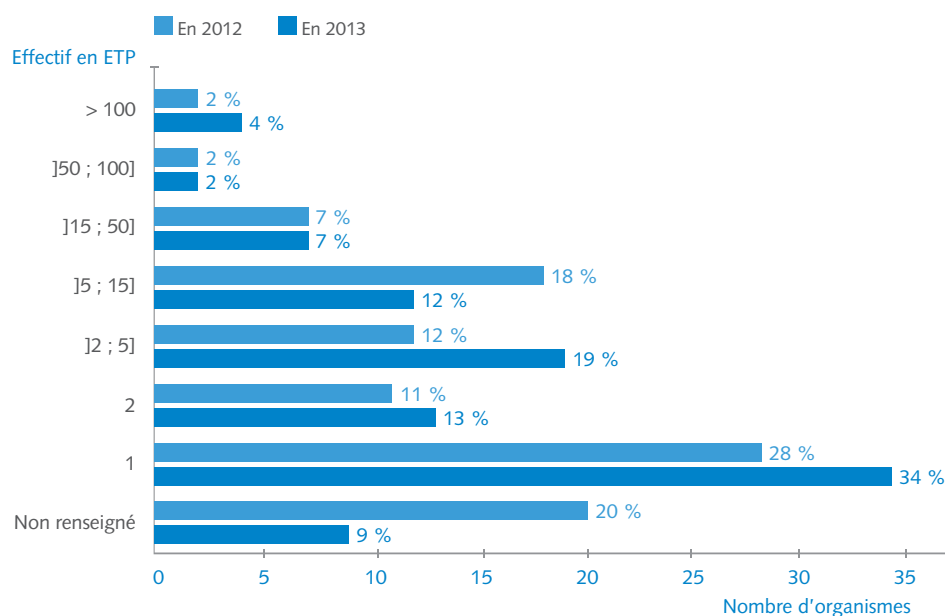
Source — Anesm 2013



53 %
des organismes
habilités
ne comptent
qu'un seul ETP

Comparatif des effectifs par les organismes habilités - personnes morales entre 2012 et 2013

Source — Anesm 2013



Ceux comptant 1 ETP représentent, à eux seuls, 53 % des organismes habilités. 57 % d'entre eux sont des personnes physiques.

Ce constat doit être relativisé au regard des 9 % d'organismes n'ayant pas renseigné leur effectif.

S'agissant des seuls organismes habilités en qualité de personne morale, la majorité est composée d'1 ETP également.

Les champs d'intervention des organismes habilités

La plateforme 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 :

- 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.

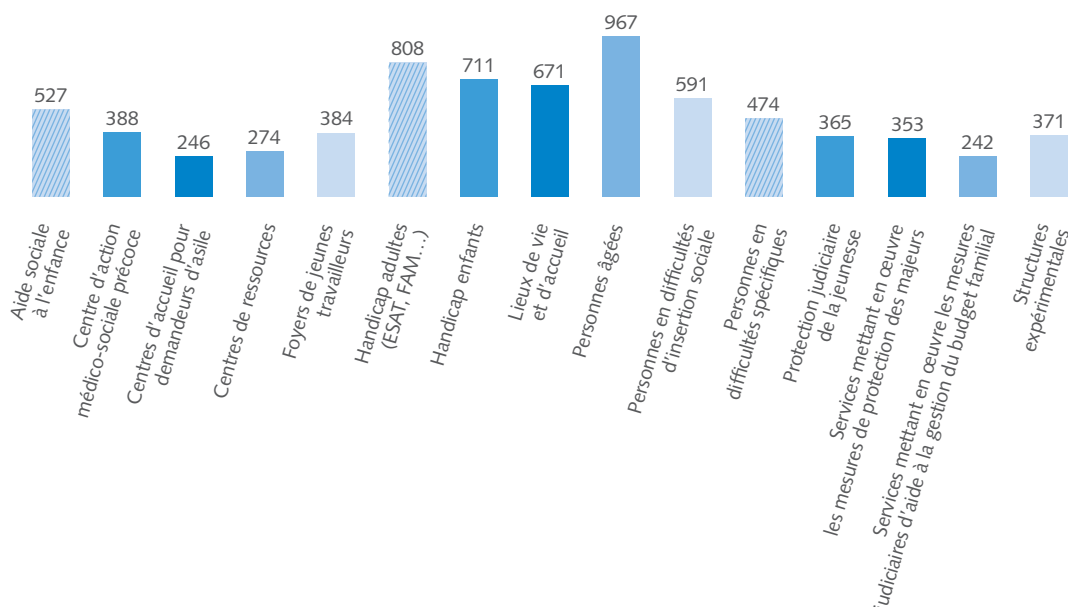
Les secteurs des personnes âgées et handicapées restent les domaines de référence les plus fréquents pour les organismes habilités.

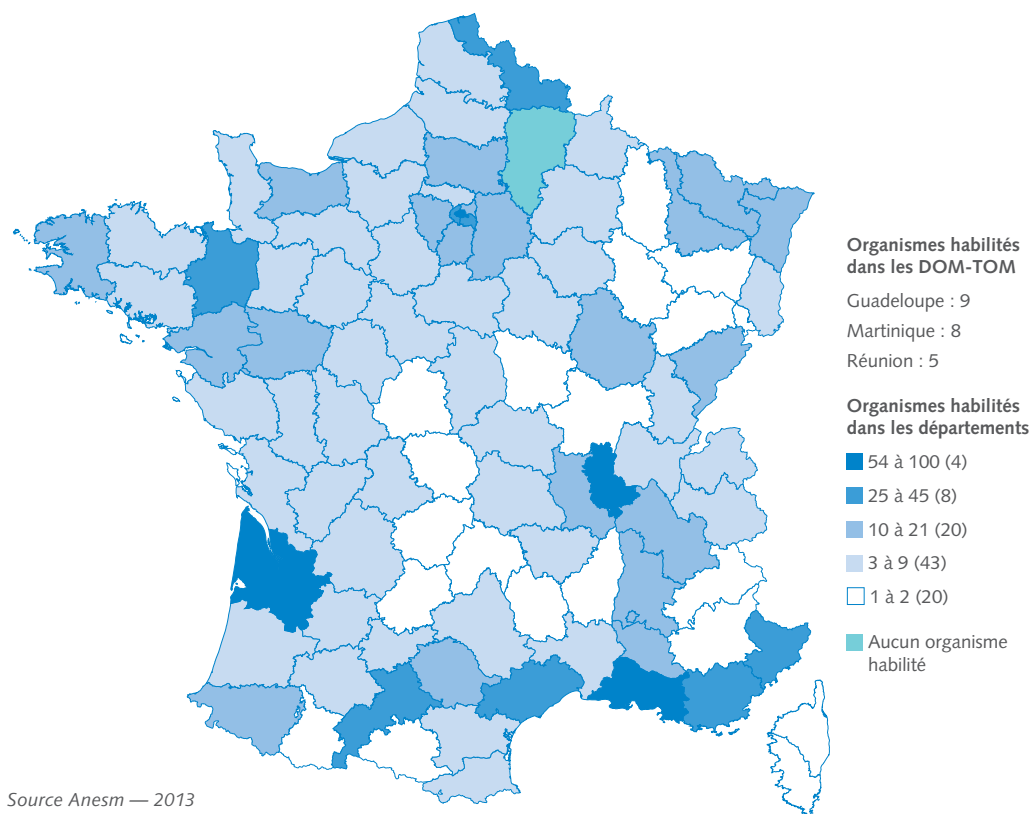
Il convient néanmoins de rappeler que l'habilitation est valable sur l'ensemble du secteur social et médico-social.

15 secteurs d'intervention

Répartition des organismes habilités par secteur en 2013

Source — Anesm 2013





La localisation géographique des organismes habilités par département

- Les organismes habilités sont présents sur l'ensemble du territoire national, hormis dans le département de l'Aisne.
- 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 22 organismes habilités dans les départements d'Outre-mer (9 organismes en Guadeloupe, 8 en Martinique et 5 à La Réunion).
- À l'étranger, deux organismes sont habilités en Suisse.

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, 114 suspensions et 82 retraits ont été prononcés sur le fondement de manquements des organismes habilités.

En 2013, l'Anesm a prononcé 50 suspensions afin de contraindre les organismes habilités à régulariser leur situation. Au 31 décembre 2013, 3 suspensions sont actives, 12 ont été levées suite à une régularisation par l'organisme habilité et 35 ont été levées pour prononcer un retrait faute de régularisation de la part de l'organisme. Elle a également prononcé 43 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 portant sur le coût des évaluations ou le nombre d'évaluateurs par mission.



En 2013, la fonction contrôle de l'Agence s'est principalement consacrée à la tenue des journées d'information des autorités, à l'organisation des journées à destination des organismes habilités, à rendre les 3 avis relatifs à la correspondance avec les 3 référentiels de certification, ainsi qu'à la rédaction du guide à l'intention des ESSMS. Ceci dans le but de mettre à disposition des ESSMS l'ensemble des outils nécessaires à la mise en œuvre de leurs obligations en matière d'évaluation externe.

En 2013
50 suspensions
prononcées
43 retraits

Nature du manquement constaté par l'Anesm	Nombre de recueils d'observation 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	767	103	68
Défaut de renseignement des items contenus dans le rapport d'activité	247	6	2
Incohérences des données transmises	77	1	1
Conflits d'intérêt avéré	11	0	7
Différends ou manquements en matière de méthodologie d'évaluation et de production des résultats	11	4	4
Total	1 113	114	82

Source Anesm — 2013

Les résultats de l'évaluation externe

LES ESSMS AYANT RÉALISÉ LEUR ÉVALUATION EXTERNE

Le nombre d'ESSMS²⁶ ayant réalisé leur évaluation externe progresse. Toutefois, ce nombre reste modeste au regard des 24 512 ESSMS concernés par la démarche d'ici le 3 janvier 2015.

