

2014



# RAPPORT D'ACTIVITÉ

*Anesm*

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

<b>Avant-propos</b>	<b>3</b>
<b>L'Agence en chiffres</b>	<b>4</b>
<b>L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux</b>	<b>5</b>
<b>PARTIE 1</b>	
<b>LES TRAVAUX D'APPUI À L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS ET DES ACTIVITÉS</b>	<b>6</b>
La production de recommandations de bonnes pratiques professionnelles prévues par l'article L312-8 du code de l'action sociale et des familles	7
L'appropriation des recommandations par les professionnels	17
Les enquêtes sur l'appropriation des pratiques recommandées	22
Le programme de travail 2015-2018	28
La participation de l'Anesm aux groupes de travail conduits par d'autres institutions	42
<b>PARTIE 2</b>	
<b>L'ANESM, UN ACTEUR DU DISPOSITIF DE RENOUVELLEMENT DES AUTORISATIONS</b>	<b>46</b>
Rappel du dispositif relatif à l'évaluation des pratiques et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux	47
Les actions conduites par l'agence pour le suivi et la promotion du dispositif d'évaluation	49
L'habilitation des organismes et leur contrôle	55
Les résultats de l'évaluation externe	60
<b>PARTIE 3</b>	
<b>DONNÉES ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES</b>	<b>64</b>
Données administratives	65
Données financières	70
<b>ANNEXES</b>	
<b>ANNEXES 1 à 8</b>	<b>74</b>



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

## 2014, une année de réussite du secteur social et médico-social

Douze ans après la publication de la loi 2002-2 invitant les établissements et services sociaux à faire procéder à l'évaluation externe de leurs activités, rien n'était gagné.

Début 2014, seuls 28 % d'entre eux étaient engagés. C'était sans compter sur la mobilisation de tous les acteurs institutionnels auprès de l'Agence, qui a poursuivi son appui au dispositif par les nombreuses actions présentées dans ce rapport.

Aboutir à plus de 80 % d'ESMS engagés fin 2014 est une réussite collective du secteur qui attend maintenant un retour des Autorités.

Dans ce contexte, le programme de travail 2015 de l'Agence présente naturellement un renforcement des équipes en charge du contrôle des organismes habilités dont l'activité va résulter des signalements par les Autorités lorsqu'elles constatent des rapports d'évaluation insuffisants. Mais ce programme complète aussi les références fournies pour l'évaluation des activités des ESSMS, en prévoyant des thèmes de recommandations de plus en plus ciblés sur les caractéristiques et les besoins des personnes accueillies ou accompagnées par un ESSMS.

Je vous souhaite une bonne lecture.

## L'Anesm en chiffres

### Développement des Bonnes pratiques

**48** recommandations de bonnes pratiques professionnelles  
(40 publiées et 8 en cours d'élaboration)

**12** enquêtes réalisées depuis 2009 (dont 2 publiées en 2014 et 2 en cours)

### Information/Diffusion des Bonnes pratiques

**19 219** recommandations de bonnes pratiques professionnelles et **6 868** synthèses diffusées en 2014

**792 968** visites sur le site internet en 2014

**508 491** téléchargements de recommandations en 2014

**451 982** téléchargements de documents d'appui des recommandations en 2014

### Habilitations

Au 31 décembre 2014, **1 345** organismes sont habilités, dont 286 au titre de l'année 2014 et 2 prestataires inscrits

L'Anesm a procédé à **86** retraits d'habilitation et **108** suspensions

### L'avancée de l'évaluation externe

**83 %** des ESSMS engagés dans une démarche d'évaluation externe au 31 décembre 2014

Soit **20 321** structures dont 17 472 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'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

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

### Ses missions

Les missions de l'Anesm sont directement issues des obligations faites aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) visés à l'article L.312-1 du code de l'Action Sociale et des Familles.

- La première consiste à valider ou produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, références et procédures à partir desquelles les ESSMS doivent légalement procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.
- La seconde consiste à habiliter les organismes auxquels les ESSMS doivent faire appel afin qu'ils procèdent à l'évaluation externe des activités et de la qualité de leurs prestations 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 consultatives :

- le **Conseil scientifique**, composé de 15 personnalités, 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.

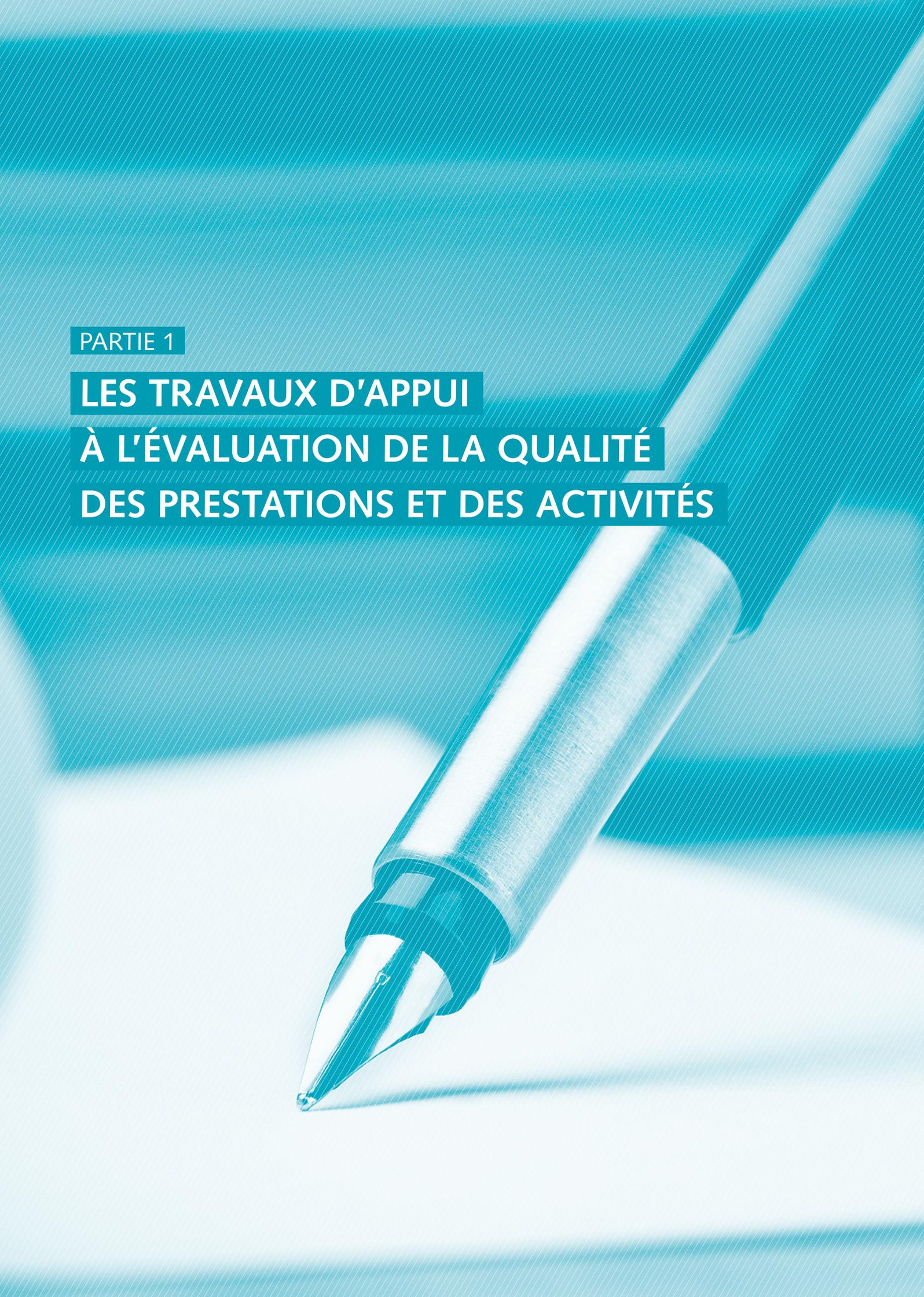


### Le dispositif d'évaluation

Les recommandations, références et procédures adoptées par l'Agence constituent la référence légale de l'évaluation.

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 2014, 83 % des ESSMS devant réaliser leur évaluation externe au 3 janvier 2015, s'étaient 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.



**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 L312-8 du code de l'action sociale et des familles<sup>1</sup>



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 L312-8 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. Elle structure à cet effet 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, pour les professionnels ou les usagers. 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 et s'est terminé en 2014 pour les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les Foyers d'accueil médicalisé (FAM).

Par ailleurs les travaux de l'Agence se déclinent au sein de 7 programmes constituant les clés d'entrée dans les sujets abordés. 40 recommandations sont ainsi disponibles :

### *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)
- La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) (2014)
- L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance (2014)

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

- Les conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents (2008)

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

- 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)
- Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) (2014)

#### *Programme 4 : le soutien aux professionnels*

- La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles (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 L312-1 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 L312-1 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)
- Le soutien des aidants non professionnels (2014)

#### *Programme 5 : les relations avec l'environnement*

- L'ouverture de l'établissement (2008)

#### *Programme 6 : les relations avec la famille et les proches*

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

#### *Programme 7 : la qualité de vie*

- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (2008)
- Concilier projet individuel et vie collective (2009)
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée en établissement médicosocial (2009)
- Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement (2011)
- Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (2011)
- Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : la vie sociale des résidents (2012)
- Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident (2012)
- 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)
- Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) : le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement (2014)
- La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (2014)
- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement (2014)
- L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes (2015)

**7 recommandations de bonnes pratiques professionnelles finalisées en 2014**

## LES RECOMMANDATIONS FINALISÉES EN 2014



↘ Sept recommandations ont été finalisées en 2014

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

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

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm sur cette thématique s'inscrivent dans un cadre contraint qui a rencontré des évolutions réglementaires et législatives importantes depuis 2006, date à laquelle les Cada sont devenus la 13<sup>e</sup> catégorie d'établissement social et médico-social répertoriée par le code de l'action sociale et des familles (CASF).

L'enjeu de ce document est de formuler des recommandations aux professionnels de ces structures en vue d'améliorer l'accueil des demandeurs d'asile, en personnalisant notamment leur accompagnement.

Ces recommandations identifient les éléments clés facilitant la personnalisation de l'accompagnement des demandeurs d'asile hébergés dans un Cada. Le document aborde l'accompagnement des demandeurs d'asile de leur entrée en Cada jusqu'à leur sortie, pour :

- aider les professionnels des Cada à accompagner, dans le cadre législatif et réglementaire en vigueur, les demandeurs d'asile, notamment au regard de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 ;
- accompagner la participation des demandeurs d'asile accueillis, à la construction de leurs parcours ;
- accompagner la participation collective des demandeurs d'asile à la vie du Cada.

#### L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance

En réaffirmant dans la loi du 2 janvier 2002<sup>2</sup>, le droit pour chaque usager, de participer à la définition de son projet, au suivi de son accompagnement ainsi qu'à la dynamique de l'établissement/service, la participation est devenue non seulement un des droits fondamentaux de toute personne accueillie dans les structures sociales ou médico-sociales mais également un objectif à atteindre, au quotidien, dans les pratiques professionnelles.

Parallèlement à cette reconnaissance juridique, les travailleurs sociaux ont cherché à donner du sens à l'accompagnement : de l'assistance et de la prise en charge, les pratiques ont évolué vers l'accompagnement, la participation et la responsabilisation. Ce mouvement favorisant la participation des usagers constitue une étape incontournable au développement, à la construction et à la promotion de soi-même en tant que personne mais aussi en tant que citoyen.

Cependant, l'adhésion au principe de la participation des usagers et la volonté des professionnels à en développer la mise en place, ne conduisent pas systématiquement à une concrétisation effective.

L'Anesm, en formulant des recommandations sur ce thème dans le champ spécifique de la protection de l'enfance a identifié quatre enjeux majeurs :

- tenir compte de l'âge, de la maturité de l'enfant, de ses capacités et modes de communication, d'une éventuelle situation de handicap, afin d'évoluer de la simple adhésion à la mesure, à l'expression et à la participation. À partir d'une évaluation des possibilités d'expression et de participation, un plan d'action concret et progressif détermine des axes de travail au niveau du projet personnalisé, de la vie en collectivité et de l'exercice de sa citoyenneté ;
- articuler les enjeux de la participation entre un mineur / jeune majeur, ses parents et les professionnels qui l'accompagnent afin de positionner chacun dans son rôle et de renforcer les capacités et l'autonomie des personnes ;
- réfléchir au changement de postures professionnelles permettant le passage du « faire pour » au « faire avec » et au « faire par soi-même » à chaque fois que l'autonomie du mineur / jeune majeur ou les capacités parentales le permettent ;
- Intégrer la parole des mineurs et leur participation dans une dynamique d'évolution des établissements / services et de réflexion et d'évaluation des pratiques professionnelles.

<sup>2</sup> Ce droit à participer est déjà présent dans des textes de loi précédant celle du 2 janvier 2002. Par exemple, la réforme des annexes 24, en son décret du 27 octobre 1989, met en avant la participation des parents à la conception, la mise en œuvre et à l'évaluation du projet de leur enfant. Ou bien encore, la loi du 30 juin 1975, en termes d'expression et de participation instaure un conseil d'établissement, devenu CVS avec la loi du 2 janvier 2002.

Reposant sur un cadre juridique contraint, cette recommandation vise à promouvoir les pratiques professionnelles les plus opérantes qui servent au mieux l'intérêt du mineur, de ses parents et du jeune majeur à travers l'expression et la participation pour ce qui concerne leur vie et pour ce qui relève du développement de leur autonomie et de leur responsabilisation.

Elle s'adresse directement aux professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux mettant en œuvre les missions de la protection de l'enfance dans les domaines de l'hébergement, de l'accueil de jour, de l'assistance éducative en milieu ouvert judiciaire et administrative, de l'investigation et de la prévention spécialisée. Elle peut également être utile à d'autres acteurs : les travailleurs sociaux de circonscription d'action sanitaire et sociale, les cadres de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) correspondants des établissements et services de l'ASE, les directeurs de service, les directeurs de pôle de l'action éducative en direction territoriale, les responsables d'établissement scolaire, les professionnels des Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), les magistrats de l'enfance etc.

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

#### **Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)**

L'action médico-sociale précoce a fait l'objet de trois importants travaux de la part de la CNSA<sup>3</sup>, le CREA Rhône-Alpes<sup>4</sup> et la Conférence nationale de Santé<sup>5</sup> (CNS). Deux concernent les Camsp et un aborde l'ensemble du système de prise en charge précoce.

Suite aux différents constats issus de ces travaux, l'enjeu principal de cette recommandation a été de promouvoir un repérage, un diagnostic et un accompagnement les plus précoces possibles dès l'hypothèse ou la révélation du trouble afin de prévenir les risques de surhandicap, favoriser le développement de l'enfant.

L'objectif de cette recommandation est d'identifier les pratiques permettant aux professionnels des Camsp d'assurer au plus tôt le repérage des facteurs de risque, le dépistage, le diagnostic, le suivi des troubles éventuels et l'accompagnement des enfants et des parents. Elle vise à favoriser le développement des potentialités de l'enfant et assurer son inclusion sociale et éducative. La recommandation s'adresse principalement aux professionnels des Camsp. Elle intègre enfin les Camsp dans leur territoire en leur recommandant d'inscrire leurs missions dans le cadre du processus gradué prévu par les Plans Régionaux de Santé. Les professionnels des autres services et établissements sanitaires, médico-sociaux, éducatifs et sociaux accompagnant des enfants handicapés (CMPP, Safep, Sessad, etc.)<sup>6</sup> ainsi que les acteurs de la petite enfance, peuvent également s'y référer.

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

#### **Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées dépendantes, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile.**

Les aidants contribuent fortement à l'accompagnement pour l'autonomie et sont des acteurs indispensables du maintien au domicile. Les soutenir, les accompagner et leur proposer des temps de répit, c'est participer à la qualité de vie et au maintien à domicile de la personne aidée.

Conformément aux missions de l'Agence, la recommandation n'est pas destinée directement aux aidants non professionnels, mais aux professionnels exerçant dans des structures accompagnant des personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes, des personnes adultes handicapées, des personnes atteintes de maladies chroniques ou d'une affection de longue durée qui vivent à domicile.

Les catégories de structures concernées par ces recommandations sont les suivantes :

- les services d'aide et de soins à domicile (Saad, Ssiad, Spasad, SAVS, Samsah)<sup>7</sup> ;
- les accueils temporaires (accueil de jour, de nuit ou hébergement temporaire) ;

<sup>3</sup> Cnsa. *Les Camsp, Résultats de l'enquête quantitative menée en 2008*. Paris : Cnsa, 2008.

<sup>4</sup> CREA Rhône-Alpes., *Intervention des centres d'action médico-sociale précoce (Camsp) dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux (Étude qualitative 2009)*, Paris : Cnsa, 2009, 135 p.

<sup>5</sup> Conférence nationale de la santé. *Avis du 21 juin 2012 sur le « diagnostic et l'accompagnement précoces des handicaps chez l'enfant »*. Paris : CNS, 2012, 16 p. plus annexes.

<sup>6</sup> Centre médico-psychopédagogique, Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce, Service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

<sup>7</sup> Service d'aide et d'accompagnement à domicile, Service de soins infirmiers à domicile, Service polyvalent d'aide et de soins à domicile, Service d'accompagnement à la vie sociale, Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

- les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (Ueros);
- les dispositifs d'informations (Clic<sup>8</sup>, centres ressources).

### *Au titre du programme 7 : la qualité de vie*

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

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)<sup>9</sup>. 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 prévalence augmente avec l'âge (maladie d'Alzheimer par exemple), soit du fait de rupture de l'équilibre environnemental (vieillesse des parents, décès...), l'accompagnement à domicile doit s'adapter à ces spécificités jusqu'à la préparation à une éventuelle entrée en institution.

L'avancée en âge de la population des personnes handicapées est une réalité de plus en plus prégnante qui implique de mener une réflexion de la part de tous les acteurs sur les pratiques professionnelles, que celles-ci concernent l'accompagnement à la santé, à la vie quotidienne à domicile ou en établissement, au maintien du lien et du rôle social, à la vie professionnelle allant de l'adaptation du travail à la préparation à la retraite. Pour chacun de ces thèmes, des réflexions sont à mener afin d'adapter l'intervention des professionnels et d'éviter les ruptures dans le parcours de la personne handicapée.

L'avancée en âge des personnes handicapées soulève de nouvelles problématiques pour les professionnels non seulement, en termes d'accueil mais aussi, en termes d'accompagnement. Cette nouvelle réalité nécessite de nombreux réajustements pour pérenniser un soutien de qualité. Elle doit s'inscrire dans un parcours de vie : chaque étape doit être **préparée, anticipée et accompagnée**. Elle s'adresse à la personne handicapée vieillissante, ses

aidants eux aussi parfois vieillissants et, enfin, les professionnels confrontés à ces nouveaux enjeux.

Ces recommandations s'adressent aux :

- établissements et services relevant du 5° et du 7° du I de l'article L 312-1 du CASF qui sont confrontés au vieillissement de la population accueillie (Esat, foyer de vie, FAM, MAS, SAVS, Samsah, etc.) ou qui accueillent exclusivement des personnes handicapées âgées (du type MAPHA, MARPHA, MARPAHVIE<sup>10</sup>, etc.);
- établissements et services relevant du 6° du I de l'article L 312-1 du CASF (Ehpad, Ehpa, Ssiad, Saad, Spasad);
- établissements et services relevant du 8° du I de l'article 312-1 du CASF (en particulier les CHRS de longue durée) qui peuvent également être confrontés au vieillissement de personnes handicapées qui vient complexifier leur situation précaire.