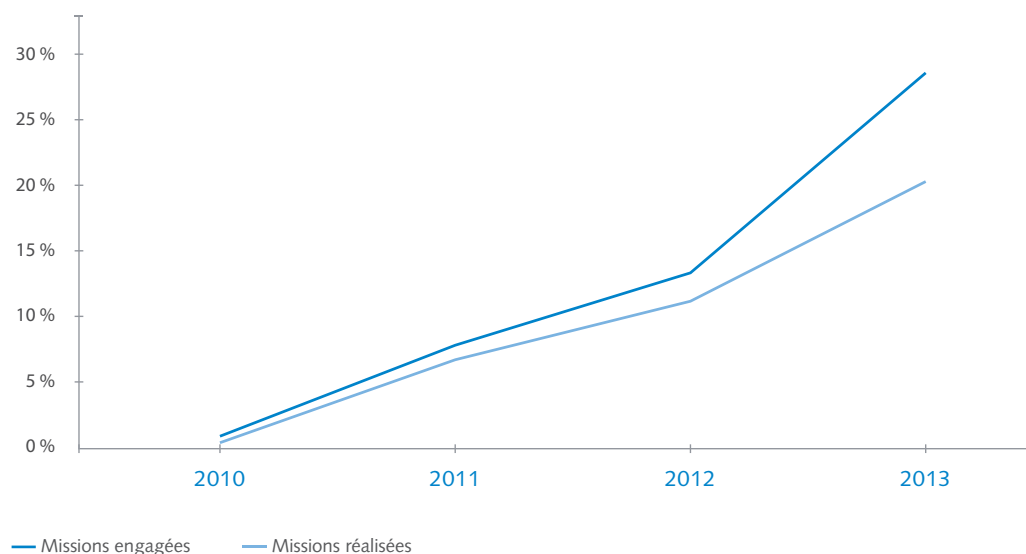
Les ESSMS qui se sont engagés dans l'évaluation externe en 2013 sont majoritairement situés en Île-de-France, Rhône-Alpes, Pays de la Loire et Nord Pas-de-Calais.

	Cumul fin 2010		Cumul fin 2011		Cumul fin 2012		Cumul fin 2013	
	Missions réalisées	Missions engagées	Missions réalisées	Missions engagées	Missions réalisées	Missions engagées	Missions réalisées	Missions engagées
Nombre d'ESSMS ayant réalisé leur évaluation externe	117	230	1 652	1 915	2 735	3 250	4 946	6 956
% d'ESSMS parmi l'ensemble des ESSMS devant réaliser leur évaluation externe d'ici le 03/01/2015	0,48 %	0,94 %	6,74 %	7,81 %	11,16 %	13,26 %	20,18 %	28,38 %

Source Anesm — 2013

% d'ESSMS ayant réalisé leur évaluation externe au 31 décembre 2013

Source — Anesm 2013



²⁶ Source : répertoire national FINESS.

Alsace	116	Champagne-Ardenne	166
67 Bas-Rhin	70	08 Ardennes	62
68 Haut-Rhin	46	10 Aube	39
Aquitaine	366	51 Marne	50
24 Dordogne	57	52 Haute-Marne	15
33 Gironde	179	Corse	2
40 Landes	21	20 Corse	2
47 Lot-et-Garonne	29	Franche-Comté	183
64 Pyrénées-Atlantiques	80	25 Doubs	93
Auvergne	293	39 Jura	29
03 Allier	38	70 Haute-Saône	34
15 Cantal	68	90 Territoire de Belfort	27
43 Haute-Loire	55	Haute-Normandie	185
63 Puy-de-Dôme	132	27 Eure	40
Basse-Normandie	159	76 Seine-Maritime	145
14 Calvados	78	Île-de-France	850
50 Manche	37	75 Paris	123
61 Orne	44	77 Seine-et-Marne	76
Bourgogne	165	78 Yvelines	136
21 Côte-d'Or	63	91 Essonne	83
58 Nièvre	19	92 Hauts-de-Seine	120
71 Saône-et-Loire	52	93 Seine-Saint-Denis	135
89 Yonne	31	94 Val-de-Marne	91
Bretagne	360	95 Val-d'Oise	86
22 Côtes-d'Armor	98	Languedoc-Roussillon	185
29 Finistère	116	11 Aude	10
35 Ille-et-Vilaine	71	30 Gard	46
56 Morbihan	75	34 Hérault	78
Centre	303	48 Lozère	3
18 Cher	42	66 Pyrénées-Orientales	48
28 Eure-et-Loir	50	Limousin	152
36 Indre	33	19 Corrèze	56
37 Indre-et-Loire	60	23 Creuse	38
41 Loir-et-Cher	58	87 Haute-Vienne	58
45 Loiret	60		

Lorraine	163	Picardie	199
54 Meurthe-et-Moselle	25	02 Aisne	85
55 Meuse	27	60 Oise	36
57 Moselle	74	80 Somme	78
88 Vosges	37	Poitou-Charentes	149
Midi-Pyrénées	259	16 Charente	38
09 Ariège	16	17 Charente-Maritime	61
12 Aveyron	33	79 Deux-Sèvres	31
31 Haute-Garonne	88	86 Vienne	19
32 Gers	30	Provence-Alpes-Côte-d'Azur	507
46 Lot	16	04 Alpes-de-Haute-Provence	27
65 Hautes-Pyrénées	27	05 Hautes-Alpes	25
81 Tarn	28	06 Alpes-Maritimes	137
82 Tarn-et-Garonne	21	13 Bouches-du-Rhône	157
Nord-Pas-de-Calais	437	83 Var	111
59 Nord	328	84 Vaucluse	50
62 Pas-de-Calais	109	Rhône-Alpes	565
Outre-Mer	58	01 Ain	55
971 Guadeloupe	17	07 Ardèche	53
972 Martinique	16	26 Drôme	53
973 Guyane	7	38 Isère	63
974 Réunion	18	42 Loire	91
Pays de la Loire	676	69 Rhône	195
44 Loire-Atlantique	239	73 Savoie	26
49 Maine-et-Loire	120	Haute-Savoie	29
53 Mayenne	49	Non défini	99
72 Sarthe	96		
85 Vendée	172		

Source Anesm — 2013

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 au 31 décembre 2013 des évaluations externes par catégories de structures

Source Anesm — 2013

Missions réalisées	Cumul des missions réalisées au 31 décembre 2013	Cumul des missions engagées au 31 décembre 2013
EHPAD	587	1 125
EHPA	14	44
Logements-Foyer PA	19	45
CHRS	37	66
OSAP	1 784	1 808
IME/ITEP	394	602
ESAT	333	472
SAVS/SAMSAH	178	280
SESSAD	217	344
SSIAD	218	333
Foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés	213	332
MAS/FAM/FOYER	408	640
MECS	51	115
CMPP	39	73
CAMSP	23	41
Autres	431	636
Total	4 946	6 956

En 2013
4 221
missions
d'évaluation
externe
conclues avec
367
organismes
habilités

LES ORGANISMES HABILITÉS AUXQUELS ONT FAIT APPEL LES ESSMS POUR RÉALISER LEUR ÉVALUATION EXTERNE

En 2013, l'Anesm a dénombré 4 221 missions d'évaluation externe conclues avec 367 organismes habilités. Aussi, 28 % des organismes habilités ont déclaré une activité au titre de l'évaluation externe. Toutefois, il est à préciser que certains organismes habilités sont recrutés

par d'autres en tant que sous-traitant et en cette qualité ne déclarent pas leur activité auprès de l'Anesm dans le cadre des rapports d'activité semestriel. On peut donc penser que la part des organismes habilités « actifs » est plus importante.

Lors du premier semestre, 2 050 missions d'évaluation externe ont été déclarées dont 1 192 « en cours » (soit 58 %). Lors du second semestre, 3 363 ont été déclarées dont 2 010 « en cours » (soit 60 %).

	1 ^{er} semestre 2010	2 ^e semestre 2010	1 ^{er} semestre 2011	2 ^e semestre 2011	1 ^{er} semestre 2012	2 ^e semestre 2012	1 ^{er} semestre 2013	2 ^e semestre 2013
Nombre d'organismes habilités devant transmettre un rapport d'activité	437	575	707	866	925	1 042	1 068	1 213
Nombre d'organismes habilités ayant déclaré une activité	75		308		280		367	
	27	86	246	230	204	200	252	317
Nombre de missions déclarées dans les rapports d'activité semestriels	230		1 284	1 093	924	1 022	2 050	3 363
Nombre de missions déclarées « en cours » dans les rapports d'activité semestriels	113		579	263	348	515	1 192	2 010

Source Anesm — 2013

Concernant les seules missions d'évaluation externe déclarées « réalisées » dans les rapports d'activité semestriels, on observe une forte progression entre 2010 et 2011 avec un passage de 117 à 1 535 missions, un ralentissement entre

2011 et 2012, puis un accroissement d'activité en 2013 avec 2 197 missions.

Le nombre moyen de missions par organisme habilité augmente et passe à 6.

	2010	1 ^{er} semestre 2011	2 ^e semestre 2011	1 ^{er} semestre 2012	2 ^e semestre 2012	1 ^{er} semestre 2013	2 ^e semestre 2013
Nombre d'organismes habilités ayant déclaré une activité « réalisée » au cours du semestre	49	200	192	155	136	240	229
Nombre de missions déclarées réalisées dans les rapports d'activité semestriels	117	1 535		1 083		2 197	
		705	830	576	507	858	1 339
Nombre moyen de missions réalisées par organismes habilités	2	4	4	4	4	4	6

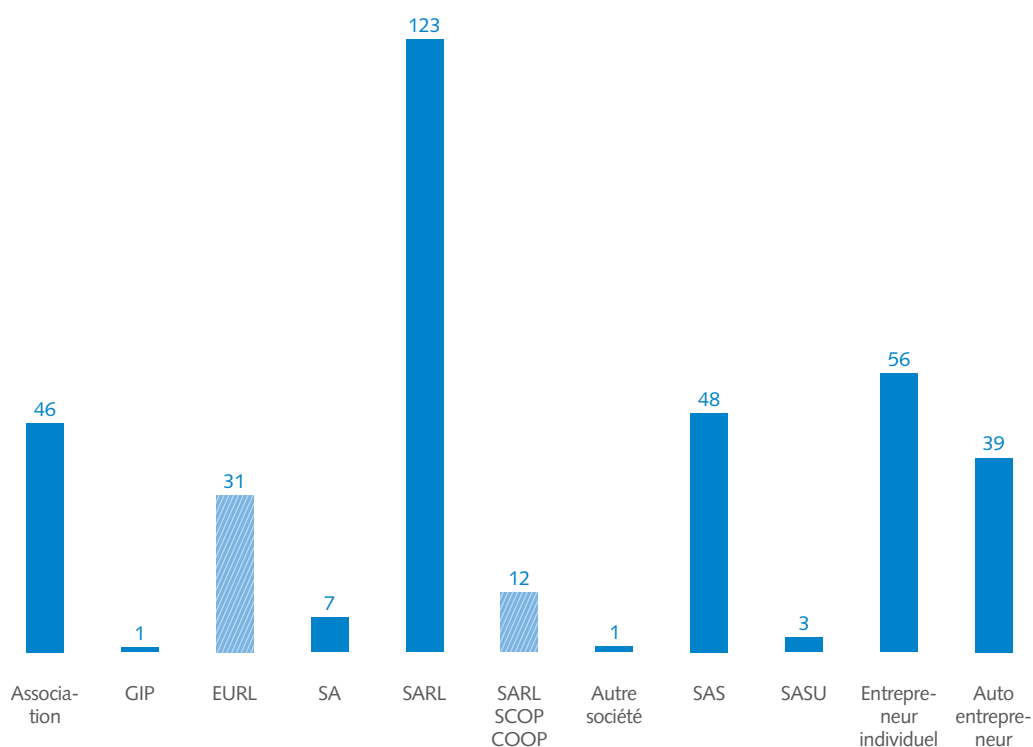
Source Anesm — 2013

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

Les organismes habilités ayant réalisé des évaluations externes sont à 74 % essentiellement des personnes morales. 26 % de ces organismes sont donc constitués de personnes physiques.

Forme juridique des organismes habilités

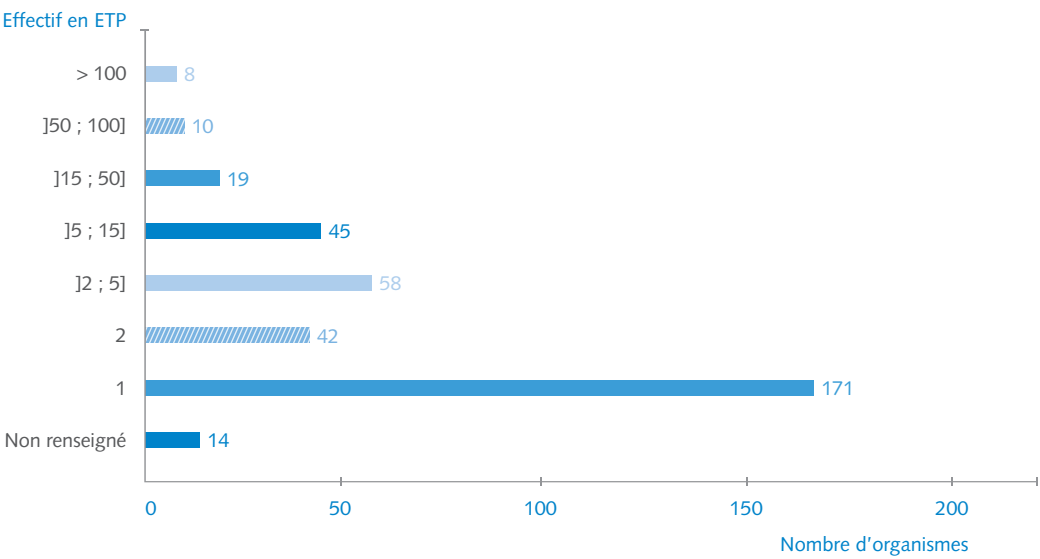
Source — Anesm 2013



Les effectifs des organismes habilités
ayant réalisé des évaluations externes

Effectifs des OH ayant réalisé des évaluations externes

Source — Anesm 2013



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 :

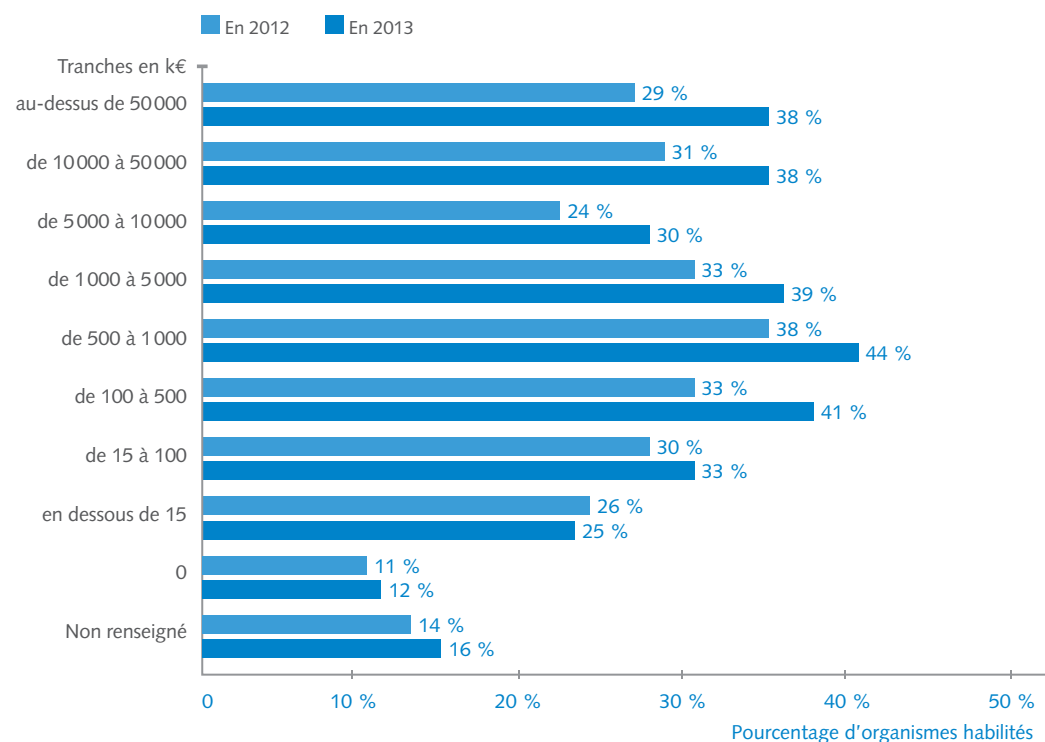
1 ^{er} semestre 2012			2 ^e semestre 2012			1 ^{er} semestre 2013			2 ^e semestre 2013		
OH ne facturant pas la TVA	OH facturant la TVA	Total	OH ne facturant pas la TVA	OH facturant la TVA	Total	OH ne facturant pas la TVA	OH facturant la TVA	Total	OH ne facturant pas la TVA	OH facturant la TVA	Total
61	143	203	48	152	200	65	187	252	83	234	317
29 %	70 %	100 %	24 %	76 %	100 %	29 %	70 %	100 %	24 %	76 %	100 %

Source Anesm — 2013

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

Pourcentage des organismes habilités ayant eu une activité d'évaluation externe en 2012 et 2013 parmi l'ensemble des organismes habilités, selon leur chiffre d'affaires

Source — Anesm 2013



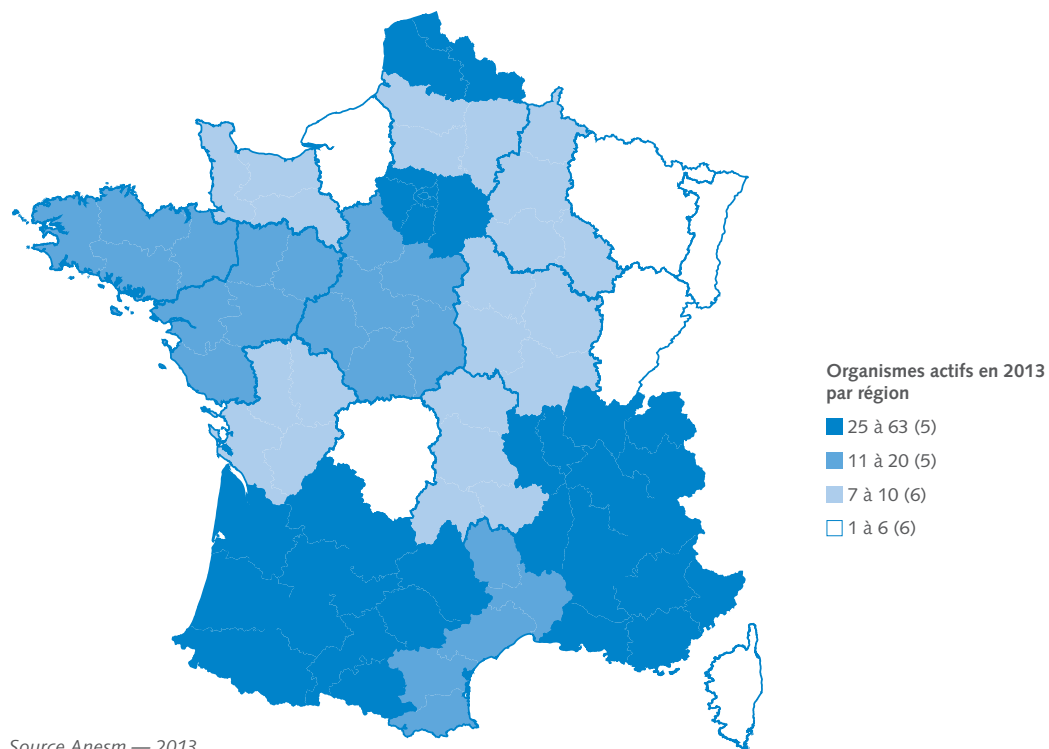
La localisation géographique des organismes ayant réalisé des évaluations externes

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 Île-de-France.