L'ensemble des professionnels qui interviennent auprès des personnes handicapées vieillissantes sont concernés par ce document qui sera à lire en perspective avec les recommandations **déjà publiées**. Elle complètera le travail en cours relatif à l'accompagnement des travailleurs en Esat, à la qualité de vie en MAS - FAM ainsi que celles sur les besoins en santé des personnes handicapées.

Cette recommandation s'appuie également sur les travaux de la mission « Avancée en âge des personnes handicapées » pilotée par Monsieur Patrick Gohet et à laquelle a participé l'Anesm.

#### ↳ Appel à contributions

Afin d'alimenter la recommandation, un questionnaire portant sur l'accueil des personnes handicapées vieillissantes a été diffusé au mois d'avril 2014 sur le site Internet de l'Anesm. L'ensemble des structures médico-sociales accueillant ce public a été invité à y répondre, quel que soit leur secteur d'activité (« Personnes âgées » ou « Personnes handicapées »).

Au total **231 structures** se sont portées volontaires pour participer à l'enquête. Parmi elles, **154** ont déclaré accueillir une majorité de personnes handicapées. Il s'agissait de foyers d'hébergement, de foyers occupationnels, de foyers de vie, d'Esat, de FAM, de MAS, de MAPHA, d'Ehpad, de SAVS et de Samsah. Les structures accueillant une majorité de personnes âgées sont, quant à elles, **77** à avoir répondu au questionnaire. Il s'agissait majoritairement d'Ehpad, mais également de SAD et de Ssiad.

<sup>8</sup> Centre local d'information et de coordination gérontologique.

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> MAPHA : Maison d'accueil pour personnes handicapées âgées; MARPHA : Maison d'accueil rurale pour personnes handicapées âgées; MARPAHVIE : Maison d'accueil rurale pour personnes adultes handicapées vieillissantes.

Cette enquête a permis de recueillir des informations sur :

- le repérage des besoins et des effets du vieillissement chez les personnes handicapées (outils utilisés, actions de prévention, etc.);
- les solutions mises en place pour l'accueil des personnes handicapées vieillissantes (aménagement, adaptations de la structure, formations des personnels etc.);
- la gestion des réorientations par les structures d'accueil (comment l'usager est accompagné, quelle coordination est mise en place avec la future structure d'accueil, etc.).

Ces enseignements ont permis de nourrir la réflexion engagée pour la rédaction de la recommandation.

### Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) : le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement

Le programme qualité de vie en Maison d'accueil spécialisée (MAS) et en Foyer d'accueil médicalisé (FAM) engagé par l'Anesm a pris fin en 2014 avec la publication du volet 3 sur « le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement ». Il fait ainsi suite aux volets 1 et 2 qui ont respectivement abordé la question de la qualité de vie sous l'angle : de « *l'expression, la communication, la participation et l'exercice de la citoyenneté* », puis de « *la vie quotidienne, sociale, la culture et les loisirs* ».

Le parcours comporte une dimension spatiale et temporelle. Cette thématique implique pour les professionnels des MAS et des FAM de mener une réflexion sur leurs pratiques afin :

- d'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;
- de coordonner et articuler les différents accompagnements dans le temps et dans l'espace;
- d'assurer la prévention et l'anticipation des risques de situations de rupture.

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

Les difficultés d'adaptation et le ressenti de mal-être pouvant se développer avec l'avancée en âge touchent à l'intimité des personnes et sont en ce sens difficiles à anticiper. En revanche, les professionnels des établissements et services peuvent contribuer à limiter l'installation durable de la souffrance psychique grâce à une meilleure connaissance des signes et à une prise en charge coordonnée (médecin traitant, famille, réseau social, intervenants professionnels, etc.). La prévention de l'aggravation et du risque suicidaire passe par une meilleure reconnaissance des signes et une sensibilisation des acteurs de terrain à cette thématique. L'amélioration du repérage des situations de souffrance psychique ou de dépression constitue ainsi un réel enjeu de santé publique visant notamment à réduire le nombre de passages à l'acte suicidaire.

Cette recommandation a pour finalité de permettre aux professionnels travaillant auprès de personnes âgées, accueillies en établissement ou aidées à domicile, de faire mettre en œuvre des pratiques visant à prévenir et à prendre en charge la souffrance psychique et le risque suicidaire de certaines d'entre elles. Ses objectifs sont de mobiliser les professionnels :

- au repérage des situations de souffrance psychique des personnes âgées accueillies en établissement ou aidées au domicile;
- à la coordination avec les autres professionnels intervenants dans la prise en charge et garantir un accompagnement interdisciplinaire de la personne en situation de souffrance psychique;
- à la prévention du passage à l'acte suicidaire.

La recommandation s'adresse aux professionnels des « établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion » - Article L312-1, alinéa 6 du CASF.

## LES RECOMMANDATIONS POURSUIVIES OU ENGAGÉES EN 2014

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

**Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées**



### 8 recommandations de bonnes pratiques professionnelles poursuivies ou engagées en 2014

La recommandation porte sur les pratiques permettant le repérage de la perte d'autonomie ou de son aggravation des personnes âgées. Il s'agit notamment d'aider les professionnels à mieux sélectionner les informations pertinentes à transmettre au responsable d'encadrement concernant :

- les facteurs de perte d'autonomie ou de son aggravation : isolement, douleurs chroniques, état de dénutrition, précarité des conditions de vie, épuisement de l'aidant, contention, hygiène des pieds, suivi de la vue, ostéoporose, absence de suivi médical, surconsommation de psychotropes, etc.
- les moments clés de risques de perte d'autonomie ou de son aggravation : sortie d'hospitalisation, séjour en structure de répit, deuil récent, arrêt d'activité de loisirs, etc.
- le repérage des situations risque de chute, de dénutrition, de déshydratation, de douleurs, de souffrance psychique, de troubles cognitifs et/ou du comportement, etc.

Ce sujet se décline en trois volets :

- un premier spécifiquement destiné aux responsables d'encadrement des services à domicile ;
- un deuxième à l'attention des responsables d'encadrement des établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa) ou des logements-foyers ;
- un troisième destiné aux responsables d'encadrement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

En complément de ce projet de recommandations, un outil permettant de repérer la perte d'autonomie ou son aggravation pour les services à domicile est en cours d'expérimentation.

*Le projet de recommandations sera présenté aux instances du deuxième semestre 2015.*

### 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 tel que défini par l'organisation mondiale de la santé (OMS), comme « un état de complet bien-être physique, mental et social etc. ». Un des points saillants des prises en charge en protection de l'enfance concerne les besoins spécifiques des mineurs/jeunes majeurs liés à des difficultés psychologiques, parfois psychiatriques, des mineurs/jeunes majeurs, en situation de handicap, accueillis ou accompagnés, et parfois celles de leur famille.

L'objectif de cette recommandation est d'identifier les pratiques permettant d'intégrer les éléments liés à la santé et au bien-être, dans le projet pour l'enfant et le projet personnalisé du mineur/jeune majeur. Il s'agit également d'intégrer la santé dans le quotidien éducatif des mineurs/jeunes majeurs.

La prise en compte de la santé des mineurs/jeunes majeurs protégés dans la prise en charge est un élément divisant sur leur développement et leur autonomie future ; elle nécessite de les impliquer de manière adaptée et d'associer les parents au suivi de la santé de leurs enfants.

*Le projet de recommandations sera présenté aux instances de mai/juin 2015.*

### Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours personnalisés des publics accueillis en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

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

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

Les aléas de la vie créant un déséquilibre relèvent tout autant de la vie personnelle (mariage séparation, naissance, maladies, vieillesse...) que de la vie professionnelle (précarisation de l'emploi, entrée en formation)... Les changements de mode de vie bouleversant les habitudes tels que le déracinement, ou l'errance sont aussi des facteurs à prendre en compte.

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

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

#### ↳ Appel à contributions

Dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration de ces recommandations, l'Anesm a lancé fin 2013 une enquête par questionnaire auprès des professionnels du secteur de l'inclusion sociale en vue d'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-psychologiques, agents d'accueil.

L'analyse des données recueillies a permis d'élaborer en 2014 les documents d'appui et la lettre de cadrage de la recommandation.

*Le projet de recommandations sera présenté aux instances de mai/juin 2015.*

### *Au titre du programme 4 : le soutien aux professionnels*

#### **Autisme et autres troubles envahissants du développement (TED) : interventions chez l'adulte**

En 2009, la prévalence estimée pour l'ensemble des TED, dont l'autisme, était de 6 à 7 pour 1000 personnes de moins de vingt ans. L'extrapolation de cette donnée à la population adulte en France aboutit à environ 250 000 personnes concernées.

Aucune donnée fiable ne permet toutefois, à ce jour, de connaître le nombre et la répartition des personnes adultes avec autisme ou autres TED dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires en France, ni a fortiori au domicile (qu'il s'agisse du domicile parental faute d'accueil adapté, ou de personnes avec autisme autonomes dans la vie quotidienne).

L'enquête ES 2010 (DREES) fait état de 48 500 personnes adultes identifiées en établissements et services médico-sociaux dont la grande majorité (90 %) était accueillie en structure non spécialisée.

Si l'enfance et l'adolescence sont les périodes les plus fastes du développement, et requièrent une attention particulière pour développer les intérêts, les compétences et les savoirs, il est crucial de considérer que la personne adulte avec autisme ou autres TED nécessite elle aussi un soutien spécifique pour conserver ses acquis mais surtout pour continuer son développement. Certains troubles tels que les troubles sensoriels et l'épilepsie sont particulièrement fréquents chez les personnes adultes avec TED, les troubles les plus fréquents sont les troubles médicaux intercurrents. Ces troubles sont exprimés selon les particularités du fonctionnement psychique des personnes avec autisme, qu'il s'agisse d'affections somatiques intercurrentes ne pouvant être détectées parfois que par leur traduction comportementale ou qu'il s'agisse de troubles psychiatriques associés (au premier rang desquels on trouve les troubles dépressifs et les troubles anxieux).

Au regard des différentes formes d'autisme et de leurs lieux de vie et d'accompagnement (domicile, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux), les personnes avec autisme ou autres TED nécessitent aussi des approches différenciées et complémentaires. Ceci est d'autant plus avéré lorsque les situations se caractérisent par leur complexité.

La recommandation visera quatre types d'impacts majeurs :

- améliorer les pratiques de soins et d'accompagnement des personnes adultes avec autisme ou autres TED ;
- améliorer la qualité des interventions tant sanitaires que médico-sociales auprès des personnes adultes avec autisme et autres TED ;

- aider la décision publique en matière d'organisation des soins, d'actions et de programmes de santé publique, de modalités de prise en charge ;
- mettre la situation des personnes en conformité avec les lois françaises et internationales.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles seront le fruit d'une collaboration Anesm/HAS dont le pilotage sera mené par l'Anesm. Certaines de ces recommandations pourront être spécifiques au secteur médico-social, sanitaire et aux deux secteurs.

*Le projet de recommandations sera présenté aux instances de mi 2016.*

### **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/jeunes majeurs concernés.

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles doivent permettre :

- aux professionnels de mieux connaître leur rôle et leurs missions ;
- 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 pénale ;
- de mettre en évidence des points de repère qui intègrent la contribution attendue des différents professionnels dans le cadre de l'exercice de mesures conjointes ou de passages de relais ;
- d'énoncer des modes de collaboration, de synergies et de fonctions à mobiliser autour de la situation des mineurs/jeunes majeurs et de leurs parents tout au long de leur parcours.

*Le projet de recommandations sera présenté aux instances de mai/juin 2015.*



### **L'évaluation interne : repères pour les établissements et services 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 la recommandation est d'apporter 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 évaluer les actions et moyens mis en œuvre. Ce travail est réalisé dans le même esprit 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, l'Agence s'est mobilisée sur la partie « effets pour les usagers ».

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.

*Publication prévue en 2015.*

### **L'évaluation interne : repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et mettant en œuvre des mesures éducatives**

L'Anesm poursuit la déclinaison de la recommandation transversale sur la conduite de l'évaluation interne dans ce secteur en apportant aux professionnels des repères spécifiques à leur secteur en termes de méthode, de questionnements.

Pour adapter ce questionnaire aux établissements et services intervenant dans le champ de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (PJJ), une quarantaine de directeurs et chefs de service ont testé avec leurs équipes et auprès des personnes accompagnées (mineurs et leur famille) une partie de la recommandation (un axe de leur choix adapté à leur plan d'action).

L'expérimentation a permis de vérifier la faisabilité de la méthode proposée pour ce secteur (en particulier les modalités d'association des mineurs et de leur famille) et d'identifier les conditions d'appropriation du questionnaire évaluatif en vue de les améliorer. Elle fournit de nombreuses illustrations permettant de présenter la réalisation d'un processus évaluatif au sein d'un établissement ou d'un service.

*Le projet de recommandations a été présenté aux instances de janvier 2015.*

*Publication prévue au 1<sup>er</sup> semestre 2015.*

### *Au titre du programme 7 : la qualité de vie*

#### **L'accompagnement des personnes ayant un handicap psychique**

La programmation de cette recommandation au programme de travail de l'Anesm répond aux profondes transformations engendrées par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », qui « reconnaît » le handicap psychique et a impulsé le développement ou la création de nouveaux dispositifs d'accompagnement dans le champ social et médico-social (les SAVS, les Samsah, les résidences accueils, etc.). Dans le même temps, des dispositifs créés et animés par les usagers, les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) ont vu le jour.

Cette recommandation veut accompagner cette évolution du secteur social et médico-social en identifiant les pratiques professionnelles qui concourent à une prise en compte des attentes et besoins spécifiques des adultes handicapés psychiques, qu'ils vivent dans un logement individuel ou un habitat collectif.

Les personnes concernées sont celles ayant une limitation d'activités ou de participation sociale en raison de troubles durables et substantiels. Pour la présente recommandation, le choix est fait de retenir les personnes handicapées en raison des conséquences de la schizophrénie ou des troubles affectifs bipolaires sévères.

Les professionnels qui accompagnent des personnes ayant d'autres troubles dont les conséquences sociales et les besoins en accompagnement sont proches pourront en outre y trouver des repères utiles.

Le handicap psychique se caractérise par :

- le caractère variable et intermittent des troubles ;
- le besoin d'un suivi médical régulier ;
- des capacités intellectuelles préservées, même si des troubles cognitifs sont souvent associés ;
- une incapacité, très souvent, de demander de l'aide de la part de la personne ;

- la stigmatisation liée à la méconnaissance et à la crainte qu'inspire le handicap psychique ;
- l'isolement et la rupture du lien social.

Le plan de la recommandation se déclinera à partir de ces caractéristiques.

Les personnes ayant une déficience associée (intellectuelle, motrice, sensorielle) à leur handicap psychique, font partie du périmètre de la recommandation.

Les personnes ayant des troubles ponctuels et légers, une détresse psychologique, et/ou des « comportements-problèmes » n'en font pas partie. Toutefois, les professionnels accompagnant ces publics pourront trouver des repères dans cette recommandation en raison de certaines problématiques communes.

En effet, la recommandation est à destination de l'ensemble des professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS au sens de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles-CASF) du secteur du handicap qui accueillent des adultes handicapés psychiques.

Elle s'adresse à l'ensemble des ESSMS quel que soit le mode d'accompagnement proposé :

- services à domicile (Samsah et SAVS mais également les Ssiad et Saad) ;
- services mandataires judiciaires à la protection des majeurs ;
- accueil de jours et établissements et services d'aide par le travail (Esat) ou de formation professionnelle (CRP-CPO) ;
- hébergements collectifs (foyer d'hébergement, MAS, FAM, foyer de vie).

Les professionnels des ESSMS qui accueillent des jeunes adultes de plus de 18 ans (IME, Itep, Sessad, etc.) sont également concernés.

Cette recommandation s'adresse aussi bien aux ESSMS spécialisés dans l'accueil de personnes handicapées psychiques, qu'à celles qui accueillent des publics diversifiés.

*Le projet de recommandations sera présenté aux instances du deuxième semestre 2015.*



## L'appropriation des recommandations de l'Anesm par les professionnels

Au-delà de la diffusion des recommandations, l'Anesm est particulièrement sensible à mesurer leur appropriation par les professionnels en particulier dans le cadre de l'évaluation interne. Pour cela elle assure un suivi des téléchargements sur son site mais ne se satisfait pas de ce simple indicateur et conduit périodiquement des enquêtes spécifiques à ce sujet.

**792 968** visiteurs se sont rendus entre 1 à 9 reprises sur le site de l'agence.

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 **508 491** téléchargements<sup>11</sup> en 2014 contre **330 774** en 2013.

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 2014 à **960 473** téléchargements.

### LE TÉLÉCHARGEMENT DES RECOMMANDATIONS



**960 473** téléchargements

<sup>11</sup> Représente le nombre de visites lors desquelles les fichiers spécifiés ont été ouverts. Une visite est une série d'actions qui commence lorsque le visiteur affiche sa première page du serveur et se termine lorsque le visiteur quitte le site ou reste inactif au-delà de la période limite. La limite d'inactivité par défaut est de trente minutes et peut être modifiée par l'administrateur.

*Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles téléchargées sur le site de l'Anesm en 2014*

Source — WebTrends Analytics 8

Intitulé de la publication	Date de parution	Secteur	Téléchargements en 2014
Les attentes de la personne et le projet personnalisé	déc. 2008	Tous secteurs	50990
La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre	juil. 2008	Tous secteurs	46649
Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service	mai 2010	Tous secteurs	39961
Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux	oct. 2010	Tous secteurs	28602
Qualité de vie en Ehpad (Volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement	mars 2011	Personnes âgées	26679
Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement	nov. 2009	Tous secteurs	20498
Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement	janv. 2010	Personnes handicapées	20308
Qualité de vie en Ehpad (Volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne	sept. 2011	Personnes âgées	19880
L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile	juin 2011	Personnes handicapées	18692
Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement	mai 2014	Personnes âgées	18690
L'expression et la participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale	avr. 2008	Inclusion sociale	16656
La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles	juil. 2009	Tous secteurs	16200
L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes	avr. 2012	Tous secteurs	15866
L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social	févr. 2009	Personnes âgées	13363
L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	févr. 2012	Personnes âgées	13327
Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat	juin 2013	Personnes handicapées	13274
Ouverture de l'établissement	déc. 2008	Tous secteurs	10460
Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance	déc. 20-08	Tous secteurs	10403
Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance	mai 2011	Protection de l'enfance	9404
Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) : « Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs »	déc. 2013	Personnes handicapées	9363

Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) : « Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté »	juil. 2013	Personnes handicapées	8413
Qualité de vie en Ehpad (Volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident	nov. 2012	Personnes âgées	7777
L'accompagnement à la santé de la personne handicapée	juil. 2013	Personnes handicapées	7679
Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique	juin 2012	Tous secteurs	7360
Qualité de vie en Ehpad (Volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad	janv. 2012	Personnes âgées	6355
Les conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses	juil. 2008	Protection de l'enfance	5919
Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile	sept. 2009	Tous secteurs	5695
L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement	févr. 2010	Protection de l'enfance	5549
Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent	mars 2012	Personnes handicapées	5299
Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code l'action sociale et des familles	avr. 2008	Tous secteurs	4854
L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/ jeune majeur en cours de mesure	mai 2013	Protection de l'enfance	4359
Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées	juil. 2008	Tous secteurs	3736
Le soutien des aidants non professionnels	nov. 2014	Personnes handicapées / Personnes âgées	3338
Accès aux droits des personnes accueillies dans les établissements et services du secteur de l'inclusion sociale	mai 2012	Inclusion sociale	3327
La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile	mai 2014	Inclusion sociale	2597
L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance	déc. 2014	Protection de l'enfance	1830
La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie	avr. 2010	Inclusion sociale	1781
Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) : « Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement »	nov. 2014	Personnes handicapées	1773
Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	déc. 2014	Personnes handicapées	1585
<b>TOTAL</b>			<b>508491</b>

### ↳ La diffusion au format papier

L'Agence poursuit la diffusion des recommandations imprimées même si elle en limite volontairement les quantités dans un objectif budgétaire et écologique. Les membres des instances de l'Anesm ainsi que les organisations et institutions nationales, régionales et départementales, restent les vecteurs privilégiés de leur 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 conseils généraux, les instituts de formation etc. L'Anesm a diffusé en 2014, **19 219 recommandations de bonnes pratiques professionnelles** et **6 868 synthèses**.

### Nombre d'exemplaires diffusés en 2014



## LA PROMOTION DES RECOMMANDATIONS DE L'AGENCE

### ↳ Deux salons pour assurer la promotion des travaux de l'Anesm

#### *Les Salons de la santé et de l'autonomie*

Cette seconde édition des Salons de la santé et de l'autonomie s'est déroulée du 20 au 22 mai 2014 à Paris. 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. Malgré une fréquentation moindre que l'année précédente sur le salon environ 3 000 publications destinées à accompagner la mise en œuvre de l'évaluation des ESSMS ont été diffusées.

#### *La 8<sup>e</sup> édition du salon des Services à la personne*

L'Anesm a participé au Salon des services à la personne du 4 au 6 décembre 2014. La manifestation a réuni l'ensemble des professionnels et des particuliers du secteur. L'Agence y a diffusé plus de 4 000 documents (recommandations de bonnes pratiques professionnelles, synthèses, documents d'appropriation, catalogues).

À cette occasion l'Anesm a organisé une conférence le jeudi 4 décembre sur la thématique « **L'évaluation externe dans le secteur des services à domicile : principes directeurs et recommandations de l'Anesm** »<sup>12</sup>.

### ↳ L'Anesm dans la presse

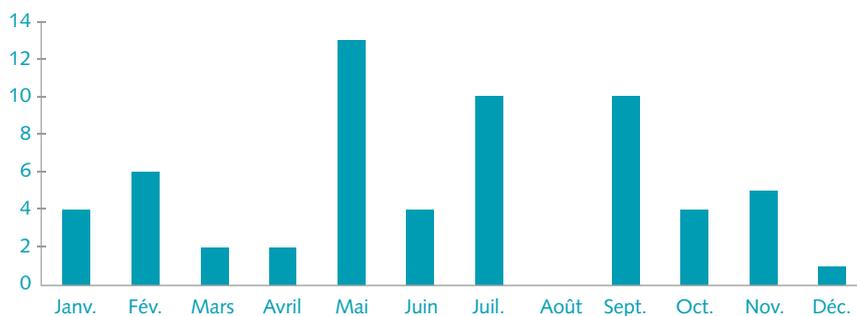
L'Anesm a fait l'objet de 59 articles dans la presse professionnelle traitant en grande partie des travaux publiés par l'Agence, à savoir les recommandations ainsi que l'actualité de l'évaluation.

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

- en février 2014 : publication de plusieurs articles sur l'évaluation externe dans lesquels l'Anesm est mentionnée ;
- en mai 2014 : publication de la recommandation sur « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement » ;
- en juillet 2014 : publication du bilan des évaluations externes au 30 juin 2014 ;
- en septembre 2014 : publication de l'enquête sur la participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux : recueil des pratiques et témoignages des acteurs ;
- en novembre 2014 : publication du décret n° 2014-1368 relatif au renouvellement des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

### *L'Anesm dans la presse (en 2014)*

Source — Anesm



<sup>12</sup> Écoutez la conférence en libre écoute en cliquant sur le lien suivant : [www.salon-services-personne.com/2014/conferences/conference-levaulation-externe-dans-le-secteur-des-services-a-domicile-principes-directeurs-et-recommandations-de-lanesm-2723.html](http://www.salon-services-personne.com/2014/conferences/conference-levaulation-externe-dans-le-secteur-des-services-a-domicile-principes-directeurs-et-recommandations-de-lanesm-2723.html)

## Les enquêtes sur l'appropriation des pratiques recommandées

### L'ENQUÊTE RELATIVE À LA PARTICIPATION DES USAGERS AU FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX : RECUEIL DES PRATIQUES ET TÉMOIGNAGES DES ACTEURS<sup>13</sup>

Participer au fonctionnement de l'établissement ou du service est un des droits des usagers, défini par la loi du 2 janvier 2002. Le décret n° 2004 du 25 mars 2004 (codifié aux articles D 311-3 à 311-20 du CASF) détaille les modalités pratiques à mettre en place au sein des ESSMS (établissements et services sociaux et médico-sociaux), et notamment la manière dont les établissements doivent instituer un CVS (Conseil de la vie sociale), ou une autre forme de participation.



Afin de dresser un état des lieux de la mise en place des modalités de participation au fonctionnement des ESSMS, l'Anesm a inscrit à son programme de travail 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 forts et les points faibles. Elle s'est attelée à détailler les pratiques professionnelles développées au sein des établissements pour favoriser la participation, et à analyser le regard des différents acteurs, qu'ils soient impliqués ou pas dans les dispositifs de participation créés.

Elle a permis de mettre en évidence :

#### Des points forts

##### ↘ En termes de pratiques observées

- L'injonction légale de mettre en place un CVS est un élément qui a favorisé la mise en place des instances de participation.
- Le rôle du directeur et de l'organisme gestionnaire est prépondérant dans la mise en place de la participation au sein de l'établissement.
- Il existe rarement une modalité unique de participation. Les établissements mettent souvent en place des instances nombreuses et diverses, permettant l'implication des usagers au-delà des CVS (groupes d'expression, questionnaires, commissions menus etc.).
- Des établissements, à partir d'une problématique qui leur est propre, initient des débats sur une thématique plus large : inclusion dans la société, citoyenneté etc.
- Les usagers connaissent en principe leurs représentants. La communication concernant les élus est assurée par différents moyens : affichage, livret d'accueil etc.
- Les usagers participant au CVS et ayant bénéficié d'une formation la perçoivent comme très utile.
- Les réunions d'usagers d'établissements différents (inter-CVS, instance nationale etc.) favorisent l'implication de certains élus.
- Le sentiment d'appartenance des élus à un groupe d'élus est un facteur de réussite.

<sup>13</sup> Le rapport final, reprenant les éléments d'analyse émanant des visites qualitatives, ainsi que la synthèse de la recommandation ont été mis en ligne sur le site de l'Anesm.

### ↳ En termes de perception des acteurs

- Pour les usagers participant, la principale conséquence ressentie est le sentiment d'écoute de la part des directions et la valorisation de leur parole.
- Certaines familles sont très impliquées dans les instances de participation.
- Quelques professionnels sont très investis dans l'accompagnement des usagers à la participation : conseils, formation, accompagnement pendant les réunions etc.
- Les professionnels trouvent la participation des usagers au fonctionnement de l'établissement pertinente.
- La participation au CVS d'un élu de la mairie est très utile selon les usagers et les professionnels.

### Des axes d'amélioration

#### ↳ En termes de pratiques observées

- Les usagers ne savent pas toujours à quoi servent les instances de participation.
- Les instances peuvent parfois exclure certains usagers : usagers non francophones, en situation de grande dépendance, enfants trop jeunes etc.
- Les présidents (usager ou famille) assument rarement leur rôle : l'animation des instances de participation et les comptes-rendus sont fréquemment réalisés par les professionnels.
- L'articulation entre les différentes instances de participation au sein d'un établissement n'est pas toujours assurée.
- Le lien entre évaluation interne, démarche qualité et participation à l'écriture du projet d'établissement ne sont pas toujours clairs pour les usagers.
- Les instances de participation au-delà de l'établissement (inter-CVS, instances de consultation régionales ou nationales etc.) sont peu connues des usagers.
- Les professionnels sont rarement formés à la participation.

#### ↳ En termes de perception des acteurs

- Une majorité d'usagers s'intéresse peu à la participation.
- Neuf raisons expliquant la non-participation des usagers ont été identifiées : l'absence d'intérêts communs à défendre avec les autres usagers, la méconnaissance du droit à participer, le manque de légitimité ou de compétence, la déception sur une participation passée, le sentiment du manque d'effets visibles, les « conflits de loyauté » avec les professionnels que pourrait amener la participation, la recherche principale du bien-être personnel, l'efficacité des professionnels pour résoudre les

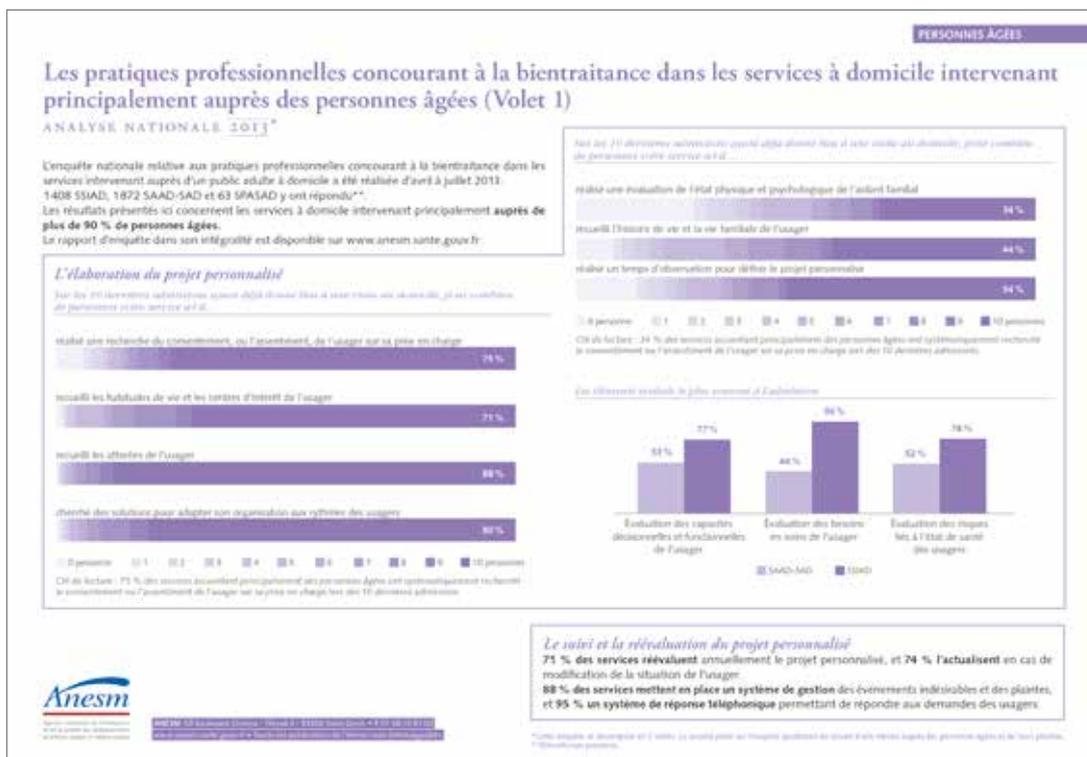
problèmes de façon directe, la volonté de ne pas trop s'attacher à l'établissement.

- Il subsiste parfois une crainte de répercussions pour les usagers qui participent.
- Une minorité de familles participe aux instances.
- De nombreux professionnels ne se sentent pas concernés par la participation et considèrent qu'elle est mise en place principalement pour les usagers.
- Peu d'élus se perçoivent comme les représentants de tous les usagers.
- La participation des usagers à leur accompagnement personnalisé est très développée dans certains établissements. Elle se fait parfois au « détriment » d'une participation collective.

### Des bonnes pratiques à développer

- Le sens à donner à la participation est une préoccupation, encore souvent sans réponse.
- La participation nécessite un temps d'appropriation, pour construire une « culture de la participation » au sein de l'établissement et trouver les outils adaptés à sa mise en place.
- Les raisons pour lesquelles les usagers ne participent pas sont multiples. L'identification de ces raisons permet de travailler sur les freins.
- Les préoccupations des usagers et celles des familles ne sont pas toujours les mêmes : des instances ou espaces de débats entre familles peuvent être parfois nécessaires sur leurs préoccupations propres.
- La co-élaboration d'actions concrètes, entre professionnels et usagers, donne du sens à la participation.
- Les nouvelles technologies (site internet, blog etc.) sont encore peu utilisées mais pourraient favoriser la participation.

## LENQUÊTE RELATIVE AU DEGRÉ DE DÉPLOIEMENT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES CONCOURANT À LA BIENTRAITANCE DANS LES SERVICES INTERVENANT AUPRÈS D'UN PUBLIC ADULTE À DOMICILE



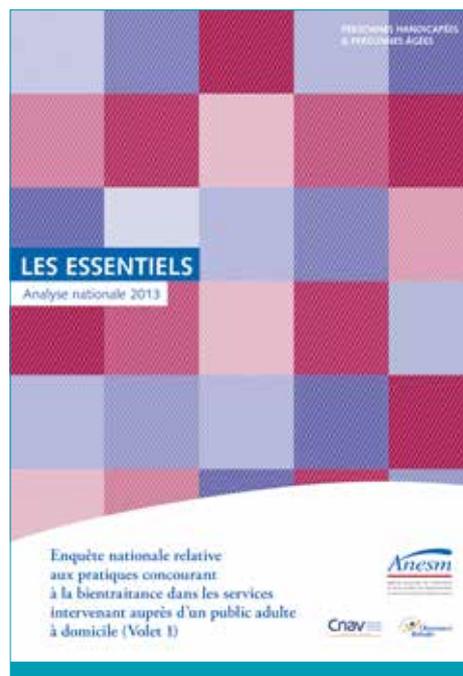
Dans la continuité des enquêtes « bienveillance » réalisées les années précédentes auprès des Ehpad et des MAS-FAM, l'Anesm a invité les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile à s'inscrire dans une démarche similaire d'auto-évaluation de leurs pratiques.

Afin de s'adapter aux spécificités du domicile, cette enquête s'est décomposée en deux volets :

### *Volet 1 : une 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 L312-1 du CASF);
- de personnes en situation de handicap (7° du L312-1 du CASF);
- de personnes atteintes de maladie chronique (7° du L312-1 du CASF);
- de familles fragilisées (1° du L312-1 du CASF).

Les points saillants qui ressortent de cette 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 à 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 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 %).

### POINTS CLÉS



**Les services ont une stratégie de personnalisation de leurs prestations.**



**La personnalisation de la prestation implique que la personne accompagnée puisse effectivement donner son avis sur les prestations apportées, mais aussi sur ses besoins et attentes.**

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 proches<sup>14</sup>.
- **12 % des services mettent en place trois volets dans le projet personnalisé : volet vie quotidienne<sup>15</sup>, volet soins<sup>16</sup> et volet vie sociale<sup>17</sup>.**
- **Seuls 5 % des services mettent en place trois volets dans le projet personnalisé (vie quotidienne, soins et vie sociale), élaborent le projet personnalisé de manière collective et mettent en place un suivi et une réévaluation structurée du projet personnalisé<sup>18</sup>.**

### 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.**

<sup>14</sup> 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).

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> 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.

### 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 %)<sup>19</sup>. 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.

### Coopération avec les partenaires

- Conformément à leur cadre réglementaire, les Samsah (87 %), les SPASAD (85 %) et les SSIAD (69 %) organisent la coordination<sup>20</sup> 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.

### POINTS CLÉS

- ⚠ **Les SAAD-SAD déclarent plus de difficulté que les autres services pour mettre en place des temps d'échange interprofessionnels.**
- ⚠ **La coordination a pour objectif d'améliorer la continuité et la cohérence de l'accompagnement des différentes prestations d'aide et de soins. Au domicile, il y a souvent plusieurs types de coordination et de coordinateurs.**

### Les situations de maltraitances 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 maltraitances multiples associant plusieurs natures de maltraitances (médicales ou médicamenteuses<sup>21</sup>; 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.

### POINTS CLÉS

- ⚠ **Le nombre de cas de maltraitance déclarée et leur provenance reposent sur la déclaration des services.**
- ⚠ **L'enquête prend uniquement en compte les cas de maltraitance ayant fait l'objet d'un signalement.**

<sup>19</sup> On entend par transmission orale ou écrite : Les temps d'échanges permettant d'organiser les interventions : Qui intervient? Où? Et quand?

<sup>20</sup> 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 D312-168 « 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 ».

<sup>21</sup> 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.

## 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 %).

### POINTS CLÉS



**Les usagers sont difficilement associés à la démarche d'évaluation interne.**



**Les autres formes de participation des usagers concernent avant tout le secteur des personnes handicapées. L'existence de l'enquête de satisfaction ne garantit pas de couvrir l'ensemble des besoins et attentes des personnes.**

## Volet 2 : une étude qualitative de recueil d'avis menée auprès des personnes âgées accompagnées par des services à domicile et 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.

L'Anesm a ainsi demandé au prestataire :

- de recueillir la perception qu'ont les personnes âgées à domicile (GIR 1 à GIR 6) et leurs proches de la qualité des prestations proposées ;
- d'identifier les prestations que les personnes âgées jugent indispensables à leur maintien à domicile et leur qualité de vie ainsi que leurs attentes en matière de prestations non offertes ou non existantes ;
- de recueillir l'avis des usagers sur l'aspect bien traitant des prestations apportées : respect de leurs droits, de leurs attentes, personnalisation de la prestation apportée, qualité de la relation avec les professionnels, etc. ;
- de confronter les perceptions des usagers au point de vue des professionnels qui réalisent ces prestations.

*Les conclusions du volet 2 seront publiées courant 2015.*

Le rapport d'enquête dans son intégralité, ainsi que les synthèses sont téléchargeables sur le site de l'Agence [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)

## Le programme de travail 2015-2018

Le programme de travail 2015-2018 intègre 25 thèmes nécessitant la production de recommandations.

### LE PROGRAMME DE TRAVAIL 2015

#### *Les travaux transversaux aux secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées*

##### Expérimentation

Un site d'information des professionnels de santé est en cours d'élaboration par l'ARS Île-de-France. Celui-ci a pour objet de faciliter l'accès à l'information et de concourir à l'amélioration du parcours de soins.

À ce titre, l'ARS Île-de-France a proposé à l'Anesm de faire figurer sur ce site, certains de ses travaux et notamment ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles, sous un format adapté.

L'objectif pour l'Anesm serait d'élargir les canaux de diffusion de ses recommandations auprès des professionnels d'Île-de-France mais aussi auprès du grand public. En effet, un accès à ces recommandations par le grand public, représente une des conditions de l'exercice de la démocratie sanitaire et médico-sociale.

La participation de l'Anesm consisterait à :

- communiquer auprès de l'ARS les différentes productions de l'Anesm ;
- fournir un format adapté des recommandations sélectionnées

*Calendrier prévisionnel : 2015.*

#### *Les travaux dans le secteur des personnes handicapées*

##### Recommandations

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

##### ↳ Prévention et réponses aux comportements problématiques pour les enfants et adultes accueillis dans les établissements et services pour personnes handicapées

Les comportements-problèmes, sont « des comportements qui constituent une gêne notable, intense, répétée, durable ou qui présentent un danger pour la personne (...), ainsi que son environnement et qui compromettent ses apprentissages, son adaptation et son intégration sociales ».