Départements	Organisme ayant son siège dans la région et ayant eu une activité d'évaluation externe 2013	Départements	Organisme ayant son siège dans la région et ayant eu une activité d'évaluation externe 2013
01 Ain	1	25 Doubs	4
02 Aisne	0	26 Drôme	5
03 Allier	3	27 Eure	1
04 Alpes-de-Haute-Provence	0	28 Eure-et-Loir	1
05 Hautes-Alpes	1	29 Finistère	4
06 Alpes-Maritimes	9	30 Gard	6
07 Ardèche	0	31 Haute-Garonne	16
08 Ardennes	1	32 Gers	0
09 Ariège	0	33 Gironde	19
10 Aube	2	34 Hérault	11
11 Aude	1	35 Ille-et-Vilaine	9
12 Aveyron	3	36 Indre	0
13 Bouches-du-Rhône	18	37 Indre-et-Loire	4
14 Calvados	5	38 Isère	9
15 Cantal	1	39 Jura	1
16 Charente	1	40 Landes	1
17 Charente-Maritime	2	41 Loir-et-Cher	1
18 Cher	2	42 Loire	3
19 Corrèze	1	43 Haute-Loire	1
2A Corse-du-Sud	0	44 Loire-Atlantique	7
2B Haute-Corse	1	45 Loiret	3
21 Côte-d'Or	4	46 Lot	1
22 Côtes-d'Armor	3	47 Lot-et-Garonne	3
23 Creuse	1	48 Lozère	0
24 Dordogne	2	49 Maine-et-Loire	5

Départements	Organisme ayant son siège dans la région et ayant eu une activité d'évaluation externe 2013	Départements	Organisme ayant son siège dans la région et ayant eu une activité d'évaluation externe 2013
50 Manche	1	75 Paris	25
51 Marne	4	76 Seine-Maritime	3
52 Haute-Marne	1	77 Seine-et-Marne	3
53 Mayenne	2	78 Yvelines	5
54 Meurthe-et-Moselle	3	79 Deux-Sèvres	5
55 Meuse	0	80 Somme	3
56 Morbihan	1	81 Tarn	3
57 Moselle	2	82 Tarn-et-Garonne	1
58 Nièvre	0	83 Var	7
59 Nord	17	84 Vaucluse	5
60 Oise	4	85 Vendée	3
61 Orne	1	86 Vienne	2
62 Pas-de-Calais	2	87 Haute-Vienne	3
63 Puy-de-Dôme	5	88 Vosges	0
64 Pyrénées-Atlantiques	5	89 Yonne	3
65 Hautes-Pyrénées	1	90 Territoire-de-Belfort	0
66 Pyrénées-Orientales	2	91 Essonne	3
67 Bas-Rhin	3	92 Hauts-de-Seine	10
68 Haut-Rhin	3	93 Seine-Saint-Denis	4
69 Rhône	22	94 Val-de-Marne	13
70 Haute-Saône	0	95 Val-d'Oise	0
71 Saône-et-Loire	0	97 Guadeloupe - Réunion - Martinique	5
72 Sarthe	1	Suisse	0
73 Savoie	2	Luxembourg	0
74 Haute-Savoie	2		

Régions		Régions	
Alsace	6	Lorraine	5
Aquitaine	30	Midi-Pyrénées	25
Auvergne	10	Nord-Pas-de-Calais	19
Bourgogne	7	Basse-Normandie	7
Bretagne	17	Haute-Normandie	4
Centre	11	Pays-de-Loire	18
Champagne-Ardenne	8	Picardie	7
Corse	1	Poitou-Charentes	10
Franche-Comté	5	Provence-Alpes-Côte d'Azur	40
Île-de-France	63	Rhône-Alpes	44
Languedoc-Roussillon	20		
Limousin	5		



LE PRIX DES MISSIONS D'ÉVALUATION EXTERNE AU 31 DÉCEMBRE 2013

Toutes catégories d'ESSMS confondues, les dépenses des établissements et services au titre de l'évaluation externe depuis 2010 représentent environ 38 464 638 euros (TTC).

Depuis 2010, les coûts moyens des évaluations se stabilisent. Ainsi entre 2012 et 2013, le prix moyen d'une évaluation externe en Ehpad varie de moins de 1 %. Cependant, on continue d'observer une augmentation dans certaines catégories comme pour les MECS. En revanche, celui en CHRS diminue de près de 5 %.

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	1 ^{er} semestre 2013	2 ^e semestre 2013	2 ^e semestre 2013	Montant total
Missions réalisées	Missions réalisées	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 €	4 953 469 €	8 626 085 €	12 620 023 €	38 464 638 €

Source Anesm — 2013

	Cumul à fin 2012	Cumul à fin 2013	Évolution fin 2013/fin 2012	Écarts type
EHPAD	7 809 €	7 777 €	-0,41 %	3 215 €
CHRS	6 953 €	6 611 €	-4,92 %	3 986 €
OSAP	3 440 €	3 447 €	0,20 %	2 257 €
IME/ITEP	7 337 €	7 267 €	-0,95 %	2 778 €
ESAT	6 011 €	6 726 €	11,89 %	2 480 €
SAVS/SAMSAH	4 103 €	4 535 €	10,53 %	1 676 €
SESSAD	4 639 €	4 895 €	5,52 %	1 968 €
SSIAD	4 599 €	4 892 €	6,37 %	1 919 €
Foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés	5 464 €	5 654 €	3,48 %	2 842 €
MAS/FAM/FOYER	6 121 €	6 120 €	-0,02 %	2 828 €
MECS	6 375 €	7 263 €	13,93 %	3 333 €
CMPP		6 888 €		6 320 €
CAMSP		6 158 €		7 957 €

Source Anesm — 2013

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	2013	Nombre moyen de jours/homme facturés	2013
EHPAD	2,4	EHPAD	7,5
CHRS	2	CHRS	6,0
OSAP	1,3	OSAP	3,6
IME/ITEP	2,2	IME/ITEP	6,5
ESAT	2,1	ESAT	6,2
SAVS/SAMSAH	2,0	SAVS/SAMSAH	4,4
SESSAD	2,1	SESSAD	4,7
SSIAD	1,9	SSIAD	4,7
Foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés	2,1	Foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés	5,1
MAS/FAM/FOYER	2,2	MAS/FAM/FOYER	5,7
MECS	1,9	MECS	6,4
CMPP	2	CMPP	6,1
CAMSP	2,1	CAMSP	5,6

Source Anesm — 2013



PARTIE 3

DONNÉES ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES

Données administratives



ORGANIGRAMME DE L'ANESM AU 31/12/2013



EMPLOIS, CATÉGORIES ET MOUVEMENTS 2013

L'évolution des emplois depuis 2011 a été la suivante :

ETP et ETPT dont Agent comptable

	2011	2012	2013
Nombre de personnes au 31/12/n	28	31	29
ETP au 31/12/n	26,7	29,5	27,7
ETPT	26,28	28,44	27,59

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 2013. 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.

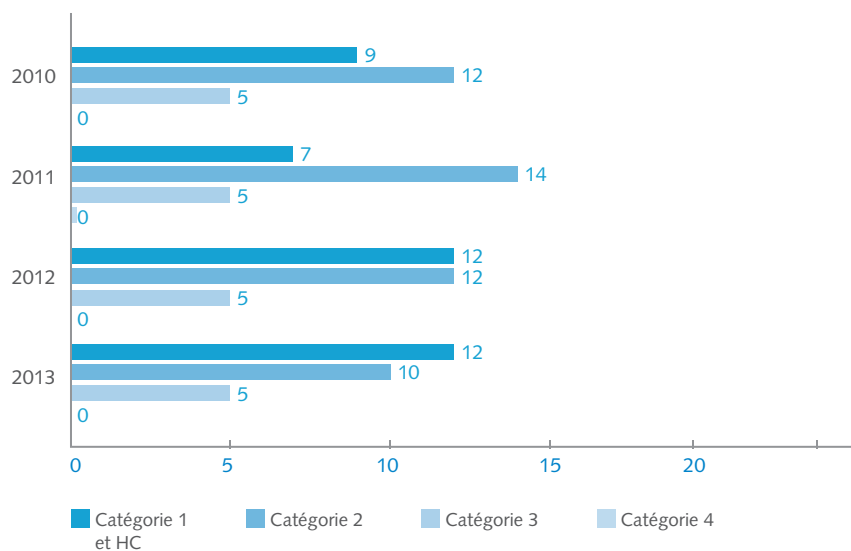


La répartition entre ces trois catégories a légèrement évolué depuis 2011, toujours au bénéfice de la catégorie 1.

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

	Cat. 1 et HC	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4
2011	7	14	5	0
2012	12	12	5	0
2013	12	10	5	0

Hors directeur, et agent comptable.