« Les insomnies rebelles à tout traitement, les troubles sévères du comportement alimentaire, les agressions envers soi-même ou envers autrui ou entraînant la destruction des locaux en sont quelques exemples » (RBPP Autisme, Anesm p. 32).

Les comportements-problèmes posent de nombreuses questions. Dans leurs conséquences sur la personne elle-même puisqu'ils peuvent avoir un effet sur sa qualité de vie, engendrant parfois des ruptures dans les modes d'accueil et d'accompagnement. Pour ses aidants (professionnels ou non), par l'épuisement qu'ils peuvent générer.

Ces comportements-problèmes sont très souvent liés à la tolérance et la formation de l'environnement et/ou à l'accompagnement par rapport aux besoins spécifiques et aux attentes de la personne en raison de ses particularités sensorielles, psychiques, cognitives et/ou intellectuelles.

L'objectif de ces recommandations sera de définir les pratiques propres à prévenir et apporter des réponses adaptées à la résolution de ces comportements-problèmes.

*Calendrier prévisionnel :*

*La lettre de cadrage sera présentée aux instances de février/mars 2015.*

*Le projet de recommandations sera présenté aux instances fin 2015.*

##### ↳ Protocoles de coordination

Mesure en cours de détermination

*Calendrier prévisionnel :*

*La lettre de cadrage sera présentée aux instances du deuxième semestre 2015.*

*Le projet de recommandations sera présenté aux instances du premier semestre 2016.*

#### *Les travaux transversaux aux secteurs des personnes handicapées et de la protection de l'enfance*

##### Recommandation

##### ↳ Le recours aux espaces de calme, retrait et d'apaisement

L'élaboration de procédures concernant le recours aux espaces de calme, retrait et d'apaisement est inscrite au programme de travail de l'Anesm pour l'année 2015.

Il s'agit de documents « à contenu technique ». Ils doivent fixer les opérations **incontournables** à effectuer (c'est-à-dire identifier la succession d'opérations à exécuter) lors du recours à un espace de calme, retrait et d'apaisement.

Il est proposé d'élaborer deux procédures distinctes :

- l'une sera destinée aux établissements accueillant des personnes handicapées (adultes/enfants).

*Calendrier prévisionnel :*

*La première procédure (adulte) sera présentée aux instances de juin/juillet 2015.*

*Le projet de recommandations sera présenté aux instances du premier semestre 2016;*

- l'autre sera destinée aux établissements de la protection de l'enfance.

*Calendrier prévisionnel :*

*La lettre de cadrage sera présentée aux instances de septembre/octobre 2015.*

*Le projet de recommandations sera présenté aux instances du premier semestre 2016.*

**Les travaux dans le secteur de la protection de l'enfance**

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

- ↳ **L'accompagnement/la prise en charge des mineurs avec difficultés psychiques perturbant le processus de socialisation, « mineurs en refus d'autorité/en refus de tout projet d'accompagnement »**

Si la proportion de jeunes affectés par des troubles psychiatriques majeurs semble stable, en revanche, l'évolution quantitative de certaines pathologies corrélables aux troubles de la personnalité et aux états limites de l'enfance est plus préoccupante. 15 à 22 % des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance sont soit suivis par une MDPH, soit par un service de pédopsychiatrie. L'enfant et particulièrement l'adolescent confronté à ce type de difficultés, se trouve à la fois en quête permanente de points d'appuis et contraint d'attaquer les dispositions et/ou les personnes qui cherchent à apporter des réponses à ses besoins. Les attitudes contrastées, ambivalentes, fortement dépendantes du climat émotionnel expriment des défenses psychologiques dont l'enfant ou l'adolescent n'a pas toujours conscience et/ou dont il n'a pas régulièrement la maîtrise. Elles s'avèrent particulièrement déconcertantes pour les personnes exerçant des responsabilités éducatives et pédagogiques. Les éducateurs au sens large, des parents aux professionnels spécialisés, se trouvent fréquemment « poussés à bout » de leurs ressources, alors même que l'intervention thérapeutique peut aussi se trouver confrontée à la même impasse : l'enfant ou l'adolescent dénie son besoin de soi, refuse de s'engager dans la proposition et/ou cherche à y échapper.

Des travaux sont par ailleurs en cours à la CNSA sur l'organisation possible des réponses pour la prise en charge de ces publics « frontières ». Ils viendront alimenter la recommandation.

*Calendrier prévisionnel :*

*La lettre de cadrage sera présentée aux instances de mai/juin 2015.*

*Le projet de recommandations sera présenté au premier semestre 2016.*

- ↳ **Qualité de vie dans les établissements en protection de l'enfance : nuit, mixité, violences**

*« L'article 20 de la Convention internationale des droits de l'enfant prévoit que tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciale de l'État ».*

La mission des services de la protection de l'enfance est de « garantir la protection de l'enfant et d'assurer ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits ».

Ainsi la qualité de vie dans les établissements en protection de l'enfance se décline tant au niveau d'un accompagnement de l'enfant, de son développement et de ses interactions avec l'environnement, qu'au niveau des conditions d'attention et de sécurité que lui offre l'établissement d'accueil dans sa vie quotidienne.

L'objectif de cette recommandation est de donner des repères sur les pratiques professionnelles intégrant la notion de besoins d'éducation (vie sociale, mixité etc.), de sécurité et de protection (nuit, violences, etc.) dans la vie quotidienne collective de l'enfant accueilli.

*Calendrier prévisionnel :*

*La lettre de cadrage sera présentée aux instances fin 2015.*

*Le projet de recommandations sera présenté aux instances du deuxième semestre 2016.*

**Les travaux 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 précarité est associée à un risque accru en termes de morbidité, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale, les maladies transmissibles ou les dépendances à différents toxiques. Les personnes en situation d'exclusion sociale cumulent les facteurs de risque et les états morbides et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres (HCSP 2009).

Une collaboration étroite entre les centres d'hébergement, les services d'accueil de jour et les acteurs du système de santé (hôpital, hygiène mentale, intervenants en toxicomanie, comité départementaux de prévention de l'alcoolisme, centre d'hygiène alimentaire, dispensaires et centres de santé, associations œuvrant pour l'accès aux soins des plus démunis, antennes de premier accueil etc.) est donc nécessaire pour faciliter l'accès aux soins de cette population.

La recommandation devra insister sur les modes de coopération nécessaires à mettre en place pour faciliter les soins des personnes hébergées tout en restant dans le cadre de leur intervention.

*Calendrier prévisionnel :*

*La lettre de cadrage sera présentée aux instances de février/mars 2015.*

*Le projet de recommandations sera présenté aux instances fin 2015.*

#### ↳ **Rôles et places des CSAPA et CAARUD dans la réduction des risques liés aux addictions**

Selon le rapport de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (2013), les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui accueillent les usagers « confrontés à des difficultés spécifiques » (art. L 312-1, 9 du Code de l'action sociale et des familles — CASF) sont au nombre de « 419 en 2010 et ont accueilli environ 133 000 patients pour un problème principal d'alcool et 104 000 pour un problème principal avec les drogues illicites, dont 52 000 avec les opiacés, 38 000 avec le cannabis et près de 7 000 avec la cocaïne ». Leur mission est de « favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical » (art. L 312-1, 9 du Code de l'action sociale et des familles — CASF).

Les consommateurs de drogues actifs peuvent également bénéficier de l'accueil ou de l'action des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD), désignés avant 2006 par les termes « structures de première ligne » ou encore « structures (à) bas seuil (d'exigence) ». Leur objectif est de limiter l'impact des consommations de drogues, en particulier les infections virales, en informant sur les risques des différentes substances et des pratiques, en permettant l'accès à du matériel de consommation réduisant les risques (seringues stériles, filtres, pailles, pipes à crack etc.) et en favorisant l'accès aux soins, aux droits sociaux et à des conditions de vie acceptables ou moins délétères. En 2012, on dénombre 163 CAARUD en France.

En application du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017, un certain nombre d'orientations sont fixées telles que :

- la prévention et la communication ;
- l'accompagnement au soin ;
- la réduction des risques sanitaires ;
- la réduction des dommages sociaux.

Le travail mené propose de s'appuyer sur ces orientations et/ou celles des prochains plans gouvernementaux en identifiant les pratiques professionnelles répondant notamment aux questions suivantes :

- Comment la prévention des CSAPA et CAARUD s'adapte-t-elle aux différents milieux (éducatif, incarcération, festifs, du travail, etc.) ?
- Comment l'orientation vers les professionnels de santé est facilitée pour les usagers ?
- Comment les CSAPA et/ou les CAARUD adaptent-ils leur cadre d'intervention aux différentes populations ?
- Comment les CSAPA et/ou les CAARUD accompagnent-ils vers l'insertion sociale et professionnelle ? Comment travaillent-ils avec l'entourage ?

Une enquête préalable sur les CSAPA et CAARUD sera menée pour le recueil des pratiques.

*Calendrier prévisionnel :*

*La lettre de cadrage sera présentée aux instances fin 2015.*

*Le projet de recommandations sera présenté aux instances du deuxième trimestre 2016.*

#### *Les travaux dans le secteur des personnes âgées*

##### *Au titre du programme 7 : la qualité de vie*

#### ↳ **Repérage et accompagnement des personnes atteintes de déficiences sensorielles dans les établissements pour personnes âgées**

La déficience sensorielle, qu'elle soit visuelle, auditive, olfactive ou gustative se manifeste par une perte partielle ou totale de l'un de ces sens.

Aujourd'hui, 6 millions de personnes sont concernées par des troubles visuels et de l'audition. Deux tiers de cette population déficiente sensorielle a plus de 60 ans.

La prévalence de la déficience visuelle augmente particulièrement avec l'avancée en âge. La DMLA est la principale cause de malvoyance après 50 ans dans les pays industrialisés. En France, la prévalence globale de la maladie est de 8 % après 50 ans. Elle augmente avec l'âge passant de 10 % entre 60 et 70 ans, 25 % entre 70 et 80 ans, et supérieure à 50 % après 80 ans : 800 000 à 1 million de personnes seraient atteintes. Une autre pathologie particulièrement fréquente est la rétinopathie diabétique : la Société Française d'Ophtalmologie estime qu'environ 95 % des diabétiques de type 1 et 60 % des diabétiques de type 2, après 15 années d'évolution du diabète, seraient concernés. Cette déficience impacte sur de nombreuses activités de la vie quotidienne comme, par exemple, l'écriture et la lecture (difficultés pour la gestion des documents administratifs, l'utilisation du téléphone, le remplissage de chèques, les échanges épistolaires, etc.), la vie sociale (isolement, chutes, etc.).

Une autre déficience fréquente concerne l'audition. La proportion de personnes atteintes de déficience auditive augmente considérablement avec l'âge. En vieillissant, les cellules ciliées qui tapissent l'oreille interne disparaissent. Cette surdité est une conséquence naturelle du

vieillesse, on la nomme presbycusie. 50 % des personnes de plus de 65 ans sont concernées par une perte de l'audition plus ou moins importante. Après 80 ans, ce chiffre atteint 60 %.

La perte de l'ouïe place la personne en situation de triple handicap : handicap sensoriel, handicap de communication, handicap social. Les personnes malentendantes ont tendance à se retirer progressivement de la vie sociale (repas, sorties, activités, etc.). Cela impacte sur leur psychisme (faible estime de soi, dépression, etc.), cela peut aussi avoir des conséquences physiques (maux de tête, risque de chutes, etc.) et, enfin, avoir des conséquences sociales majeures (isolement, problème de communication, etc.).

Mais la déficience sensorielle ne se limite pas à la déficience visuelle et/ou auditive. La déficience olfactive concerne 25 à 33 % des personnes de 60 ans et plus et peut entraîner, lorsqu'elle est en plus associée à une perte de goût, une diminution de l'appétit et une perte de poids. « La perte de l'odorat peut également contribuer à élever le niveau d'anxiété et de dépression du fait de ne pouvoir pleinement partager les joies liées à la nourriture et à la boisson dans un contexte convivial. Enfin, la déficience olfactive est liée à diverses manifestations pathologiques comme le déclin cognitif, la maladie de Parkinson, le diabète, etc. »<sup>22</sup>. Le goût peut être altéré par des médicaments, une mauvaise hygiène dentaire ou une mauvaise denture, certaines pathologies, etc.

En résumé, l'ensemble de ces déficiences du sujet âgé peut être associé directement, avec d'autres facteurs ou non, à une perte d'autonomie rapide, à un risque de chutes et / ou à des épisodes dépressifs.

Si la mise en évidence des pertes sensorielles liées au vieillissement n'est plus à démontrer, il demeure que ce problème est souvent sous-estimé en Ehpad. Il est insuffisamment pris en compte dans les actions d'accompagnement, d'animation, de prévention, de soins, de suivi et d'accessibilité environnementale.

La recommandation aura pour objectif d'apporter des réponses aux besoins de cette population massivement touchée par la déficience sensorielle et de soutenir les professionnels afin qu'ils repèrent et accompagnent les personnes concernées par ces déficiences. L'objectif est de limiter notamment les risques d'isolement, de dépression, de dénutrition, etc. des personnes âgées accueillies et de créer un environnement des plus favorables pour le maintien d'une bonne qualité de vie au quotidien.

Cette recommandation s'appuiera sur un appel à contributions afin d'identifier les pratiques existantes quant aux repérages de ces déficits en Ehpad et aux actions mises en œuvre pour les accompagner (animation, restauration, formations, aménagements des locaux, etc.).

*Calendrier prévisionnel :*

*La lettre de cadrage sera présentée aux instances de mai/juin 2015.*

*Le projet de recommandations sera présenté aux instances du premier semestre 2016.*

#### ↳ **Mesure 39 du plan Maladies neuro-dégénératives : favoriser les protocoles de coopérations entre les professionnels**

Ce travail conjoint de l'Anesm et de la HAS porterait sur :

- la complémentarité des métiers de l'aide et du soin, et le développement de référentiels de pratiques communs. Ces documents permettraient de valoriser le travail pluridisciplinaire indispensable à la qualité de la réponse globale aux besoins des personnes (en lien avec l'action relative aux référentiels de compétences des professionnels) ;
- le développement de protocoles de coopération entre les professionnels de santé du secteur médico-social ;
- les coopérations possibles entre professionnels des établissements ou services médico-sociaux et cela dans l'esprit du dispositif existant dans le secteur sanitaire en matière de coopération entre les professionnels de santé.

*Calendrier prévisionnel :*

*La lettre de cadrage sera présentée aux instances de mai/juin 2015.*

*Le projet de recommandations sera présenté aux instances du premier semestre 2016.*

#### **Fiches points clés**

##### ↳ **Prévention des hospitalisations évitables en Ehpad**

**Les résidents dépendants des Ehpad et les résidences avec un score de dépendance élevé sollicitent de façon importante le système de soins hospitalier.** *Rapports HCCAM 2011 - exploitation de la base GALAAD.*

**Le taux annuel d'hospitalisation des résidents en Ehpad est de 40 %**, pour en moyenne 19 jours d'hospitalisation par an - *Enquête EHPA 2003 de la DREES. Et 70 % des sorties de l'Ehpad sont liées à des hospitalisations. Enquête PLEIAD.*

**La durée moyenne de séjour (DMS) est considérée comme un marqueur des difficultés dans le parcours du patient au sein et en aval de l'hôpital - HCAAM rapport de 2011.**

La DMS des personnes âgées est plus élevée, 2 fois plus longue pour les 85 ans et plus, que pour les moins de 65 ans - *IGAS rapport de mai 2011.*

<sup>22</sup> Van den Bosh Aguilar, La perte progressive de l'odorat est un indicateur de risque accru de mortalité, www.saging.com, fev. 2012.

**Le taux d'hospitalisation avec passage par les urgences des personnes âgées** est considéré comme un marqueur du « déficit d'organisation des soins » qui n'intègre pas leur spécificité (fragilité, poly pathologie, dépendance). En moyenne, 13,5 % des séjours hospitaliers sont précédés d'un passage par les urgences pour les personnes de 25 à 69 ans et de 22,9 % pour les personnes de 70 ans et plus. Cet écart de 9,4 points s'explique à hauteur de 80 % par seulement quatre CMD : CMD 1, CMD 4, CMD 5 et CMD 8 - *IGAS rapport de mai 2011*.

Les ré-hospitalisations à 30 jours sont en général dues au même problème de santé. **Le taux d'hospitalisation multiple**, défini à partir de ces ré-hospitalisations à 30 jours, est considéré comme un indice de sortie trop précoce ou de traitement inabouti. Ce taux croît plus rapidement autour de 70 ans, et continue d'augmenter jusqu'au moins 80 ans.

Les hospitalisations des personnes âgées fragiles, bien que parfois nécessaires, peuvent avoir des effets délétères immédiats (perte des repères, perte d'autonomie, décompensation) ou différés. L'enquête du gérontopôle de Toulouse de juin 2010 sur les résidents de 300 Ehpad note une augmentation après hospitalisation de 3 indicateurs de fragilité : chutes (+5 %), dénutrition (+14 %) et contention (+23 %).

Les soins des personnes très âgées et fragiles, et particulièrement des résidents d'Ehpad, posent donc les questions des « justes actes » entre le « care » et le « cure » et du « juste recours à l'hôpital ».

*Calendrier prévisionnel : présentation aux instances de mai/juin 2015.*

#### ↳ Document de liaison d'urgence (DLU)

**Le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)** est un document synthétique pour une prise en charge optimale médicale et en soins d'un résident en Ehpad par tout médecin intervenant en urgence dans l'Ehpad ou aux urgences hospitalières. (Il peut aussi être utilisé en dehors de l'urgence lors d'une hospitalisation programmée d'un résident).

Selon une enquête réalisée en 2009, sur les 5 170 Ehpad de 77 départements - *Circulaire du 2 avril 2010 relative à l'application du plan national canicule 2010* :

- 79 % des Ehpad répondaient à leur obligation en matière d'accès aux informations médicales indispensables en cas d'urgence : 69,3 % par un accès 24 h/24 h aux dossiers médicaux et **9,7 % par un DLU**;
- et 21 % ne répondaient pas à leur obligation, dont 3 % seraient en cours de régularisation.

#### Les Ehpad

- Les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (Ehpad) accueillent les personnes âgées ayant une dépendance psychique ou psychologique. Le 31 décembre 2012, on comptait 6 768 Ehpad avec 564 045 places. La capacité moyenne d'un Ehpad est de 83 places.

#### Les résidents des Ehpad

- L'âge moyen des résidents en Ehpad est de 85,8 ans. 54,5 % des résidents sont très dépendants (GIR 1 et 2), 32,9 % dépendants (GIR 3 et 4) et 12,6 % non dépendants (GIR 5 et 6).
- Les résidents présentent en moyenne 7,4 pathologies. Les pathologies démentielles sont présentes à 51,8 %, les états dépressifs à 39,2 %, les troubles du comportement à 43,2 %.

#### L'encadrement en Ehpad

- Les aides-soignantes ou aides-médecino-psychologiques et les infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) représentent environ 29 % du temps soignant. Le temps médical et paramédical reste limité. La nuit, le personnel se compose en général de deux agents uniquement, souvent une aide-médecino-psychologique ou une aide-soignante et un agent non qualifié.

#### Nombre d'hospitalisations

- Le taux d'hospitalisation des résidents en Ehpad est de 40 %, pour en moyenne 19 jours d'hospitalisation par an - *Enquête Ehpa 2003 de la DREES. 70 % des sorties de l'Ehpad sont liées à des hospitalisations. Enquête PLEIAD.*
- Au niveau de la résidence, on constate qu'un score de dépendance est associé à un score de pathologies élevé et inversement. Il en résulte que les Ehpad vont potentiellement solliciter de façon plus importante le système de soins en particulier hospitalier. *Rapports HCCAM - exploitation de la base GALAAD.*
- Les hospitalisations des personnes âgées fragiles, bien que parfois nécessaires, peuvent avoir des effets délétères immédiats ou différés. - *Enquête du Gérontopôle de Toulouse (juin 2010).*

Un appel à contribution à l'attention des Ehpad concernant l'utilisation du DLU a été mis en ligne de mi-décembre 2014 à mi-janvier 2015.

*Calendrier prévisionnel : présentation de la fiche aux instances de mai/juin 2015.*

## Expérimentations

- ↳ Expérimentation TIC à partir des recommandations – Prévention, repérage et accompagnement de la souffrance psychique de la personne âgée – sur tablettes numériques
- ↳ Partenariats Anesm/ARS Île-de-France – Pôle stratégie – /CNSA

L'ARS Île-de-France a proposé à l'Anesm de mettre en place une expérimentation dont l'objectif est de créer, au moyen des technologies de l'Information et de la Communication (TIC), un support innovant pour l'appropriation et l'application de ses recommandations sous la forme d'une application sur tablette.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant la prévention, le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique des personnes âgées constitueraient le support de cette expérimentation.

Elle soutiendrait plus particulièrement les professionnels intervenant à domicile qui sont isolés de leur management et de leurs ressources. Cela pouvant générer des difficultés à se référer aux recommandations voire constituer un obstacle à la transmission rapide d'informations préoccupantes.

3 objectifs principaux sont attendus de cette expérimentation :

- Aider à prévenir les risques de souffrance psychique et les risques suicidaires grâce à un traitement immédiat de l'information remontée (refus de s'alimenter, changement de comportement, plaintes, décès d'un proche, chutes, etc.).
- Observer les modifications des pratiques professionnelles et leurs effets : quels bienfaits pour les professionnels et surtout pour les usagers de cette application immédiate des bonnes pratiques grâce à un support intuitif, pédagogique et informatique ?
- Soutenir et valoriser ces professionnels souvent isolés au domicile des personnes dont ils s'occupent.

*Calendrier prévisionnel : 2015.*

## Les travaux dans le secteur des services à domicile

### Au titre du programme 7 : la qualité de vie

#### ↳ La fin de vie à domicile

81 % des Français souhaiteraient finir leurs jours à leur domicile<sup>23</sup>. L'accompagnement de la fin de vie des personnes âgées à domicile concerne principalement le médecin traitant et, le cas échéant, l'hospitalisation à domicile (HAD), les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), les centres de santé infirmiers (CSI), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad), les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les équipes mobiles de soins palliatifs et/ou les réseaux de santé. Les unités de soins palliatifs, les unités hospitalières de court séjour gériatrique, les services de suite et de réadaptation, les USLD ou les Ehpad peuvent également jouer un rôle dans le soutien à domicile des personnes âgées en fin de vie dans le cadre d'une prise en charge ponctuelle, d'un retour à domicile ou en tant que structures ressources.<sup>24</sup>

Dans le secteur social et médico-social, le périmètre se limite aux Ssiad, SAAD et Spasad. Ces structures ont des missions différentes :

- Les Ssiad assurent sur prescription médicale des prestations de soins infirmiers (D312-1 du CASF) dont les actes sont définis par le code de la santé publique (art R. 4311-1 à R. 4311-10)<sup>25</sup>. Les prestations de soins infirmiers correspondent, dans la terminologie des actes infirmiers, à des soins techniques ou à des soins de base et relationnels. Ils sont systématiquement composés d'un infirmier coordinateur et d'aides-soignants. Ils ont généralement recours à des infirmiers libéraux (83 %) ou à des pédicures-podologues (31 %). 30 % sont néanmoins dotés d'infirmiers et 9 % d'aides médico-psychologiques. Il est plus rare d'y voir un psychologue, un ergothérapeute, un psychomotricien ou un diététicien<sup>26</sup>.
- Les SAAD assurent des missions de soutien à domicile de préservation ou de restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, de maintien et de développement des activités sociales et des liens avec l'entourage (D312-6 du CASF). Ces missions sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale.

<sup>23</sup> ONFV, *Fin de vie des personnes âgées. Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie*. Paris : Observatoire National de la Fin de Vie, 2014 ; ONFV, *Fin de vie à domicile. Vivre la fin de sa vie chez soi*. Paris : Observatoire National de la Fin de Vie, 2013.

<sup>24</sup> DGCS, CNSA, Enquête nationale sur les nouvelles modalités d'allocation des ressources aux SSIAD. 2012 ; Fondation Mèdéric Alzheimer. *Fin de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, Novembre 2013, n° 28-29.

<sup>25</sup> Cela comprend notamment les soins infirmiers palliatifs (R. 4311-2 du CSP).

<sup>26</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *Les services de soins infirmiers à domicile en 2008*. Série Statistiques. Document de travail, n° 160, 2011.

- Les Spasad réunissent les missions des SAAD et des SSIAD (D312-7 du CASF).

En dépit de leurs missions distinctes, les enquêtes menées par la Fondation Médéric Alzheimer indiquent que :

- 72 % des SAAD ayant répondu à l'enquête interviennent auprès d'au moins une personne âgée en fin de vie<sup>27</sup> ;
- 86 % des Ssiad ayant répondu à l'enquête interviennent auprès d'au moins une personne âgée en fin de vie<sup>28</sup> ;

L'enquête nationale de l'Anesm « relative aux pratiques concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile » (voir supra p. 18) montre que l'accompagnement de la fin de vie est l'une des trois principales difficultés citées par les SAAD et les Ssiad (manque de connaissance de la loi Léonetti, manque d'informations pour les usagers, complexités accrues avec la maladie d'Alzheimer, densité du travail de coopération, etc.)<sup>29</sup>. Néanmoins, cette enquête indique également que la formation à la fin de vie fait principalement partie des plans de formations de ces services, (76 % des SAAD et 69 % des Ssiad)<sup>30</sup>. Concernant les partenariats :

- les SAAD s'appuient sur d'autres dispositifs pour accompagner la fin de vie : les Ssiad (74 %) ; un réseau gérontologique (51 %) ; un service d'hospitalisation à domicile (42 %) ; l'équipe médico-sociale du conseil général, un Clic ou une MAIA (10 %) ; un service de soins palliatifs (7 %) <sup>31</sup>.
- Les Ssiad s'appuient également sur des équipes mobiles en soins palliatifs ou des réseaux de santé spécialisés (65 %), s'articulent avec l'HAD (40 %) et travaillent avec des SAAD pour accompagner la fin de vie<sup>32</sup>.

*Calendrier prévisionnel :*

*La lettre de cadrage sera présentée aux instances de mai/juin 2015.*

*Le projet de recommandations sera présenté au premier semestre 2016.*

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

La dernière enquête réalisée en 2010-2011 a mis en évidence une amélioration des pratiques depuis celles de 2009 et 2010-2011 portant sur les pratiques les plus aisément modifiables, notamment les protocoles et procédures. Depuis la dernière enquête, ont notamment été publiées les recommandations spécifiques aux Ehpad dans le cadre du programme « Qualité de vie en Ehpad » et celle sur « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ».

Soutenir les professionnels et les autorités de contrôle et réaliser un état des lieux de l'avancée des pratiques de bientraitance dans ces établissements restent les deux objectifs majeurs qui sous-tendent cette enquête.

L'enquête aura lieu en 2015, mais une nouvelle version du questionnaire a été élaborée en 2014. Dans le cadre de son élaboration, un comité de pilotage a été mis en place, composé de la DREES, la CNSA, la DGS, la DGOS, et la DGCS notamment. L'enquête 2015 a été retravaillée tant sur le plan du contenu, de la forme et du recueil des questionnaires. Tous les Ehpad ne sont pas concernés. Les Ehpad participants seront tirés au sort après échantillonnage. Le questionnaire à l'attention des directeurs d'établissement et des présidents de CVS seront envoyés séparément.

L'un des principaux objectifs de cette méthodologie est de confronter le niveau de satisfaction des présidents de CVS aux pratiques professionnelles déployées dans les établissements.

Enfin, cette enquête a été bâtie afin que l'établissement puisse s'y référer comme un véritable outil d'accompagnement à la démarche d'amélioration continue de la qualité.

*Calendrier prévisionnel :*

*Diffusion du questionnaire auprès des directeurs d'établissement et des présidents de CVS et mise en ligne du guide de remplissage sur le site de l'Anesm en mai 2015. Analyse des questionnaires de septembre à novembre 2015. Publication du rapport d'enquête en décembre 2015.*

<sup>27</sup> Fondation Médéric Alzheimer. Aide à domicile et maladie d'Alzheimer. *Lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, décembre 2012, n° 25.

<sup>28</sup> Fondation Médéric Alzheimer. Soins infirmier à domicile et maladie d'Alzheimer. *Lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, mars 2013, n° 26.

<sup>29</sup> Enquête nationale relative aux pratiques concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile 2013.

<sup>30</sup> Enquête nationale relative aux pratiques concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile 2013.

<sup>31</sup> Fondation Médéric Alzheimer. Aide à domicile et maladie d'Alzheimer. *Lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, décembre 2012, n° 25.

<sup>32</sup> DGCS, CNSA, Enquête nationale sur les nouvelles modalités d'allocation des ressources aux Ssiad. 2012.

## PROGRAMMATION DES TRAVAUX 2016-2018

### *Les travaux dans le secteur des personnes handicapées*

#### Recommandations

##### *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 ») 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 ans-18 ans-20 ans ?

*Calendrier prévisionnel : 2016-2017*

##### *Programme 4 : le soutien aux professionnels*

#### ↳ **Indications à l'admission et l'accompagnement en centres médico-psycho-pédagogique (CMPP)**

Ces recommandations auront pour objectif de déterminer les pratiques des CMPP dans le cadre du dépistage, du diagnostic et de l'accompagnement de l'enfant. Ce sujet permettra d'opérer un lien avec les travaux conduits par l'Agence sur les Camsp dans un souci de complémentarité et d'indications spécifiques.

Les situations des enfants et des mères victimes de violences feront l'objet d'un examen particulier dans le cadre de ces formes d'accompagnement appelant un soutien social et psychologique particulier.

*Calendrier prévisionnel : 2017*

##### *Programme 7 : la qualité de vie*

#### ↳ **L'accompagnement des personnes ayant une déficience intellectuelle**

La CNSA a commandé à l'Inserm une expertise collective, revue de littérature nationale et internationale sur une liste de questions posées, sur l'accompagnement des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Les résultats de ces travaux sont disponibles depuis fin 2014 et pourront servir de base pour préciser le cadrage d'une ou plusieurs recommandations de l'Anesm sur le sujet.

*Calendrier prévisionnel : 2018*

#### Enquête

#### ↳ **Enquête relative à la bientraitance des personnes accueillies en MAS et en FAM**

Sur le modèle de l'enquête sur le déploiement des pratiques concourant à l'amélioration de la qualité de vie dans les Ehpad, une première enquête relative à la bientraitance dans les MAS et les FAM a été réalisée en 2012 (rapport publié en 2013). Cette enquête poursuivait deux objectifs principaux :

- soutenir les professionnels dans une dynamique de déploiement des pratiques bientraitantes ;
- procéder, au niveau national, à un état des lieux des pratiques de bientraitance au sein des établissements.

Plus de trois structures concernées sur quatre ont répondu au questionnaire. Il a été établi qu'il existait un déploiement satisfaisant des pratiques bientraitantes au sein des MAS et des FAM, avec cependant des points d'amélioration possibles, dont le niveau de participation des usagers à l'élaboration du projet personnalisé.

Ce niveau de participation devra être apprécié au regard des potentialités des personnes accueillies et faire appel à des moyens nécessairement adaptés aux degrés des déficiences et incapacités de ces personnes ou au recours aux représentants légaux.

Afin d'observer l'évolution de ces pratiques, il est nécessaire de reproduire cette enquête. Les modalités de réalisation de la précédente enquête pourront être conservées, à savoir une passation du questionnaire par Internet auprès de l'ensemble des MAS et des FAM par l'intermédiaire des Agences régionales de santé et en collaboration avec la DGCS.

*Calendrier prévisionnel : 2016*

### *Les travaux en protection de l'enfance*

#### *Programme 3 : points de vigilance/prévention des risques*

#### ↳ **Les tout-petits en protection de l'enfance : prévention de la pathologie des liens**

En 2013, l'ONED estimait à 133 671 le nombre d'enfants accueillis par l'ASE. Le rapport de la DRESS de septembre 2012 indiquait un taux de plus de 25 % d'enfants de 0 à 5 ans accueillis en Foyers de l'enfance, et d'environ 4 % accueillis en MECS. Pour les sections mères-enfants et centres maternels, 2 200 enfants de 0 à 4 ans étaient accueillis. La majorité des enfants en pouponnière était âgée de 0 à 4 ans.

En 2008, 1 236 établissements intégrant les sections mères-enfants, étaient concernés.

L'accompagnement de l'enfant de cet âge doit intégrer le développement psychoaffectif de l'enfant et les liens d'attachement qui seront le socle de la construction de sa relation à l'autre. Les enfants jeunes, voire très jeunes, accueillis au titre de la protection de l'enfance peuvent avoir souffert de carences affectives ou de troubles relationnels ou psychiques de leurs parents dont il faut accompagner et soigner les effets.

La rupture des liens de l'enfant avec son environnement est une réalité de la protection de l'enfance qui a fait l'objet de nombreux rapports dans ses conséquences sur l'accompagnement de l'enfant, notamment par le secteur de la pédopsychiatrie. Par ailleurs, le maintien des liens est un droit fondamental, dès lors qu'il est compatible avec l'intérêt supérieur de l'enfant.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance met l'accent sur la prévention auprès des plus petits, une attention particulière devant être portée aux enfants de moins de 6 ans.

La recommandation a pour objectifs de prévenir le risque d'atteinte à la construction des liens affectifs du petit enfant et de donner des repères aux professionnels, en permettant à l'enfant de structurer son développement.

*Calendrier prévisionnel : 2016-2017*

#### **Programme 4 : le soutien aux professionnels / programme 7 : la qualité de vie**

##### **↳ Les 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.

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, et, dans certains départements, à des besoins dépassant nettement l'offre d'accueil.

Une circulaire sur l'accueil et la prise en charge des mineurs isolés étrangers est en cours d'élaboration.

*Calendrier prévisionnel : 2017-2018*

#### **Programme 4 : le soutien aux professionnels**

##### **↳ Accueil séquentiel en protection de l'enfance**

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a introduit, dans son troisième axe, la diversification des modes d'accueil et d'accompagnement et a incité les professionnels de la protection de l'enfance à sortir de la seule alternative du recours aux solutions dites de milieu ouvert ou celles dites de placement en établissement social. Le dispositif du « placement séquentiel (ou modulable) » vise à intégrer la notion d'évolution dans le temps de la famille et à adapter les formes d'accompagnement aux besoins de l'enfant et aux difficultés familiales. La loi permet ainsi la mise en place d'actions graduées et modulées dans le temps, ajustées aux besoins de l'enfant. Cet ajustement des actions doit toujours répondre à l'intérêt de l'enfant, et tenir compte de l'évolution de sa situation et du contexte familial, en veillant à assurer la continuité et la cohérence du projet. Il s'inscrit pleinement dans l'orientation Européenne de désinstitutionalisation et les principes de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002.

Ces nouvelles formes d'accompagnement se développent depuis 2007, offrant une diversification de réponses et de modalités de mise en œuvre dans les établissements de la protection de l'enfance. Il s'agit essentiellement, sur le plan organisationnel de redéploiement interne, par la transformation de places d'hébergement en placement « hors les murs », ou par la mise en place de mesures diversifiées. (cf. État des lieux de la mise en œuvre de la réforme de la protection de l'enfance par les associations, CNAPE / UNIOPSS, octobre 2011). Certains conseils généraux incitent par ailleurs à la création de structures spécifiques (MECS).

Le rapport de la DRESS de septembre 2012 indique un nombre important de mesures de placements séquentiels ou en réseau dans les structures de la protection de l'enfance : MECS, Foyers de l'enfance, villages d'enfants, y compris en pouponnières.

Constituant un véritable enjeu pour les professionnels de la protection de l'enfance (Anesm : enquête CVS, groupes de travail protection de l'enfance), il est proposé :

- en amont une enquête nationale, aucune n'ayant été faite à ce jour, (un partenariat avec le défenseur des droits et/ou l'ONED pourrait être envisagé) ;
- une recommandation pour l'adaptation de ces formes d'accompagnements.

*Calendrier prévisionnel : 2018*

## Les travaux dans le secteur de l'inclusion sociale

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

#### ↳ Repérage et accompagnement des femmes victimes de violences accueillies dans les CHR, centres d'hébergement ou accueils de jour

Selon une étude de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), 400 000 femmes ont été victimes de violences conjugales sur une période de deux ans (2010-2011).

L'offre d'hébergement dédiée aux femmes victimes de violences et les possibilités de relogement qui leur sont offertes sont des éléments indispensables dans le parcours de traitement des violences qui peuvent être des violences conjugales. En novembre 2012, le comité interministériel aux droits des femmes a adopté une série de mesures visant notamment à l'amélioration des conditions de mise à l'abri, d'hébergement et de logement des femmes victimes de violences.

En avril 2013, les Ministres du Logement et des Droits des femmes ont rappelé l'engagement pris par le gouvernement de protéger les femmes victimes de violences. Une circulaire interministérielle n° 2013-197 du 12 avril 2013 relative aux relations entre les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) et les associations spécialisées dans la prise en charge des femmes victimes de violences, en particulier conjugales, a été signée.

Cette circulaire prévoit l'admission directe des femmes victimes de violences dans les structures spécialisées. Elle définit également les modalités de collaboration entre le SIAO et les associations pour garantir la mise en sécurité des femmes victimes de violences et la fluidité de leurs parcours vers l'hébergement et le logement.

Cette initiative s'inscrit plus largement dans un plan global pour l'hébergement des femmes victimes de violences. Ce 4<sup>e</sup> plan (2014-2016) prévoit plusieurs dispositions :

- La création de places d'hébergement d'urgence pour accueillir des femmes victimes de violences (1 650 nouvelles solutions d'hébergement d'urgence spécialisées et sécurisées devraient ouvrir d'ici 2017 — 280 nouvelles places ont été créées en 2013) ;
- Le lancement d'un appel à projets innovants dans le domaine de l'hébergement, dont pourront bénéficier les femmes victimes de violences ;
- Une évolution législative facilitant l'éviction du conjoint et le maintien dans le logement lorsque cela est possible et souhaité par les femmes victimes de violences.

L'objectif de l'État est de faciliter la sortie des violences conjugales en garantissant la protection et la réinsertion des femmes victimes au sein de leur foyer.