Les mouvements 2013 ont été les suivants (hors remplacement congés maternité) :

L'origine des départs a été :

- 2 départs de CDI ;
- 1 fin de détachement ;
- 1 fin de mise à disposition.

L'Anesm, en auto-assurance, a versé pendant un mois entre juillet et août 2013 une Allocation Recherche Emploi (ARE) à un agent.

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

- CDI : 17 mois
- Détachement : 3 ans et 3 mois
- Mise à disposition : 2 ans et 2 mois

Année 2013	Entrées	Sorties
Catégorie 1/HC	3	3
Catégorie 2	1	1
Catégorie 3	0	0
Total	4	4

CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNELS DE L'AGENCE

L'Agence se caractérise toujours par un taux de féminisation de ses effectifs important : 70 % en 2012, et 75,9 % en 2013 avec une stabilité de cette répartition depuis 2009.

La moyenne d'âge des collaborateurs de l'Anesm présents au 31/12/2013 est relativement jeune : les 30-39 ans et les moins de 30 ans représentent ensemble 69,1 %.

Répartition du personnel par genre entre 2011 et 2013

	2011		2012		2013	
Femmes	21	77,7 %	21	70 %	22	75,9 %
Hommes	6	22,3 %	9	30 %	7	24,1 %

Répartition du personnel par âge entre 2012 et 2013

	2012	Répartition	2013	Répartition
> 60 ans	2	3,7 %	1	3,4 %
50-59 ans	3	11,2 %	3	10,3 %
40-49 ans	4	7,4 %	5	17,2 %
30-39 ans	14	62,9 %	16	55,3 %
< 30 ans	7	14,8 %	4	13,8 %

ABSENTÉISME ET DURÉE DU TRAVAIL

Les jours d'absence ont nettement diminué en 2013.

En 2013, le nombre d'arrêt dont :

- la durée est inférieure à 5 jours est de 7 ;
- la durée est comprise entre 5 et 10 jours est de 3 ;
- la durée est supérieure à 20 jours est de 5.

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

	2012	2013
Taux d'absentéisme agents	< 3 %	< 3 %

Évolution de l'absentéisme entre 2012 et 2013

	2012 • Effectifs : 30		2013 • Effectifs : 29	
Motifs	Agents absents	Jours d'absence	Agents absents	Jours d'absence
Congés maladie Dont arrêts pré et post-natal	7 2	258 129	11 0	114 0
Accidents du travail	0	0	1	16
Congés maternité	3	284	0	0
Total		542		130

Hors agent comptable

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 2011	Agents 201	Agents 2013
5 %	0	0	1
80 %	2	3	1
100 %	25	26	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 cinq agents en 2013, soit 19.23 % des agents contractuels de droit public. Un agent a été promu en interne en accédant au poste de Responsable de projet « services » (poste de catégorie 1) en décembre 2013.

FORMATION DU PERSONNEL

De nouvelles formations ont été engagées en 2013, d'autres ont été reconduites, comme la formation en communication. En 2013, 57.42 % du budget formation se répartissant comme suit :

- Formation Communication : 47.1 %
- Formation en bureautique (Excel et Word appliqué aux travaux de recommandations) : 26.9 %
- Formation métier juridique : 4.2 %
- Formation métier comptabilité : 19.4 %
- Journées conférence et participation à des colloques : 2.4 %

Données financières

COMPTE DE RÉSULTAT 2013

Charges

	Exercice 2013	Exercice 2012
CHARGES D'EXPLOITATION	1 137 049,98	1 383 137,20
Achats non stockés de matières et fournitures	20 525,18	33 309,76
Personnel extérieur de l'établissement		
- autres	174 611,74	165 674,47
Autres services extérieurs	941 913,06	1 184 152,97
IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS	146 278,95	183 087,62
Sur rémunérations	142 309,40	135 618,38
Autres	3969,55	47 469,24
CHARGES DE PERSONNEL	1 493 499,07	1 573 905,98
Salaires et traitements	1 087 661,14	1 136 903,69
Charges sociales	405 837,93	437 002,29
DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS ET PROVISIONS	129 180,30	53 334,00
Sur immobilisations : dotations aux amortissements	129 180,30	53 334,00
AUTRES CHARGES		
TOTAL I	2 906 008,30	3 193 464,80
CHARGES SPÉCIFIQUES		
CHARGES FINANCIÈRES		
Charges assimilées		
Différences négatives de change		
Autres charges financières		
CHARGES EXCEPTIONNELLES		17,00
Sur opérations de gestion		17,00
Sur opérations exercice antérieur		
Sur opérations en capital		
- valeurs comptables des éléments immobilisés		
- autres		
TOTAL II		17,00
TOTAL DES CHARGES	2 906 008,30	3 193 481,80
Solde créditeur = excédent	240 188,29	253 886,15
TOTAL GÉNÉRAL	3 146 196,59	3 447 367,95

Produits

	Exercice 2013	Exercice 2012
PRODUITS D'EXPLOITATIONS	3 130 211,72	3 402 381,72
Production vendue		
- ventes de marchandise		
- prestations de services et études, activités annexes		
Subvention d'exploitation	3 127 830,00	3 400 000,00
Autres produits	2 381,72	2 381,72
TOTAL I	3 130 211,72	3 402 381,72
PRODUITS SPÉCIFIQUES		
Reprise de charges sur exploitation		
PRODUITS FINANCIERS		
Autres intérêts et produits assimilés		
Différences positives de change		
PRODUITS EXCEPTIONNELS	15 984,87	44 986,23
Sur opérations de gestion	15 984,87	44 986,23
Sur opérations en capital		
TOTAL II	15 984,87	44 986,23
TOTAL DES PRODUITS	3 146 196,59	3 447 367,95
Solde débiteur = perte		
TOTAL GÉNÉRAL	3 146 196,59	3 447 367,95

Résultat au 31/12/2013 - Cadre récapitulatif

	Charges	Produits
TOTAL	2 906 008,30	3 146 196,59
Excédent	240 188,29	
	3 146 196,59	3 146 196,59

BILAN 2013

Actif

	Exercice 2013			Exercice 2012
	Brut	Amortissements et provisions (à déduire)	Net	Net
ACTIF IMMOBILISÉ				
Immobilisations incorporelles	110 217,52	59 972,02	50 245,50	64 972,69
Concessions et droits similaires	110 217,52	59 972,02	50 245,50	64 972,69
Immobilisations corporelles	145 619,75	119 857,08	25 762,67	134 741,68
Autres immobilisations corporelles	145 619,75	119 857,08	25 762,67	134 741,68
Immobilisations financières				
TOTAL I	255 837,27	179 829,10	76 008,17	199 714,37
ACTIF CIRCULANT				
Stocks et en cours				
Acomptes et avances versés sur commande				
Créances d'exploitation	95 113,99		95 113,99	73 847,28
Créances clients et comptes rattachés				
Autres créances d'exploitations	95 113,99		95 113,99	73 847,28
Créances diverses	2 629 415,41		2 629 415,41	2 128 496,97
Valeurs mobilières de placements				
Disponibilités	2 629 415,41		2 629 415,41	2 128 496,97
Virements émis				
TOTAL II	2 724 529,40		2 724 529,40	2 202 344,25
Charges à répartir sur plusieurs exercices				
TOTAL III				
Charges constatées d'avance				
TOTAL IV				
Écart de conversion - actif				
TOTAL V				
TOTAL GÉNÉRAL (I+II+III+IV+V)	2 980 366,67	179 829,10	2 800 537,57	2 402 058,62

Passif

	Exercice 2013	Exercice 2012
CAPITAUX PROPRES		
Réserves	1 493 962,14	1 240 075,99
- Report à nouveau		
- Réserves	1 493 962,14	1 240 075,99
Résultat de l'exercice	240 188,29	253 886,15
TOTAL I	1 734 150,43	1 493 962,14
PROVISIONS POUR RISQUES		
TOTAL II		
DETTES		
Dettes d'exploitation	661 349,43	466 096,48
- Dettes fournisseurs et comptes rattachés	574 315,61	421 415,99
- Dettes fiscales et sociales	87 033,82	44 680,49
- Autres		
Dettes diverses	405 037,71	442 000,00
- Dettes sur immobilisations et comptes rattachés		
- Autres dettes	2 580,21	
- Comptes transitoires ou d'attente	402 457,50	442 000,00
TOTAL III	1 066 387,14	908 096,48
COMPTES DE RÉGULARISATION		
Écart de conversion - PASSIF		
TOTAL IV		
TOTAL GÉNÉRAL (I+II+III+IV)	2 800 537,57	2 402 058,62

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...

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 (voir fiche détaillée en annexe 3).



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** (voir fiche en annexe 3). 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 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 de bonnes pratiques professionnelles, 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 **CS** est consulté, le cas échéant par voie écrite en 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 à l'issue de la procédure de la recommandation.

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 qualitative arrêtée par le directeur. La composition des différents groupes d'appui est détaillée en annexe 4.

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 3).

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 (cf. annexe 3) 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 recommandation 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 du § 4 ci-dessus, à l'exception d'un retour au groupe de travail.

Dans tous les cas, elle 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.²⁷

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 sur la lettre de cadrage et lors de points d'étapes.

La communication

Le service Communication reçoit la copie du projet de recommandation après validation juridique et avis des instances. Il intervient si 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.

²⁷ Convention constitutive du GIP Anesm



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'intérêt²⁸. 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 3 à 5 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.