Dans cette perspective les recommandations détermineront :

- les pratiques déployées au sein des accueils de jours et des centres d'hébergement pour accueillir, informer et orienter les femmes, notamment lorsqu'il s'agit de préparer un départ du domicile en cas de violences au sein du couple ;
- les pratiques de coordination entre les partenaires mobilisés dans la lutte contre les violences faites aux femmes, notamment sur le champ de la santé (« les violences blessent, et appellent des soins » - extrait des premières réalisations du 4<sup>e</sup> plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes), en tenant compte de la définition d'un parcours de soins pour les victimes de violences, décliné au plan local par les Agences régionales de santé ;
- les pratiques spécifiques à destination des femmes victimes de violences enceintes ou avec des enfants de moins de trois ans ;
- les pratiques visant à soutenir la maman dans sa fonction d'éducation et de socialisation à l'égard de ses enfants (« promotion de leur développement et de leurs insertions sociale et scolaire » - extrait du dossier 2014 de l'Inpes « Promouvoir la santé dès la petite enfance ») ;
- les pratiques à mettre en œuvre dans les cas d'une demande et/ou d'un besoin d'intervention des services de l'aide sociale à l'enfance en application des dispositions prévues par l'article L. 222-5 du code de l'action sociale et des familles.

#### Calendrier prévisionnel : 2016-2017

#### Programme 7 : qualité de vie

#### ↳ Prévention et traitement des phénomènes de violences dans les centres d'hébergement

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la violence comme « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un problème de développement ou une carence ».

Cette définition montre à quel point le thème de la violence est large et ses conséquences sont diverses. En effet, la violence a des effets négatifs sur les individus et sur leur santé psychique et physique. C'est pourquoi elle constitue l'un des problèmes importants de santé publique<sup>33</sup>.

<sup>33</sup> DANGAIX, D. La violence est aussi un problème de santé publique. La santé de l'homme, 2007, n°389, pp. 48-49.

Concernant les établissements d'hébergement du secteur social, différents auteurs (Zolla E., 2013, Meunier E., Bakero-Carrasco M. 2010-2011) observent que les professionnels du secteur social et médico-social s'emploient à relativiser les actes de violence à leur égard notamment parce que la survenue de la violence affecterait la bonne image que le groupe professionnel a de lui-même.

La violence peut être observée dans tous les milieux, cependant le risque naît de la conjonction et de l'accumulation de facteurs individuels et environnementaux à un temps donné, aussi bien pour les « maltraitants » que pour la personne maltraitée. « On ne naît ni victime, ni maltraitant »<sup>34</sup>. Les centres d'hébergement dans le secteur de l'inclusion sociale accueillent des personnes qui peuvent occasionnellement se retrouver dans des situations les amenant à subir des actes de violences et/ou à être eux-mêmes acteurs de violences.

L'ensemble de ces éléments amène l'Anesm à produire une recommandation de bonnes pratiques professionnelles pour aborder les réactions des équipes de professionnels à la survenance d'un fait de violence et la prévention du risque dans une perspective de bientraitance.

Trois grands axes de travail peuvent d'ores et déjà être identifiés :

- les faits de violence à l'égard d'un professionnel/bénévole dans le cadre de son travail ;
- les faits de violences auto-agressifs ;
- les faits de violence accomplis par un tiers (personne accueillie ou non) à l'égard d'une personne accueillie dans un établissement d'hébergement ;
- les faits de violence à l'égard de populations spécifiques : mineurs, jeunes majeurs, majeurs protégés, personne sous main de justice, personne en situation de handicap psychique, femmes, réfugiés migrants, personnes âgées ;
- les actes de violence pourront être traités en distinguant ceux relatifs à l'atteinte aux personnes et ceux relatifs à l'atteinte aux biens<sup>35</sup>.

*Calendrier prévisionnel : 2017*

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

#### **↳ La fin de vie**

La stratégie nationale de santé fait le constat d'un risque de mortalité plus précoce pour les personnes en situation de précarité sociale en précisant que « *les facteurs expli-*

*catifs de la surmortalité qui frappe les catégories les moins favorisées interviennent pour l'essentiel en amont de la prise en charge proprement médicale des différentes pathologies. Ces catégories cumulent en effet les facteurs de risque : expositions plus fréquentes aux risques environnementaux (toxiques en milieu professionnel, polluants de l'habitat, pollution urbaine), prévalence plus élevée des facteurs de risque comportementaux liés aux modes de vie, moindre accès au dépistage précoce et diagnostic plus tardif des pathologies graves. »*

Ces données relatives à l'espérance de vie s'associent à un autre phénomène, le vieillissement des personnes accueillies dans les dispositifs d'insertion.

Les établissements et services œuvrant dans le secteur de l'inclusion sociale découvrent de nouvelles problématiques relatives à la spécificité de ces situations et font face à la question du décès des personnes accueillies. À l'occasion de l'enquête réalisée auprès des professionnels de l'inclusion sociale de septembre à novembre 2013, il est apparu que ces situations étaient particulièrement difficiles à accompagner<sup>36</sup> même si elles ne sont pas encore trop fréquentes.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles en ce domaine doivent pouvoir apporter des éléments d'aide à l'accompagnement pour des professionnels peu familiers de ces circonstances.

Les recommandations s'appuieront sur les travaux en cours de l'Observatoire Nationale de la Fin de Vie (ONFV), ce dernier consacrant son programme de travail 2014 à la question de la fin de vie des personnes en situations de précarité.

L'Anesm participe aux travaux spécifiques portant sur la fin de vie dans les CHRS. Le rapport final est consultable depuis janvier 2015 sur le site de l'ONFV : <http://www.onfv.org/fin-de-vie-en-centre-dhebergement-et-de-reinsertion-sociale/>

*Calendrier prévisionnel : 2018*

### **Les travaux dans le secteur des personnes âgées** **Programme 7 : la qualité de vie**

#### **↳ Logement-foyer et autres Ehpa (Mapa, Marpa...) : adaptation de l'accompagnement et maintien de l'autonomie**

D'ici 2015, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans passera de 1,3 million à 2 millions. Pour favoriser

<sup>34</sup> Société Francophone de Médecine d'Urgence. (Conférence de consensus, Nantes, 03/12/2004). *Maltraitance : dépistage, conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles)*. Texte long. Paris : SFMU, 2004. 23 p.

<sup>35</sup> En référence à la classification du ministère de la Santé.

<sup>36</sup> Annexe 1.

l'accueil et l'accompagnement des retraités socialement fragilisés, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) s'engage avec le ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale à accompagner la modernisation ou la création de foyers-logements. Ces deux partenaires ont notamment élaboré un outil d'aide à la décision (ADEL)<sup>37</sup> pour accompagner l'évolution des logements-foyers (Ehpa).

En complément de leur adaptation architecturale tendant à proposer une réponse de proximité, dans une démarche de développement de l'habitat intermédiaire et dans la perspective de diversification territoriale, les foyers-logements et autres Ehpa (Mapa, Marpa, RPA) doivent se concentrer sur la prévention de la perte et le maintien de l'autonomie.

La promotion de l'activité physique, les actions collectives de prévention doivent être développées. Ces structures doivent ainsi permettre aux personnes âgées de se maintenir dans la cité et d'accroître leur réseau de sociabilité (lutte contre l'isolement social, solitude et dépression voire suicide).

L'Anesm a pour mission de rédiger les bonnes pratiques professionnelles pour accompagner les responsables de structures qui vont connaître quelques mutations (missions, personnes accueillies, personnel etc.). « Face aux modifications du profil et des besoins de la population accueillie, les gestionnaires et les propriétaires d'Ehpa sont confrontés à la nécessité de faire évoluer leurs établissements et de concevoir une offre d'habitat aménagée pour personnes âgées encore autonomes se situant entre l'habitat ordinaire et l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes. »<sup>38</sup>

L'objectif de cette recommandation sera notamment d'accompagner les responsables et les salariés des foyers-logements et autres Ehpa, dans leurs missions de prévention, de maintien de l'autonomie, de coordination des acteurs (familles, professionnels, bénévoles) et de les aider à se positionner sur le territoire et au sein des réseaux (environnement géographique, sanitaire et social).

**NB :**

- Cette recommandation accompagnera le développement du Paerpa « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie ».
- Cette recommandation s'appuiera sur un appel à contribution afin d'identifier les pratiques existantes dans ce secteur.

*Calendrier prévisionnel : 2016-2017*

*Les travaux dans le secteur des services à domicile*

**Recommandations**

*Programme 3 : les points de vigilance, la prévention des risques / Programme 7 : la qualité de vie*

↳ **Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) : prévention et maintien de l'autonomie de la vie à domicile des personnes âgées et/ou handicapées**

Sous le label CLIC sont installés des guichets d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées et/ou handicapées et de prise en charge des situations complexes qu'elles peuvent rencontrer. Ces structures se situent dans une triple logique de proximité : d'accès facilité aux droits et de la mise en réseau entre les professionnels notamment les professions de santé, d'accompagnement à domicile, de l'aménagement de l'habitat et les acteurs locaux.

Les CLIC sont des services sociaux et médico-sociaux visés au 11° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles : « Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers ou d'autres établissements et services. »

Ils ont pour mission d'informer, d'orienter, de faciliter les démarches, de fédérer les acteurs locaux, d'évaluer les besoins, d'accompagner et d'assurer le suivi du plan d'aide (pour les CLIC de niveau 3), en lien avec les intervenants extérieurs. Généralement, le personnel se compose d'un agent d'accueil, un coordinateur, des professionnels sociaux ou médico-sociaux ou de santé en lien avec les acteurs de la gérontologie et très souvent un animateur du territoire pour des actions de prévention (organisation de conférences, journées etc.)

Les Clic travaillent en réseau avec le conseil général, les associations gérontologiques, les CCAS, les CPAM, les Carsat, MSA, RSI, les maries, etc.

À ce jour, il n'existe aucune recommandation destinée spécifiquement aux centres de ressources et apportant des éléments adaptés à leurs spécificités et modes d'organisation.

L'objectif de ces recommandations sera notamment d'accompagner les professionnels salariés des CLIC, dans leur mission de prévention, de maintien de l'autonomie,

<sup>37</sup> Dans ce contexte, la CNAV et le ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale ont donc élaboré « ADEL », un outil d'aide à la décision à l'intention des promoteurs de projets pour l'évolution des logements-foyers. « En effet, ceux-ci, qui occupent une place importante dans l'offre d'habitat pour personnes âgées autonomes, sont appelés à se moderniser et à améliorer leurs prestations ».

<sup>38</sup> L'assurance retraite a rédigé en juillet 2013 un guide « références et recommandations pour les logements-foyers » (p. 7).

de coordination des acteurs — personnes âgées et ou handicapées, aidants, professionnels, — et de les aider à se positionner sur le territoire (environnement géographique, sanitaire et social), et à communiquer sur leurs actions. Une partie de la recommandation fournira des repères aux professionnels pour conduire leur évaluation interne.

Pour mener à bien les travaux, l'Anesm lancera en amont des groupes de travail un appel à contribution, afin d'observer la variabilité des interventions sur chaque territoire et les actions partenariales.

*Calendrier prévisionnel : 2016*

### *Les travaux dans le secteur de l'évaluation interne*

#### **Autres**

#### **Programme 4 : soutien aux professionnels**

##### ↳ **Intégration d'une partie évaluation interne dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles**

L'appropriation des recommandations participe au processus continu d'amélioration des pratiques et s'inscrit de fait dans la démarche d'évaluation interne. Néanmoins, il importe aujourd'hui de renforcer le lien entre recommandation et évaluation interne. À ce titre, il est proposé d'intégrer dans chaque recommandation un volet spécifique lié à leur utilisation dans la démarche d'évaluation interne.

Ainsi, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles devront :

- expliciter le lien avec le décret du 15 mai 2007 (annexe 3-10 du CASF) ;
- identifier les principales questions permettant d'interroger l'appropriation des recommandations ;
- intégrer des indicateurs permettant de suivre l'objectif d'accompagnement visé et d'alerter les professionnels sur la nécessité de réajuster (si besoin) leurs pratiques.

*Calendrier prévisionnel : identique à celui des recommandations.*

#### **Programme 4 : soutien aux professionnels**

##### ↳ **Création d'outils méthodologiques pour les petits établissements/services**

La démarche d'évaluation interne est une démarche nécessairement collective prenant en compte le point de vue de l'ensemble des participants (professionnels, usagers, familles, partenaires, etc.). Elle s'appuie souvent sur des réunions d'équipe et une organisation collective qui nécessitent une logistique dont ne disposent pas toujours les petits établissements/services.

L'enquête sur la mise en œuvre de l'évaluation interne réalisée en 2012 par l'Anesm a démontré que le volume des effectifs d'un établissement/service influençait le niveau d'engagement dans la démarche. Ainsi, en juin 2012 un tiers des structures de moins de 10 salariés (ETP) n'était pas engagé dans la démarche, alors que seuls un quart des structures de plus de 10 salariés ne l'était pas. Cette difficulté est notamment identifiée par les structures de type logement-foyer, foyer de jeunes travailleurs, accueils de jour.

Il est proposé d'élaborer des « fiches méthodes » spécifiques destinées aux petites structures. Ces fiches dont il est nécessaire de déterminer si elles concerneraient l'ensemble des secteurs ou devraient viser certaines catégories d'établissements, porteraient sur l'organisation et la planification de la démarche en particulier en traitant des suites données aux évaluations externes. Ces établissements auront en effet bénéficié de l'apport ponctuel d'équipes spécialisées lors de leurs évaluations, l'enjeu consistera à mettre en œuvre en interne un dispositif d'évaluation pérenne malgré des moyens humains limités.

*Calendrier prévisionnel : 2017*

### *Les travaux tous secteurs*

#### **Recommandation**

#### **Programme 4 : soutien aux professionnels**

##### ↳ **Protection des données personnelles**

Le secteur est peu sensibilisé à cette question alors qu'il manipule des données très sensibles sur les personnes (usagers et salariés) que ce soit sur fichier papier ou informatique. D'ailleurs la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) vient de recruter une personne en charge du secteur social et médico-social et a l'intention de renforcer les contrôles dans le secteur.

Au-delà d'une mise en conformité, c'est une question du droit des personnes et d'amélioration de la qualité.

Les ESMS ont besoin d'une aide en la matière et il existe des expériences dans des associations qui pourraient largement faciliter la rédaction d'une telle recommandation avec l'appui de la CNIL.

*Calendrier prévisionnel : 2016.*

### Propositions de fiches Thématiques 2016-2018

Les instances de l'Anesm sont appelées à se prononcer sur l'opportunité d'appuyer la diffusion des recommandations produites jusqu'à ce jour par l'agence, en éditant des fiches thématiques qui s'adresseraient particulièrement aux cadres intermédiaires. Au-delà de la diffusion, c'est une appropriation plus rapide qui est recherchée. Ces fiches pourraient en outre être utilisées comme des outils pédagogiques à destination des auxiliaires de vie, aides soignantes, infirmières, éducateurs, etc, lors des réunions de services, et pourraient également venir en appui de la démarche d'évaluation interne.

Parmi les thèmes susceptibles de faire l'objet de fiches, ont d'ores et déjà été identifiés :

- Fin de vie/soins palliatifs
- Gestion des médicaments
- Participation de l'usager avec ou sans protection juridique
- Le CVS
- Droit de la personne majeure protégée
- Contrat de séjour
- Règlement de fonctionnement
- Prévention santé/accompagnement aux soins
- Éducation thérapeutique
- Événements indésirables
- Aides techniques et domotiques
- Liberté d'aller et venir

### Propositions de guides 2018

Les instances sont appelées à se prononcer sur l'opportunité d'appuyer l'élaboration et/ou la validation de guides/recommandations pour l'accompagnement au quotidien de personnes présentant « un syndrome » à destination de tous les acteurs — parents et professionnels.

Pour chaque syndrome, les manifestations cliniques sont variées et fluctuantes en fonction de chaque personne et de son environnement impliquant des interventions multi et transdisciplinaires adaptées.

Ces guides auraient pour objectif une meilleure connaissance de l'ensemble des troubles et des déficiences liés au syndrome pour un accompagnement global et cohérent de la personne.

### Un exemple de syndrome : le syndrome d'alcoolisation fœtale (ou SAF)

Les « troubles liés à l'alcoolisme fœtal » (TCAF ou Foetal alcohol spectrum disorders), sont un ensemble de tableaux cliniques plus ou moins sévères, conséquences d'une consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse. Outre une hypotrophie néonatale non spécifique pouvant porter sur le poids, la taille et/ou le périmètre crânien, des anomalies faciales inconstantes des lésions cérébrales définitives liées à l'exposition alcoolique *in utero* se manifesteront au cours du développement par des déficits d'apprentissage et de comportement, source de difficultés d'insertion sociale et de limitation d'activités<sup>39</sup>.

Aucun des signes cliniques n'est spécifique, le tableau est souvent incomplet et il n'existe pas de marqueurs biologiques ou radiologiques. Le diagnostic de TCAF repose donc sur un faisceau d'arguments cliniques, dans un contexte d'alcoolisation maternelle. Aussi, le diagnostic est rarement fait ou tardivement, d'autant que la révélation d'une consommation d'alcool pendant la grossesse reste taboue, et non systématiquement recherchée par les professionnels de santé. Ceci explique qu'il n'existe pas ou peu de chiffres de prévalence de ce syndrome. En France, une étude réalisée par l'INVS a estimé, en 2008, à près de 1 pour 1000 naissances, la fréquence de la forme complète du syndrome, repérable à la naissance. Les épidémiologistes s'accordent sur un taux de l'ensemble des TCAF de 1 % à 5 % dans les pays développés où les études en milieu scolaires ont été menées (États-Unis, Canada, Italie, etc.). Il s'agit ainsi de la première cause de retard mental d'origine non génétique, et d'un véritable problème de santé publique, pourtant totalement accessible à la prévention.

Ce handicap invisible, s'il n'est pas compris et accompagné, conduit à la déscolarisation puis à la désinsertion sociale.

#### Calendrier prévisionnel : 2018

<sup>39</sup> Le SAF est le syndrome complet (hypotrophie, anomalies faciales et troubles neuro-développementaux) que l'on peut repérer dès la naissance, les TCAF (FASD en anglais) désignant l'ensemble des troubles dont les formes incomplètes, 10 fois plus fréquentes que le SAF, et souvent diagnostiquées plus tardivement en l'absence des anomalies faciales.

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



Au-delà de ses missions propres, l'Anesm est sollicitée par de nombreuses structures en raison de ses compétences sur le cœur de métier des ESSMS.

### TRAVAUX TRANSVERSAUX

#### Observatoire national du suicide

Le décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 crée un Observatoire national du suicide (ONS) auprès du ministre chargé de la Santé. Parmi les missions qui lui sont confiées, l'Observatoire est chargé de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide mais aussi de produire des recommandations, notamment en matière de prévention. Il est composé à la fois d'experts, de professionnels de santé, de parlementaires, de représentants d'administrations centrales et de représentants d'associations de familles et d'usagers.

Les travaux de l'Observatoire s'appuient sur deux groupes de travail. Le premier piloté par l'Institut de veille sanitaire (INVS), porte sur la surveillance des suicides et des tentatives de suicide. Le second, piloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), est chargé d'améliorer les connaissances des mécanismes de suicides et des tentatives de suicide, et de promouvoir des recherches sur ce thème.

L'Anesm est membre de l'ONS et a participé à l'élaboration de son 1<sup>er</sup> rapport remis le 2 décembre 2014 à M<sup>me</sup> Marisol Touraine, la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des droits des Femmes. Celui-ci est un premier état des lieux des connaissances sur le suicide, il dresse également un plan d'actions.

#### 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) 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 dialogue avec les ARS et conseils généraux.