²⁸ Cf. Formulaire de déclaration d'intérêts et notice explicative sur www.anesm.sante.gouv.fr

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 : Synthèse de l'analyse nationale 2012 sur la bientraitance en MAS-FAM

Déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Maisons d'accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé

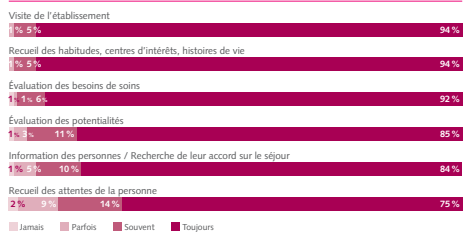
SYNTHÈSE DE L'ANALYSE NATIONALE 2012

Cette synthèse présente les résultats de l'enquête d'autoévaluation des pratiques menée auprès de l'ensemble des établissements entre le 1^{er} octobre et le 9 décembre 2012. 1 095 structures ont répondu à cette enquête, soit un taux de participation de 76,6 %. Le rapport d'enquête dans son intégralité est disponible sur www.anesm.sante.gouv.fr

Accueil et évaluation initiale

L'accueil et l'évaluation font l'objet d'une attention importante. Cependant les pratiques les moins mises en œuvre sont celles impliquant la participation directe de l'usager (information, recueil de ses attentes, recherche de son accord sur le séjour).

Pratiques mises en œuvre lors de la phase d'accueil



■ Jamais ■ Parfois ■ Souvent ■ Toujours
Lire ainsi — 94 % des structures répondantes (MAS et FAM) réalisent toujours une visite de l'établissement lors de la phase d'accueil.

Anesm

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

ANESM 33 boulevard Ornano - 93200 Saint-Denis • T 01 48 13 91 00
www.anesm.sante.gouv.fr • Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables

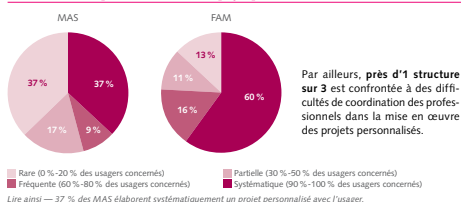
PERSONNES HANDICAPÉES

Élaboration et mise en œuvre des projets personnalisés

85 % des établissements formalisent, pour l'ensemble de leurs usagers, des projets élaborés en équipe pluridisciplinaire qui intègrent toutes les dimensions de l'accompagnement (soins, vie quotidienne, vie sociale etc.).

En revanche, les projets ne sont pas toujours élaborés avec les usagers, notamment en MAS.

Élaboration avec les personnes accueillies des projets personnalisés

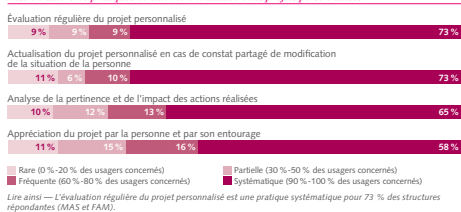


Par ailleurs, près d'1 structure sur 3 est confrontée à des difficultés de coordination des professionnels dans la mise en œuvre des projets personnalisés.

Évaluation des projets personnalisés

L'évaluation des projets est globalement réalisée, mais elle n'implique pas nécessairement les usagers et leurs proches.

Mise en œuvre de pratiques de suivi et d'évaluation des projets personnalisés



■ Rare (0 %-20 % des usagers concernés) ■ Fréquente (60 %-80 % des usagers concernés) ■ Systématique (90 %-100 % des usagers concernés) ■ Partielle (30 %-50 % des usagers concernés)
Lire ainsi — L'évaluation régulière du projet personnalisé est une pratique systématique pour 73 % des structures répondantes (MAS et FAM).

ANESM • Déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Maisons d'accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé - Synthèse de l'analyse nationale 2012

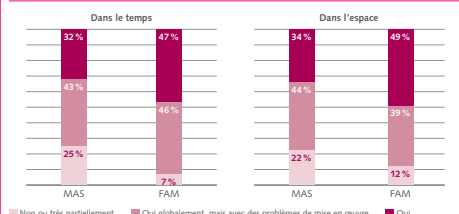
PERSONNES HANDICAPÉES

Vie en collectivité et accompagnement personnalisé

Proportion d'établissements proposant à tous ses résidents

	MAS	FAM
Une chambre individuelle	54 %	74 %
Une salle de bain individuelle adaptée	34 %	61 %

Mise en place de dispositifs et outils pour aider les usagers à se repérer



■ Non ou très partiellement ■ Oui globalement, mais avec des problèmes de mise en œuvre ■ Oui
Lire ainsi — 32 % des MAS mettent en place (sans difficulté) des dispositifs et outils pour aider les usagers à se repérer dans le temps.

Plus d'1 établissement sur 2 rencontre des difficultés dans la mise en place des activités individuelles et collectives. Les MAS sont les plus concernées par ces difficultés.

Expression collective

Plus de 9 établissements sur 10 ont un CVS. Ce CVS compte au moins un usager dans :

• 9 FAM sur 10

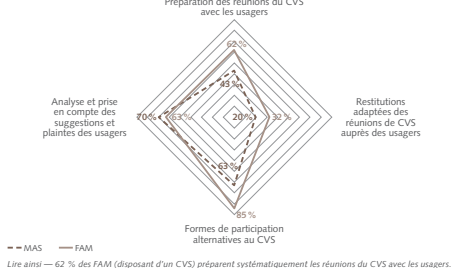
• 6 MAS sur 10

Le CVS permet toujours l'expression et la prise en compte de la parole des usagers d'après :

• 57 % des MAS

• 72 % des FAM

Sont systématiquement organisées :



Ouverture des établissements à et sur l'extérieur

Chaque établissement compte en moyenne 16 % de résidents socialement isolés (n'ayant eu aucun contact avec des proches, ni direct, ni à distance, au cours des 6 derniers mois).

2 structures sur 3 proposent régulièrement des initiatives pour ouvrir l'établissement à et sur l'extérieur.

Liberté d'aller et venir

■ Bénéficiaire de la liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement : 85 % des usagers

■ Bénéficiaire de la liberté d'aller et venir à l'extérieur de l'établissement : 47 % des usagers

Plus les risques et bénéfices de la liberté d'aller et venir sont évalués, plus cette liberté est effective.

Continuité des soins

La continuité des soins est assurée sans difficulté :

Le jour : 93 % des établissements

La nuit : 70 % des établissements

Annexe 5 : Composition nominative du Conseil d'administration

AU TITRE DU PREMIER COLLÈGE DES AUTORITÉS COMPÉTENTES À L'ÉGARD DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX (11 MEMBRES)

Neuf représentants de l'État

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Sabine FOURCADE, directrice générale de la cohésion sociale

Virginie MAGNANT (suppléante), cheffe de service des politiques d'appui, adjointe à la directrice générale

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

Franck VON-LENEP, directeur

Etienne DEBAUCHE (suppléant), chef du bureau « handicap et dépendance »

Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)

Jean-Louis DAUMAS, directeur remplacé par **Catherine SULTAN** depuis le 5 juin 2013

Damien MULLIEZ (suppléant), sous-directeur des missions de protection judiciaire et d'éducation remplacé par **Vincent HUBAULT**, chef du service d'audit central national depuis le 19/06/2013

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Thomas FATOME, directeur

Jérôme CLERC (suppléant), chef du bureau établissements sanitaires et établissements médico-sociaux remplacé par **Samuel DELAFUYS**, attaché d'administration des affaires sociales depuis le 6/12/2013

Direction générale de l'organisation des soins (DGOS)

Jean DEBEAUPUIS, directeur

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

Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

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

Agence Régionale de santé (ARS)

Michel LAFORCADE, directeur général de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine

Françoise VAN RECHEM, directrice générale adjointe de l'Agence régionale de Picardie

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Luc ALLAIRE, directeur

Xavier DUPONT, directeur des établissements et services médicaux-sociaux

AU TITRE DU COLLÈGE DES PERSONNES MORALES DE DROIT PUBLIC OU PRIVÉ (11 MEMBRES)

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

Philippe JOURDY, directeur général de l'Association pour la sauvegarde des enfants invalides (ASEI)

Représentant la Fédération hospitalière de France (FHF)

Murielle JAMOT, adjointe en charge du secteur social et médico-social remplacée par **Elodie HEMERY**, adjointe en charge du secteur social et médico-social depuis le 7/01/2013

Mathilde CRESSENS (suppléante), directrice d'Ehpad Pont d'Ain

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

Francis LACROIX, président de la Fédération Midi-Pyrénées, administrateur national, remplacé par **Gaëlle TELLIER**, déléguée régionale nord – Groupe SOS depuis le 8/10/2013

Aurélien DUCLOUX (suppléant), chargé de mission

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

Florence ARNAIZ-MAUMÉ, déléguée générale

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

Thierry NOUVEL, directeur général

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

Christian MESNIER, directeur général de la Fondation Grancher

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

Jean-Louis HOURTOULE

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

Gisèle STIEVENARD, adjointe au maire de la ville de Paris, conseillère générale

Nelly BAUDRON (suppléante), conseillère technique et juridique remplacée par **Eléonora BUSI**, conseillère technique et juridique depuis le 6/05/2013

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

Thierry COUVERT-LEROY, responsable Gestion et Ressources de la solidarité

Ronald MAIRE, conseiller technique Organisation territoriale - Politique sanitaires et sociales (suppléant)

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

Michel BENARD, président

Didier SAPY (suppléant), directeur

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

Thierry D'ABOVILLE, secrétaire général de l'ADMR

Marcel TANFIN (suppléant), président de l'ADMR

AU TITRE DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS (4 MEMBRES)

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

Philippe CHAZAL, secrétaire général du Comité national pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes (CNPSAA)

Désigné par le Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA)

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

Claudy JARRY (suppléant), président de la Fédération nationale des associations de Directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA)

Désignée par le Groupement d'intérêt public enfance en danger (GIPED)

Marie-Paule Martin-BLACHAIS, directrice générale

Jean-Marie MULLER (suppléant), président de la Fédération Nationale des ADEPAPE

Désigné par la Fondation Armée du Salut

Alain DUCHENE, président

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

ASSISTENT PAR AILLEURS AUX RÉUNIONS (5 MEMBRES)

André DUCOURNAU, président du Comité d'orientation stratégique, représentant le Groupement national des Directeurs généraux d'association du secteur éducatif, social et médico-social (GNDA)

Bertrand GAUDIN, contrôleur général économique et financier remplacé par Monsieur Didier GALLET depuis août 2013

Laure LAGUERRE, agent comptable

Annie FOUQUET, président du Conseil scientifique

Guy JANVIER, commissaire du gouvernement nommé par arrêté du 7/06/2013

LISTE DES DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Quatre réunions en 2012

CA du 14 janvier 2013

- Approbation du projet de bail de l'Anesm
- Approbation de la modification de l'article 5 de la convention constitutive de l'Anesm relative au siège du groupement
- Adhésion de l'Anesm à l'association des utilisateurs du RIE (restaurant inter entreprises) au titre du bail

CA du 22 mars 2013

- Approbation du procès-verbal du conseil d'administration du 6 décembre 2012
- Approbation du procès-verbal du conseil d'administration du 14 janvier 2013
- Présentation et approbation du compte financier 2012
- Approbation de l'affectation du résultat de l'exercice 2012,

- Approbation du projet de bail liant l'Anesm a UBS Real Estate Kapitalanlagegesellschaft pour la prise en location d'un emplacement de stationnement
- Approbation du rapport d'activité 2012
- Approbation des modifications du règlement intérieur
- Approbation du dispositif de formation professionnelle aux personnels contractuels de droit public du GIP Anesm
- Approbation de la cession à titre gratuit de mobiliers et matériel informatique à une association du secteur de l'inclusion sociale

CA du 26 juin 2013

- Approbation du procès-verbal du conseil d'administration du 22 mars 2013
- Approbation de la modification de la convention constitutive de l'Anesm
- Approbation du budget rectificatif 2013 et du plafond des emplois 2013
- Approbation de l'adhésion de l'organisme (FFAMCO) « Fédération Française des associations de médecins coordonnateurs en Ehpad » au COS de l'Anesm
- Approbation de l'octroi d'une subvention par la CNAV
- Approbation du plan de formation des personnels de droit public

CA du 5 décembre 2013

- Élection du président du Conseil d'administration
- Approbation du procès-verbal du conseil d'administration du 26 juin 2013
- État d'avancement des travaux de l'Anesm 2013-2014 et approbation du programme annuel d'activité 2014
- Approbation du budget 2014
- Approbation des modalités de prise en charge par l'Anesm des frais de déplacements et missions de ses personnels et des personnes extérieures missionnées par l'Anesm
- Fixation d'une enveloppe annuelle 2014 en vue de l'attribution de bonifications indiciaires

Annexe 6 : Composition du Comité d'orientation stratégique et du bureau

QUATRE REPRÉSENTANTS DE L'ÉTAT

Sabine FOURCADE, directrice générale de la Cohésion sociale (DGCS)

Virginie MAGNANT (suppléante)

Franck VON-LENEP, directeur (DREES)

Etienne DEBAUCHE (suppléant)

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

Florence PERRIN (suppléante)

Damien MULLIEZ jusqu'au 17/06/2013, sous directeur des missions de protection judiciaire et d'éducation (DPJJ) (*en attente de nomination*)

Vincent HUBAULT (suppléant)

UN REPRÉSENTANT DES COLLECTIVITÉS LOCALES

Régine JOLY, vice-présidente du Conseil régional de Poitou-Charentes (ARF)

Françoise MESNARD (suppléante)

QUATRE REPRÉSENTANTS DES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

Colette LEGAT, conseillère technique, Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)

Christiane CREPIN (suppléante)

Martine DECHAMP, président de la commission Action sociale, Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVt)

Albert LAUTMAN remplacé par **Antonin BLANCKAERT** depuis le 25/09/2013 (suppléant)

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

Garmenick LEBLANC (suppléante)

Bruno LACHESNAIE, directeur de l'action sanitaire et sociale (CCMSA)

Franck DARTY (suppléant)

SEIZE REPRÉSENTANTS D'USAGERS

Philippe LEMAIRE, directeur centre d'accueil – (France terre d'asile)

Véronique LAY (suppléante)

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)

Claudy JARRY (suppléant)

Alain ROCHON, président de l'Association des paralysés de France (APF), désigné par le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) depuis le 17/10/2013

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

Angèle FOLLEVILLE (suppléante)

Jean-Claude JAMOT, médecin honoraire désigné par la Génération Mouvement « Les aînés ruraux »

Janyne DUJAY (suppléante)

Marie-Odile DESANA, présidente de l'Association France Alzheimer (Association France Alzheimer)

Catherine OLLIVET (suppléante)

Marcel HERAULT, président de la Fédération française Sésame autisme (Fédération française sésame autisme)

Jean-Louis AGARD (suppléant)

Danièle LANGLOYS, présidente de l'association Autisme France (Association Autisme France)

Jacqueline MANSOURIAN (suppléante)

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

Irène CERQUETTI (suppléante)

Henriette STEINBERG, secrétaire nationale du Secours populaire (Secours populaire)

Pascal RODIER (suppléant)

Monsieur Dominique MANIERE, directeur du Développement Médico-social (Secours catholique)

Luc MONTI remplacé par **Alice MULLER** depuis le 12/06/2013 (suppléante)

Michel FORENBACH, Union nationale des associations familiales (UNAF)

Christian-Jacques MALATIA (suppléant)

Huguette BOISSIONNAT PELS, Association ATD quart-monde

Marie-Agnès IUNG (suppléante)

Jean CANNEVA remplacé par **Michèle DRIoux** depuis le 28/02/2013 (UNAFAM)

Jean-Louis GILLES remplacé par **Jean CANNEVA** depuis le 28/02/2013 (suppléant)

FÉDÉRATION TRISOMIE 21 (*en attente de nomination*)

Régine CLEMENT (suppléante)

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

Patrick GAILDRY (suppléant)

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

Xavier DUPONT, directeur des établissements et services médico-sociaux (CNSA)

Guillaume BLANCO (suppléant)

Emilie PARNIERE, responsable du développement de la qualité (ANSP)

Sabine JEUCH (suppléante)

François BERARD, chef de service certification des établissements de santé (HAS) (suppléant) *en attente de nomination*

Philippe LACOMBE, directeur remplacé par **Gilles SERAPHIN** depuis le 01/10/2012, directeur, Observatoire national de l'enfance en danger (ONED)

Anne OUI (suppléant)

Christian BREUIL, directeur général Buc ressources, Union nationale des associations de formation et de recherche en intervention sociale (UNAFORIS) remplacé par **Olivier CANY**, directeur général de l'Institut du travail social depuis le 13/09/2013

Jean-Michel GODET remplacé par **Olivier CANY** depuis le 23/01/2013 et **Diane BOSSIERE** depuis le 21/10/2013 (suppléant)

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

Adeline LEBERCHE, directrice du secteur Médico-social, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

Laurent PERAZZO (suppléant)

Murielle JAMOT, adjointe en charge du secteur médico-social, Fédération hospitalière de France (FHF) remplacée par **Elodie HEMERY**, adjointe en charge du secteur médico-social depuis le 7/01/2013

Mathilde CRESSENS (suppléante)

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

Nathalie NEBOUT (suppléante)

Florian ROGER, directeur de l'Établissement MELAVIE (SYNERPA)

Laurentia PALAZZO remplacée par **Antoine FRAYSSE** depuis le 21/01/2013 (suppléant)

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)

Yann LE BERRE (suppléant)

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)

Brigitte MARION (suppléante)

Jean-Louis HOURTOULE, représentant l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)

Christophe PELLETIER (suppléant)

Gisèle STIEVENARD, adjointe au maire de Paris, vice-présidente du Conseil général représente l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)

Nelly BAUDRON remplacée par **Eléonora BUSI** depuis le 6/05/2013 (suppléante)

Dominique SACHER, vice-président du Comité d'orientation stratégique, Administrateur dans le réseau UNIOPSS, Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

Gérard MICHELITZ, directeur de l'établissement public médico-social départemental (EPMSD), représentant le Groupe national des établissements et services publics sociaux (GEPSSO) remplacé par **Pierre DELOR** depuis le 26/11/2013
Ignace LEPOUTRE (suppléant)

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) remplacé par **Thierry DIMBOUR**, directeur Creahi aquitaine depuis le 15/10/2013

Jean-Claude THIMEUR (suppléant)

Isabelle BARGES, présidente de la section « Personnes âgées », directrice du département formation et qualité de vie de la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)

Sandra BERTEZENE (suppléante)

Clara MARTIN-PREVEL, responsable Département Développement à l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR), remplacée par **Maud COLLOMB**, directrice du développement depuis le 01/10/2013

Christian FOURREAU (suppléant)

Serge HEUZÉ, représentant l'Association des IEP et de leurs réseaux (AIRE) remplacé par **Gilles GONNARD**, directeur dispositif ITEP et pôle autisme de l'association SERENA depuis le 9/12/2013

Yves MATHO remplacé par **Thierry ROMAIN** depuis le 9/12/2013 (suppléant)

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)

Carine PENOCCI (suppléante)

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)

Claire BOUSSION (suppléante)

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

Louis-Michel RELIQUET remplacé par **Georges MARTINHO** depuis le 10/10/2013 (suppléant)

Nathalie MAUBOURGUET, médecin coordonnateur en Ehpad représentant la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en Ehpad (FFAMCO) depuis le 26/06/2013