### DANS LE SECTEUR DES « PERSONNES HANDICAPÉES »

#### Participation au comité de pilotage de l'enquête Es-Handicap 2014 réalisée par la DREES

L'enquête ES-Handicap est réalisée tous les 4 ans auprès de l'ensemble des structures pour adultes et pour enfants handicapés. Elle vise à connaître l'activité de ces structures, le profil des professionnels qui y travaillent ainsi que celui des publics accompagnés.

4 groupes de travail ont eu lieu entre le 7 janvier et le 5 novembre 2014.

### Participation au comité de suivi du programme « Psychiatrie et santé mentale » de la HAS

La Haute autorité de santé a élaboré un programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale scindé en 3 thématiques : la prise en charge des troubles dépressifs, le parcours des personnes en situation de handicap psychique, et les droits et la sécurité en psychiatrie. Ce programme s'échelonne sur plusieurs années et est composé de plusieurs livrables.

L'Anesm participe au comité de suivi qui définit le programme, la méthode de travail et les productions réalisées, suivre l'avancée des travaux, organiser des retours de terrain et le plan d'action pour la diffusion et l'appropriation des productions.

### Participation au groupe handicap psychique du conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

### Membre du jury du concours « droits des usagers de la santé 2014 » organisé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Depuis 2011, un *dispositif* de labellisation fait émerger tout au long de l'année, grâce à l'appui et à l'expertise des Agences régionales de santé (ARS), des projets exemplaires favorisant la connaissance et la promotion des droits des usagers des services de soins et du médico-social, en établissement comme à domicile. Chaque fin d'année, le concours national « Droits des usagers de la santé » met en lumière les meilleurs projets par le biais d'une cérémonie de remise de prix.

Les projets récompensés chaque année sont présentés sur le site internet du ministère de la Santé : [www.sante.gouv.fr/label-et-concours-2014.html](http://www.sante.gouv.fr/label-et-concours-2014.html).

L'Anesm a appuyé dans ce cadre l'un des projets primés : le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées (Coderpa) de l'Essonne, qui a été à l'initiative d'un inter-Conseil de la vie sociale au niveau départemental, et dont l'un des objectifs est de renforcer l'effectivité de la participation des usagers aux Conseils de la vie sociale des Ehpad.

### Participation à la commission « droit et éthique de la protection des personnes » du Comité national de bientraitance et des droits (CNBD)

Le Comité national de bientraitance et des droits a été créé par décret du 7 janvier 2013 par Mesdames les ministres Michèle Delaunay et Marie-Arlette Carloti.

Il s'agit d'une instance d'échanges entre les représentants des personnes âgées et handicapées, les professionnels du secteur, l'administration et les deux ministres. Le CNBD a pour mission de proposer des actions visant à prévenir les

suicides à domicile, promouvoir les bonnes pratiques pour une bientraitance active, et clarifier et mieux expliciter les droits des personnes âgées et handicapées.

### Participation aux groupes de travail relatifs à l'évolution de l'offre médico-sociale, fiche action n° 6 du Plan Autisme 2013-2017

### Participation aux travaux de l'Anap (Agence nationale d'appui à la performance) sur le transport des personnes handicapées dans le secteur médico-social

### Évaluation nationale des structures expérimentales autisme

Dans le cadre du plan autisme 2008-2010 (mesure 29), il a été décidé d'expérimenter des réponses nouvelles correspondant à des prises en charge développées à l'étranger mais encore peu répandues en France. Afin de tirer les enseignements de cette expérimentation et de déterminer les modalités d'intégration de ces 28 structures dans le droit commun, il est prévu dans le cadre du plan autisme 2013-2017 de procéder à une évaluation de chaque structure et à une évaluation du dispositif national. L'analyse globale permettra de dégager les enseignements relatifs à la mise en place de l'expérimentation et au fonctionnement des structures. Ces travaux associent les Agences régionales de santé des 13 régions concernées ainsi que les directeurs des structures.

En 2014, l'Anesm a participé au comité de pilotage de l'évaluation nationale des structures expérimentales autisme (élaboration du cahier des charges, choix du prestataire et suivi des travaux).

*Rapport final : février 2015*

### Évaluation de l'offre dédiée aux personnes avec autisme ou autres TED (hors diagnostic)

Le plan autisme 2013/2017, dans sa fiche action n° 6, a prévu des moyens spécifiques « pour le renforcement de l'offre médico-sociale », afin de tenir compte de la spécificité de l'accompagnement des personnes avec autisme ou autres TED dans la composition du personnel, sa formation, la nature et l'organisation des interventions.

Afin d'identifier les prestations rendues et restructurer le cas échéant l'offre sur les territoires par grandes fonctions en améliorant les coopérations, l'Anesm a participé à un groupe de travail national pour élaborer un référentiel qualité (élaboré à partir des recommandations de bonnes pratiques professionnelles). Le référentiel a été testé dans deux régions (Île-de-France et Limousin).

*Publication des documents définitifs : 2015*

## DANS LE SECTEUR DES « PERSONNES ÂGÉES »

### Étude nationale des coûts (ENC)

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a lancé une étude nationale de coûts (ENC) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad).

L'Anesm a participé aux différents comités techniques qui ont eu lieu tout au long de l'année.

Ces travaux auront pour objectif, d'adapter la méthode de retraitement comptable développée pour l'enquête de coûts d'une part, et, d'autre part, à titre principal d'élaborer la méthode de recueil des données relatives à la typologie des résidents.

Cette étude s'inscrit dans la continuité des enquêtes de coûts menées sur les données comptables 2012 et 2013 des Ehpad. Des coûts par typologie de résidents et catégorie d'établissements seront disponibles pour les principales activités des Ehpad : accompagnement de la perte d'autonomie, organisation de la vie sociale, soins dispensés, hôtellerie.

Missionnée par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'ATIH a recruté des établissements volontaires. Leur participation consistera à recueillir, à partir de janvier 2015 et jusqu'à la clôture de l'exercice 2015, les informations nécessaires à l'évaluation des coûts et de leurs déterminants.

### Stratégie nationale de santé : gestion du risque en Ehpad et perspectives d'actions des ARS

La stratégie nationale de santé (SNS) repose sur 3 piliers : des objectifs ciblés de santé publique, une structuration de la médecine de parcours à partir des soins de premier recours, une meilleure coordination de l'action collective et des droits des patients.

Parmi les 5 priorités de santé publique retenues figurent notamment pour **les personnes âgées** :

- des programmes d'action précis centrés sur des priorités de santé publique (dont les personnes âgées y compris les personnes âgées en Ehpad) ;
- des indicateurs chiffrés pour mieux évaluer les actions.

Les indicateurs de GDR Ehpad devront donc être en lien avec les indicateurs de santé publique qui seront affichés par population.

L'Anesm a participé au groupe de travail inter institutionnel piloté par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) aux côtés de la HAS, de l'Anap, de l'Assurance Maladie, de la DAC et de quelques représentants d'ARS afin de définir les modalités de sélection et d'accompagnement des Ehpad en 2015.

L'objectif étant de diffuser une instruction précisant :

- les critères de sélection des Ehpad à accompagner ;
- les modalités d'accompagnement des Ehpad ;
- les formations des personnels d'ARS visant à faciliter cet accompagnement.

Les actions d'accompagnement sont coordonnées par l'ARS et l'Assurance Maladie.

### Fondation Médéric Alzheimer (FMA) : enquêtes nationales des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer

Depuis 2002, l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer a réalisé neuf enquêtes nationales.

Dans ses enquêtes annuelles, la Fondation Médéric Alzheimer a noté, entre 2011 et 2013, une augmentation du nombre d'unités spécifiques déclarées par les établissements.

En 2011 : 2 456 établissements (Ehpad, USLD) ont déclaré 44 423 places.

En 2013 : 2 830 établissements ont déclaré 51 032 places.

La fondation Médéric Alzheimer a donc créé un comité de pilotage auquel participe l'Anesm aux côtés de la CNSA, de la CNAV, de l'ARS Île-de-France, de la DGOS, de la DRESS et d'unités de recherche sur le vieillissement.

La FMA souhaite ainsi conduire une enquête auprès d'établissements disposant d'une « unité spécifique Alzheimer ». Cette enquête se donne plusieurs objectifs :

- mieux connaître ces dispositifs : quels sont les critères retenus par les établissements pour se qualifier « unité spécifique Alzheimer » ?
- dresser un état des lieux des mesures organisationnelles et architecturales mises en œuvre en vue d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

L'Anesm a aussi été invitée à participer aux prochaines enquêtes qui devraient être conduites en 2015 sur les thématiques suivantes : accueils de jour, centres locaux d'information et de coordination (CLIC), MAIA, lieux de diagnostic, plateforme d'accompagnement et de répit, structure d'aide aux aidants familiaux.

### Portail d'information des personnes âgées et de leurs aidants (CNSA)

L'Anesm a participé au comité éditorial de ce projet inscrit au programme de travail de la CNSA dans le cadre du projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement.

### Membre du comité de pilotage de l'enquête Médéric Alzheimer sur les mandataires judiciaires

La fondation Médéric Alzheimer a mené en 2014, en partenariat avec l'Unaf, l'Unapei, la Fnaf et la Cnape, une enquête auprès des mandataires judiciaires à la protection des majeurs exerçant des mesures pour des personnes atteintes de troubles cognitifs.

Cette enquête avait pour objet de mieux connaître les pratiques professionnelles des mandataires exerçant auprès des personnes et de montrer l'utilité sociale et la complexité de ce métier.

Les résultats de l'enquête sont disponibles dans *La lettre de l'observatoire* n° 33-34 pourront ainsi alimenter de prochains travaux de l'agence sur ce champ.

### Réunion du Comité National pour la Bien-être et les Droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD)

Participation de l'Anesm au sous-groupe concernant la « prévention du suicide des personnes âgées », piloté par le Professeur Anne Sophie RIGAUD, gériatre à l'hôpital BROCA à l'AP-HP, et le Docteur Thierry GALLARDA, psychiatre à l'hôpital Saint Anne à Paris.

### Journées annuelles SFGG (Société Française de Gériatrie et Gériatologie)

L'Anesm a présenté un poster, lors des 34<sup>es</sup> Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gériatologie (JASFGG 2014), autour de la recommandation sur la *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*.

Cette communication met l'accent sur la procédure d'élaboration de cette recommandation et sur la démarche préventive : Au-delà d'une écoute attentive, l'observation de la personne dans son environnement et l'attention portée à ce qui s'est modifié, sont les fondements du repérage de la souffrance psychique de la personne âgée par les professionnels.

## DANS LE SECTEUR DE L'INCLUSION SOCIALE

### Participation aux groupes de travail « Fin de vie en centre d'hébergement et de réinsertion sociale »

Ce groupe piloté par l'Observatoire national de fin de vie a pour objectif de participer à l'élaboration du quatrième rapport sur le sujet de la fin de vie des personnes en situation de précarité.

Des travaux ont été menés sur la santé des personnes en situation de précarité mais jamais encore un travail à dimension nationale n'avait été réalisé sur la fin de vie de ces personnes.

Le groupe de travail a participé à la construction d'une enquête et à l'analyse de ses résultats.

Les objectifs affichés de l'étude sont d'identifier les pratiques d'accompagnement de fin de vie des personnes en situation de précarité, de mieux connaître les ressources internes et externes dont disposent les professionnels des CHRS et de mettre en avant les problématiques rencontrées par l'ensemble des intervenants du terrain.

En janvier 2015, le Professeur Régis Aubry, Président de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) remettra le rapport annuel consacré à la question de la fin de vie des personnes en situation de précarité à Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

## CONTRIBUTIONS DE L'ANESM AUX INSTANCES D'AUTRES INSTITUTIONS

Le directeur de l'Anesm ou son représentant intervient régulièrement auprès d'autres institutions en qualité de membre du conseil scientifique de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et de la « Commission Normes & Moyens », du conseil scientifique de l'Anap, du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS), du Conseil supérieur du travail social (CSTS), de la Conférence Nationale de santé (CNS).



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 OBLIGATIONS FAITES AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

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 autorités de tutelle, les ESSMS sont tenus de faire procéder à des évaluations externes par un organisme extérieur habilité par l'Agence. La décision de renouvellement d'autorisation de fonctionnement de la structure sociale ou médico-sociale est exclusivement subordonnée aux résultats de ces évaluations externes (article L 313-1 al.4 du CASF).

Le décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 codifié à l'article D. 312-205 du CASF prévoit que la première des deux évaluations externes doit être effectuée au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation, et la seconde au plus tard deux ans avant son renouvellement.<sup>40</sup>

Toutefois, afin de tenir compte de la fin de validité des autorisations de 15 ans, et des obligations faites aux établissements et services par la loi du 2 janvier 2002, des mesures transitoires ont été adoptées pour définir ce qui serait exigé d'ici à 2017 (date de fin des autorisations des ESSMS autorisés au titre de la loi du 2 janvier 2002). Par dérogation, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 a prévu que les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du CASF, autorisés et ouverts avant la promulgation de la dite loi, procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard deux ans avant le renouvellement de leur autorisation et adressent leurs résultats d'évaluation interne au plus tard trois ans avant ce renouvellement.

L'article L.313-1-2 du code de l'Action sociale et des familles prévoit en outre que 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. Les services autorisés sont, comme toute structure soumise au régime d'autorisation, tenus de procéder à leurs évaluations internes et externes.

Les organismes de services à la personne ayant opté pour la procédure d'agrément doivent, quant à eux, 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, tous les 5 ans, conformément aux dispositions de l'article D347-1 du Code de l'action sociale et des familles. Ils 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).

<sup>40</sup> 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.



L'article D 347-2 du CASF dispose toutefois que les services qui optent pour la procédure d'agrément qualité, et qui auront fait objet d'une certification sont dispensés de la réalisation d'une évaluation externe sous certaines conditions définies à l'article D.347-3 du CASF<sup>41</sup>.

Selon le fichier Finess, ce sont environ 24500 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 au plus tard 30 jours après le 3 janvier 2015<sup>42</sup>.

Ainsi, au regard des obligations faites à l'ensemble de ces établissements et services et de l'impact des évaluations sur les renouvellements d'autorisation et d'agrément, l'Anesm est conduite à assurer le suivi et la promotion du dispositif, d'une part, et à réguler le marché de l'évaluation externe, d'autre part.

<sup>41</sup> 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 45000;
- 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.

<sup>42</sup> Article 2 du décret no 2014-1368 du 14 novembre 2014 relatif au renouvellement des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux codifié à l'article D.312-205 du CASF.

## Les actions conduites par l'agence pour le suivi et la promotion du dispositif d'évaluation

### LE SUIVI DÉPLOIEMENT DU DISPOSITIF

#### Le recueil des rapports d'activité des organismes

Conformément à l'article D 312-202 du CASF, les organismes habilités transmettent à l'Agence, selon une forme et une périodicité déterminée par décision du Directeur de l'Anesm, un rapport d'activité retraçant de façon exhaustive l'intégralité des missions d'évaluation externe de chaque organisme sur une période donnée.

Depuis juillet 2012, la transmission de ces rapports d'activité se fait via l'extranet de l'Agence.

L'Extranet permet, d'une part, à tout demandeur, de déposer en ligne une demande d'habilitation et, d'autre part, aux organismes habilités, de mettre à jour directement les données d'identification et les caractéristiques les concernant ainsi que de saisir en ligne leur rapport d'activité dans les périodes ouvertes à cet effet.

Grâce à ce support, au-delà de l'Anesm et de l'administration centrale, chaque autorité peut consulter les missions d'évaluation externe conduites par les établissements et services relevant de son périmètre de compétence. Pour ce faire, l'Anesm propose à chaque autorité de lui désigner un référent ayant accès à la base.

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 se sont pas engagés dans la démarche et éventuellement cibler, ainsi, les ESSMS pouvant bénéficier du dispositif d'appui sous forme de demi-journées débutées au premier semestre 2014.



Parallèlement les autorités peuvent signaler à l'Anesm les ESSMS dont elles ont reçu le rapport d'évaluation externe et qui, pourtant, n'ont pas été déclarés par les organismes habilités dans leur rapport d'activité. 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.

À partir de ces rapports d'activité, l'Anesm détermine des moyennes relatives aux données des missions par type de structure qui sont ensuite publiées sur le site de l'agence. Ainsi, il a été constaté que depuis 2010, les coûts moyens des évaluations se stabilisent bien que l'on puisse observer des hausses ou baisses des prix selon les catégories de structures évaluées.

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

Ces rapports d'activité permettent ainsi d'assurer le suivi du déploiement du dispositif sur le territoire national tout en contribuant à la régulation nationale du marché de l'évaluation externe.

#### État d'avancement du dispositif

Comme précisé précédemment, le renouvellement des autorisations est exclusivement subordonné aux résultats de cette évaluation externe. Les structures n'ayant pas remis leur rapport d'évaluation externe ne pourront pas bénéficier du renouvellement tacite de leur autorisation prévu par l'article L 313-5 du CASF. L'engagement d'une procédure de renouvellement exprès de leur autorisation sera enclenché par leur autorité de tutelle. Le contenu du dossier de demande de renouvellement exprès d'autorisation est fixé par décret<sup>43</sup>. Le dossier contient, *a minima*, un rapport d'évaluation externe et ne prévoit pas de dérogation en cas de retard de transmission.

Au 31 décembre 2013, seuls 28 % des ESSMS devant avoir réalisé leur évaluation externe avant le 3 janvier 2015 étaient engagés dans la démarche.

Aussi, en 2013 et au cours de l'année 2014, le travail de la Fonction Contrôle de l'Agence a été principalement consacré à la promotion du dispositif et à la mise à disposition d'outils pour en appuyer la mise en œuvre.

<sup>43</sup> Décret n° 2014-1368 du 14 novembre 2014 relatif au renouvellement des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Au final, le nombre d'ESSMS ayant réalisé leur évaluation externe a augmenté de façon exponentielle au cours de l'année 2014. Ainsi, au 31 décembre 2014, 83 % des 24 512 ESSMS<sup>44</sup> concernés par la démarche d'ici le 3 janvier 2015 était entrée dans la démarche.

## APPUI ET PROMOTION DU DISPOSITIF

### La mise à disposition d'outils

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

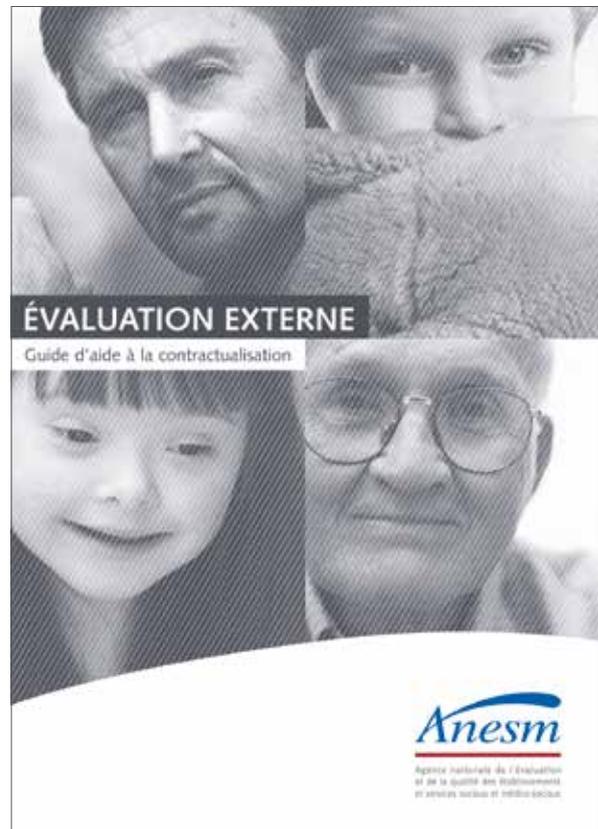
Au cours des journées à l'intention des autorités organisées conjointement par l'Anesm et la DGCS en 2013, et notamment suite aux témoignages de certaines d'entre elles relatifs aux outils élaborés pour assurer le suivi et l'instruction des évaluations internes et externes des ESSMS placés sous leur compétence, la demande d'un partage de ces outils a été fortement exprimée par les autorités. Aussi, il a été décidé de mettre à leur disposition un espace collaboratif accessible tant par les ARS, que les DRJSCS et les conseils généraux. Cet espace permet, 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.