Yves CARTEAU depuis le 26/06/2013 (suppléant)

SIX REPRÉSENTANTS DES DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENTS

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)

Laurent VIGLIENO (suppléant)

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 (ARSEEA), représentant le Groupement national des directeurs généraux d'association du secteur éducatif, social et médico-social (GNDA)

Patrick ENOT (suppléant)

Gérard ZRIBI, directeur général de l'AFASER, représentant l'Association nationale des directeurs et des cadres des ESAT (ANDICAT)

Dominique GALLAY (suppléant)

Marie-prune CAPELLE, juriste représentant la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA) remplacée par **Valentine GHESQUIERES**, juriste depuis le 15/07/2013

Claudy JARRY (suppléant)

Sylvie PLATON, directrice de l'Ehpad « le Cédre », représentant l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)

Paul VEROT (suppléant)

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)

UN REPRÉSENTANT DES DIRECTEURS DES ADMINISTRATIONS SOCIALES DES DÉPARTEMENTS

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), remplacé par **Christophe BERGERY** depuis le 27/05/2013

Jean-Claude PLACIARD remplacé par **Olivier BRISSER** depuis le 27/05/2013 (suppléant)

QUATRE REPRÉSENTANTS DES EMPLOYEURS EN ÉTABLISSEMENT OU SERVICE SOCIAL OU MÉDICO-SOCIAL

Hugues VIDOR, directeur général de l'ADESSA à Domicile, représentant l'Union des syndicats et groupements d'employeurs représentatifs dans l'économie sociale (USGERES)

Jean-Louis LEMIERRE (suppléant)

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)

Philippe RICHARD (suppléant)

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)

Pascale VRHOVAC (suppléante)

MEDEF

Titulaire (*en attente de nomination*)

Suppléant (*en attente de nomination*)

CINQ REPRÉSENTANTS DES PERSONNELS EXERÇANT EN ÉTABLISSEMENT OU SERVICE SOCIAL OU MÉDICO-SOCIAL

Bertrand LAISNÉ, secrétaire fédéral de la Confédération française démocratique du travail santé sociaux (CFDT)

Norbert MARTEAU (suppléant)

Maya VAIR-PIOVA, Confédération générale du travail (CGT)

Pascal CHAVATTE (suppléant)

Jacqueline BERRUT, Confédération générale du travail - Force ouvrière (CGT-FO)

Eric DENISET (suppléant)

Jacques DOURY, Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)

Christine DIVAY (suppléante)

Jean-Baptiste PLARIER, Confédération française de l'encadrement (CFE-CGC)

Patrice MALLERON (suppléant) depuis le 4/10/2013

LISTE DES AVIS RENDUS PAR LE COMITÉ D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

12 avis rendus en 2013

Avis n° 2013-57 favorable (25/01/2013)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur / jeune majeur en cours de mesure »

Avis n° 2013-58 favorable (8/04/2013)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en ESAT »

Avis n° 2013-59 favorable (8/04/2013)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Qualité de vie en MAS-FAM (volet n° 1) : Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté »

Avis n° 2013-60 favorable (8/04/2013)

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune dans le champ de la protection de l'enfance »

Avis n° 2013-61 favorable (8/04/2013)

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Personnalisation de l'accompagnement des demandeurs d'asile accueillis en CADA »

Avis n° 2013-62 favorable (19/06/2013)

Lettre de cadrage intitulée de la recommandation de bonnes pratiques intitulée « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, repérage, accompagnement ».

Avis n° 2013-63 favorable (19/06/2013)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée »

Avis n° 2013-64 favorable (20/09/2013)

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques intitulée : « L'accompagnement des aidants non professionnels de personne âgée dépendante, de personne adulte handicapée ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile »

Avis n° 2013-65 favorable (20/09/2013)

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques intitulée : « Rôle et place des CAMSP dans le repérage, le diagnostic et l'intervention précoce »

Avis n° 2013-66 favorable (20/09/2013)

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques intitulée : « Évaluation interne : repères pour les établissements et services mettant en œuvre des mesures éducatives dans le champ de l'enfance »

Avis n° 2013-67 favorable (20/09/2013)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Qualité de vie en MAS-FAM – volet n° 2 : vie quotidienne, sociale, culture et loisirs »

Avis n° 2013-68 favorable (13/12/2013)

Guide pour la contractualisation de l'évaluation externe pour les ESSMS

COMPOSITION NOMINATIVE DU BUREAU DU COMITÉ D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

Quinze membres**Président**

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

Vice-président

Dominique SACHER, Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) jusqu'au 28/09/2013 et remplacé par **Thierry NOUVEL** de Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI) depuis le 13/12/2013.

Section Personnes âgées

Mme Isabelle BARGES, présidente de la section, Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Agées (FNAQPA)

Monsieur Jean-Claude JAMOT, vice-président de la section, Génération Mouvement « Les Aînés Ruraux »

Section personnes handicapées

Thierry NOUVEL, président de la section, Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI) jusqu'au 28/09/2013 et remplacé par **Catherine WARTEL** de l'Association des paralysés de France (APF) depuis le 13/12/2013

Catherine WARTEL, vice-présidente de la section, Association des paralysés de France (APF) jusqu'au 28/09/2013 et remplacée par **Marie ABOUSSA** de la Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (FEGAPEI) depuis le 13/12/2013

Section enfance

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)

Emmanuel FAYEMI, Vice-président de la section, La Convention nationale des associations de protection de l'enfant (LA CNAPE)

Section inclusion sociale

Armelle DE GUIBERT, présidente de la section, Association des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux et médico-sociaux (D3S) jusqu'au 28/09/2013 et remplacée par **Jean-Pierre GILLES** de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) depuis le 13/12/2013

Henriette STEINBERG, Vice-présidente de la section, Secours populaire français

Représentants des usagers et autres membres

Marcel HÉRAULT, Fédération française sésame autisme

Philippe LEMAIRE, France terre d'asile

Jean CANNEVA, Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) jusqu'au 20/03/2013 et remplacé par Mme Michèle DRIoux depuis le 8/04/2013

Autres membres

Serge HEUZÉ, Association des IEP et de leurs réseaux (AIRE) jusqu'au 9/12/2013 et remplacé par **Gilles GONNARD** depuis le 13/12/2013

Annexe 7 : Composition du Conseil scientifique (arrêtés de nomination du 28 mars 2012 et du 20 décembre 2013)

QUINZE MEMBRES

Annie FOUQUET, présidente du Conseil scientifique de l'Anesm, Inspectrice générale, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), en cessation d'activité

Brigitte BOUQUET, professeur émérite du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), en cessation d'activité

Sylvain CONNANGLE, directeur établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) La Madeleine

Chantal DESCHAMPS, chargée de mission à l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, en cessation d'activité, (*démission en date du 18 octobre 2012*) et remplacée par **Sandra BERTEZENE-VALLAT** nommée par arrêté du 20 décembre 2013

Roland GEADAH, directeur du Centre international de consultation d'études et de recherches et de formation (Cicerf)

Catherine GRENIER, directrice de pôle à la Haute autorité de santé (HAS)

Marcel JAEGER, professeur au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), titulaire de la Chaire de travail social et de l'intervention sociale

Didier JAYLE, professeur au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), titulaire de la Chaire d'addictologie

Claude JEANDEL, professeur de médecine au CHRU de Montpellier

Marie-Paule MARTIN-BLACHAIS, directrice du GIP « Enfance en danger »

Jean DE KERVASDOUE, professeur au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), titulaire de la Chaire d'économie et de gestion des services

Arnaud VINSONNEAU, gérant de l'EURL Arnaud Vinsonneau Formation Conseil Accompagnement

Anne SADOULET, chargée de mission DRJSCS Midi-Pyrénées

Pierre SAVIGNAT, ancien élève de l'EHESP, maître de conférence associé à l'université Grenoble 2, directeur de l'hôpital de Tournon

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

12 avis rendus en 2013

Avis n° 2013-42 favorable (30/01/2013)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure »

Avis n° 2013-43 favorable (9/04/2013)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en ESAT »

Avis n° 2013-44 favorable (9/04/2013)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Qualité de vie en MAS-FAM (volet n° 1) : Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté »

Avis n° 2013-45 favorable (9/04/2013)

Lettre de cadrage intitulée « L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance »

Avis n° 2013-46 favorable (9/04/2013)

Lettre de cadrage intitulée : « Personnalisation de l'accompagnement des demandeurs d'asile accueillis en CADA »

Avis n° 2013-47 favorable (25/06/2013)

Lettre de cadrage intitulée : « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : « Prévention, repérage, accompagnement »

Avis n° 2013-48 favorable (25/06/2013)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée »

Avis n° 2013-49 favorable (24/09/2013)

Lettre de cadrage intitulée : « L'accompagnement des aidants non professionnels de personne âgée dépendante, de personne adulte handicapée ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile »

Avis n° 2013-50 favorable (24/09/2013)

Lettre de cadrage intitulée : « Rôle et place des CAMSP dans le repérage, le diagnostic et l'intervention précoce »

Avis n° 2013-51 favorable (24/09/2013)

Lettre de cadrage intitulée : « Évaluation interne : repères pour les établissements et services mettant en œuvre des mesures éducatives dans le champ de l'enfance »

Avis n° 2013-52 favorable (24/09/2013)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Qualité de vie en MAS-FAM (volet n° 2) : vie quotidienne, sociale, culture et loisirs »

Avis n° 2013-53 défavorable (17/12/2013)

Guide pour la contractualisation de l'évaluation externe pour les ESSMS

Annexe 8 : Les conventions

ANESM / MINISTÈRE EN CHARGE DE LA SANTÉ

Convention de services et de communications signée le 9/11/2012 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 9 : 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 - Juillet 2014