Il a été mis en place par la DGCS au cours du mois de mai 2014.

#### *La rédaction d'un guide d'aide à la contractualisation avec un organisme habilité pour les ESSMS afin de réaliser leur évaluation externe*

Comme indiqué précédemment, 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 d'évaluation externe. L'un des freins identifiés à cet engagement était l'isolement de certains ESSMS face à cette démarche et notamment face au choix du prestataire parmi les nombreux 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 guide, après avoir été soumis aux deux instances de l'Anesm, le Comité d'Orientation Stratégique puis le Conseil Scientifique, a été publié le 27 mars 2014.



#### *La prise en compte des certifications dans l'évaluation externe*

En 2013, la DGCS a publié 3 arrêtés relatifs à la correspondance entre l'annexe 3-10 au CASF et des référentiels de certification de services<sup>45</sup>, pris après avis de l'Anesm. Dans la continuité de ceux-ci, un arrêté portant reconnaissance de correspondance entre l'annexe 3-10 au CASF et le référentiel de certification de services constitué de la norme NF X 50-056 et des règles de certification NF 311 pour les services aux personnes à domicile d'AFNOR Certification (8<sup>e</sup> version) été publié le 5 février 2014 après transmission de l'avis de l'Anesm le 24 décembre 2013.

<sup>44</sup> Source : répertoire national FINESS.

<sup>45</sup> Référentiel de certification de service SGS-ICS : Qualicert RE/UPA/04 pour les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (4<sup>e</sup> version), AFNOR Certification NF386 des établissements d'hébergement pour personnes âgées (4<sup>e</sup> version), SGS-ICS : RE/SAP/06 « services aux particuliers » (6<sup>e</sup> version).

### La poursuite du déploiement de l'Extranet de l'Agence

Cet extranet, a été mis en place en juillet 2012. En 2014, une refonte de l'outil a été lancée afin de le faire évoluer en mettant en place de nouvelles fonctionnalités. Il permet actuellement :

- 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 ce 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, 30 nouveaux référents ont été désignés en 2014. Aussi, désormais, 236 référents ont accès à l'Extranet :

	ARS	DRJSCS	DDCS	CG	DIRECCTE	PJJ	Total
<b>Total des autorités contactées</b>	26	27	0	100	26	15	<b>194</b>
<b>Nombre d'autorités ayant désigné un référent</b>	26	21	3	68	5	7	<b>130</b>
<b>Nombre de référents désignés</b>	40	31	9	144	5	7	<b>236</b>

Source Anesm — 2014

\*Ars : Agence régionale de santé.

DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale.

CG : Conseil général.

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

PJJ : Protection judiciaire de la Jeunesse.

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 nécessitant une éventuelle aide dans la mise en œuvre de leurs obligations via la participation à une demi-journée d'aide à la contractualisation explicitée plus loin.

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.



## La promotion du dispositif

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

À la lecture des bilans des évaluations externes réalisées en 2013, il est apparu que la majorité des évaluations externes se conduiraient dans le courant de l'année 2014. Aussi, en complémentarité avec ses autres initiatives, l'Anesm a décidé de réunir les organismes habilités afin de dresser un bilan des premières évaluations externes conduites, 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 était 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 751 personnes (représentant 554 organismes habilités) ont participé et se sont réparties entre Bordeaux, Marseille, Lyon et Paris. Le programme de ces journées était en deux temps : une matinée de rappel du cadre législatif et réglementaire, ainsi que des obligations des organismes habilités, et 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 ont été respectivement réalisées les 16, 23, 30 janvier, et 6 et 11 février 2014.

	Organismes habilités représentés	Répartition	Représentants des organismes	Répartition
<b>Bordeaux</b>	112	20 %	142	19 %
<b>Marseille</b>	101	18 %	133	18 %
<b>Lyon</b>	119	21 %	162	22 %
<b>Paris 1</b>	118	21 %	174	23 %
<b>Paris 2</b>	104	19 %	140	19 %
<b>Total</b>	<b>554</b>	<b>100 %</b>	<b>751</b>	<b>100 %</b>

**L'organisation d'une demi-journée spécifique pour les foyers-logement en partenariat avec la Fnaqpa et l'Unccas**

La demi-journée a été organisée par l'Anesm en partenariat avec l'Unccas et la Fnaqpa suite au constat du retard de ces structures dans le déploiement de l'évaluation externe. Elle a eu lieu le 6 juin 2014. 97 représentants de ces structures y ont participé.

Lors de cette demi-journée a été rappelée la place des logements-foyers dans l'action sociale et leur soumission à la loi du 2 janvier 2002, et donc au dispositif d'évaluation des pratiques. Un rappel du cadre législatif et réglementaire relatif à l'évaluation a été réalisé et des conseils relatifs à la contractualisation de l'évaluation externe ont été apportés, dans le but d'aider les logements-foyers à rentrer dans la démarche d'évaluation externe.

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

Dans la même idée 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 a été confié au début de l'année 2014 à un prestataire, l'Ancreai. Il s'agit d'organiser des demi-journées de sensibilisation des ESSMS à la réalisation de leur évaluation externe. Ces demi-journées sont décidées et organisées par les Auto-

rités de tutelle et visent en priorité les ESSMS qui ne sont pas mis 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.

Le prestataire pour assurer la tenue de ces demi-journées a été sélectionné au début de l'année 2014.

Au cours de l'année 2014, 33 demi-journées ont été réalisées.

Une information sur les demi-journées sous forme de tableau a régulièrement été mise à jour sur le site de l'Anesm ainsi que sur la plateforme collaborative mise à disposition des autorités par la DGCS.

Ces demi-journées complètent les autres dispositifs mis en place, et ont pour rôle d'accompagner les structures les plus en retard identifiées par les autorités.

Au total, 764 personnes ont participé à ces demi-journées. Plus de 80 % des représentants des structures qui n'étaient pas engagées dans la démarche se sont dits satisfaits de l'apport en information de la demi-journée, de son organisation, de son animation, de la qualité de ses échanges et de ses supports. Au total, **91 % d'entre eux ont déclaré que la journée avait répondu à leurs attentes et 81 % s'estimaient en mesure de contractualiser leur évaluation externe** à l'issue de ces demi-journées.

Source Anesm — 2014

La demi-journée a-t-elle répondu à vos attentes ?



À l'issue de la demi-journée, vous estimez-vous en mesure de contractualiser sur l'évaluation externe ?



■ Oui ■ Non

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

L'Anesm est sollicitée chaque année par les autorités, pour intervenir lors de journées qu'elles ont organisées auprès des ESSMS soumis à l'évaluation.

À cette occasion, l'Anesm rappelle le cadre législatif et réglementaire de l'évaluation ainsi que les points de vigilance à l'attention des établissements et services. En 2014, l'Anesm a participé à 9 journées ou demi-journées organisées par des autorités pour appuyer la mise en œuvre du dispositif.

Parallèlement, l'Anesm est intervenue au cycle de conférence annuel des Inspecteurs Principaux des Affaires Sanitaires et Sociales, au Centre National de la Fonction Publique Territoriale d'Aquitaine et à l'Institut National

supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés (INS HEA) sur la thématique de l'évaluation externe.

**Une participation de l'Anesm aux événements organisés par des fédérations ou associations**

Afin d'assurer la promotion du dispositif d'évaluation externe et d'accompagner les structures dans la mise en œuvre de leurs obligations, l'Anesm a participé à 11 journées organisées par des associations ou fédérations.

Comme lors des journées organisées par les autorités, l'Anesm procède au rappel du cadre législatif et réglementaire de l'évaluation externe et développe des points particuliers spécifiques aux structures participantes ou aux thématiques abordées lors de ces événements.

Date	Organisateur	Thème
14/01/2014	Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales, et de leurs amis (Unapei)	Journée à l'intention des Présidents et Directeurs des Associations mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM)
24/03/2014	Réseau des SAMSAH du Grand Massif Central	Collectif inter-SAMSAH sur le thème « <i>Le lien entre le médical et le social, en interne et en externe. Quelle plus-value apportée par l'accompagnement en SAMSAH ?</i> »
25/03/2014	Association Nationale des Directeurs et Cadres d'ESAT (Andicat)	Rencontre nationale des directeurs et cadres d'Esat sur le thème « <i>Les Esat à la croisée des chemins</i> ».
03/04/2014	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars)	Intervention à la Journée régionale sur le thème « <i>Cadre et enjeux de la démarche d'évaluation externe</i> »
20/05/2014	Rencontre technique du club Aide sociale à l'enfance (ASE)	Rencontre technique sur la thématique « <i>Évaluations, contrôles et inspections en protection de l'enfance</i> »
28/05/2014	Comité de Direction de l'Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte de l'Isère (ADSEA 38)	Présentation du « dispositif d'évaluation externe »
18/06/2014	Congrès annuel de l'Union Nationale des Associations et Services de Soins Infirmiers (Unassi)	Congrès annuel sur le thème « <i>Démarche éthique et soin à domicile</i> »
27/06/2014	Fédération Nationale d'Hébergements (FNH) VIH et autres pathologies	19 <sup>e</sup> congrès de la fédération nationale sur la thématique « <i>Le parcours de santé de la personne : la place du social et du médico-social</i> »
01/07/2014	Aide à domicile en milieu rural (ADMR)	Journée qualité ADMR sur la thématique « <i>Évaluation externe des services et établissements autorisés : se préparer à la visite de l'évaluation</i> »
4/11/2014	Réseau Qualité des Etablissements de Santé REQUAMS	Conférence sur la thématique « <i>la qualité, gage de bienveillance</i> »
4/12/2014	Salon des services à la personne	Présentation de « <i>la prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe de SAAD et de SSIAD certifiés</i> »

## L'habilitation des organismes et leur contrôle



### LES ORGANISMES HABILITÉS EN 2014

Au 31 décembre 2014, on dénombre :

- **1345 organismes habilités dont 286 au titre de 2014 et 2 prestataires inscrits;**
- 199 organismes habilités ont demandé le retrait de leur habilitation dont 57 en 2014.

Ces 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 111 retraits d'habilitation sur le fondement de manquements des organismes, dont 29 en 2014.

#### Récapitulatif des demandes et retraits d'habilitation/inscription au 31 décembre 2013 et 2014

Source Anesm — 2014

au 31 décembre 2014



au 31 décembre 2013



■ Retraits volontaires   ■ Retraits prononcés   ■ Prestataires inscrits   ■ Organismes habilités

### Les caractéristiques des organismes habilités

Les 1 345 organismes habilités et les 2 prestataires inscrits présentent les caractéristiques suivantes sur le plan de leurs :

- formes juridiques ;
- 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 « effectifs ».

### La forme juridique des organismes habilités et des prestataires inscrits

Les organismes habilités demeurent depuis 2009 majoritairement des personnes morales à hauteur de 65 %. Les sociétés, SARL et SAS, ainsi que les associations sont dominantes.

Pour les 35 % restants, il s'agit de personnes exerçant à titre individuel, en tant que travailleurs indépendants et auto-entrepreneurs.

### Les effectifs 2013 des organismes habilités

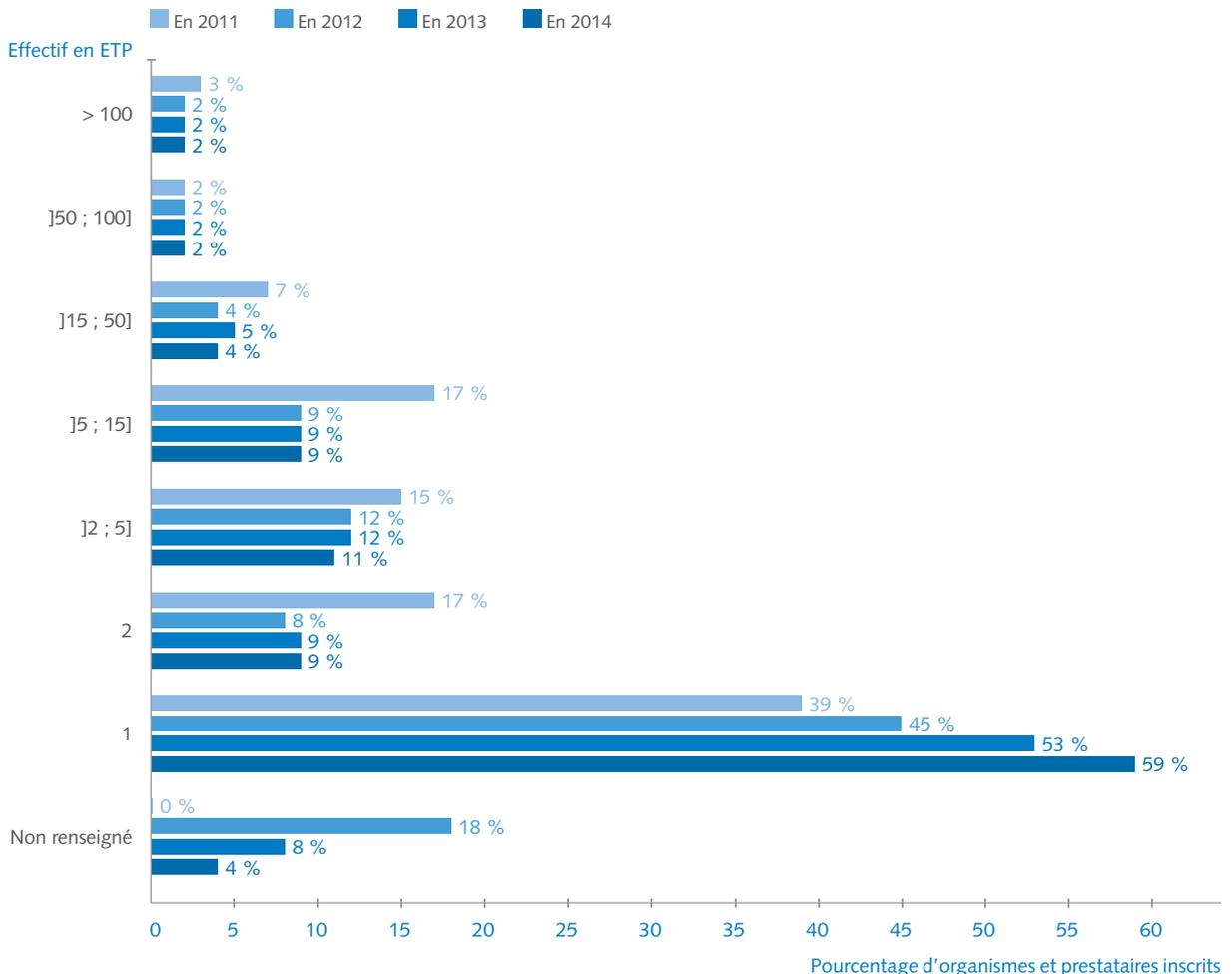
L'actualisation des données déclarées lors de l'habilitation permet également d'analyser l'évolution des effectifs des organismes habilités depuis leur habilitation.

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

Ceux comptant 1 ETP représentent, à eux seuls, 59 % des organismes habilités.

### Effectifs déclarés par les organismes habilités et prestataires inscrits – Comparatif entre 2011, 2012, 2013 et 2014

Source Anesm — 2014



## Les champs d'intervention des organismes habilités et prestataires inscrits

Lors de leur demande d'habilitation ou d'inscription, les organismes et prestataires renseignent leurs secteurs d'intervention sur le formulaire de demande d'habilitation/d'inscription.

Chaque année, ils sont par ailleurs tenus de mettre à jour leurs caractéristiques.

La liste 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

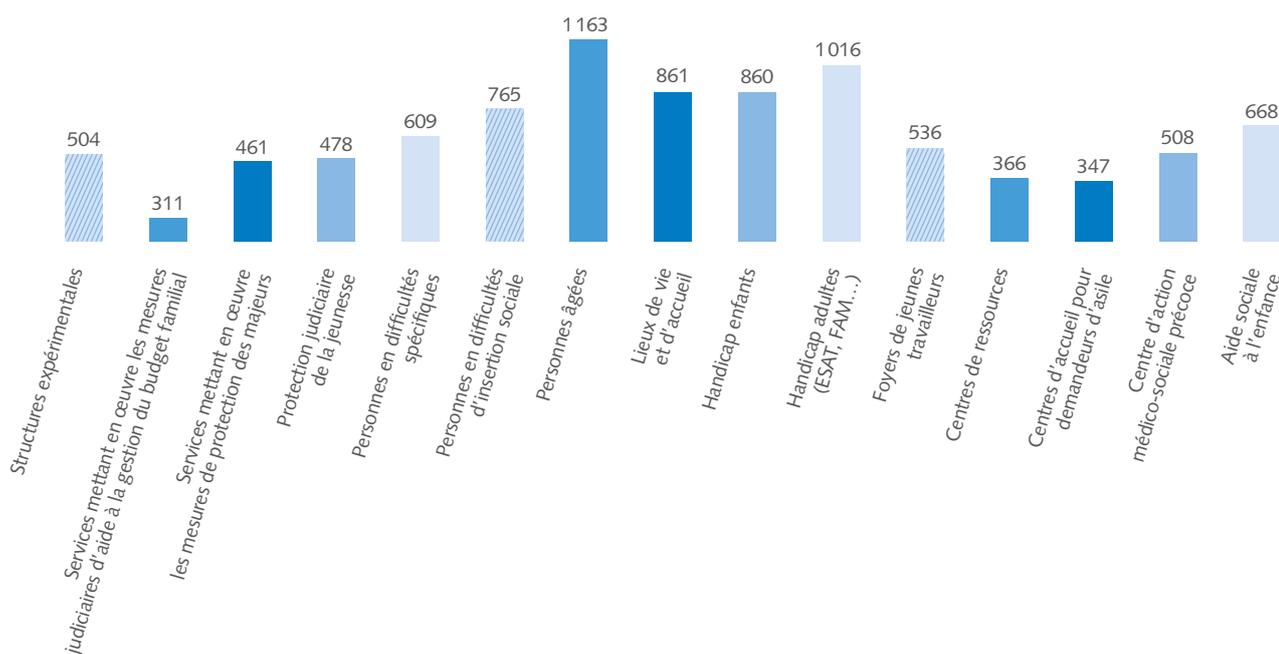
Les organismes habilités et prestataires inscrits ont ainsi renseigné leur(s) domaine(s) de compétences, c'est-à-dire ceux pour lesquels ils disposent de références.

Les secteurs des personnes âgées et handicapées demeurent, chaque année, les domaines de référence les plus fréquents pour les organismes habilités et prestataires inscrits.

Il s'agit de données indicatives. L'habilitation et l'inscription sont toutefois valables sur l'ensemble du secteur social et médico-social.

### Répartition des organismes habilités par secteur en 2014

Source Anesm — 2014

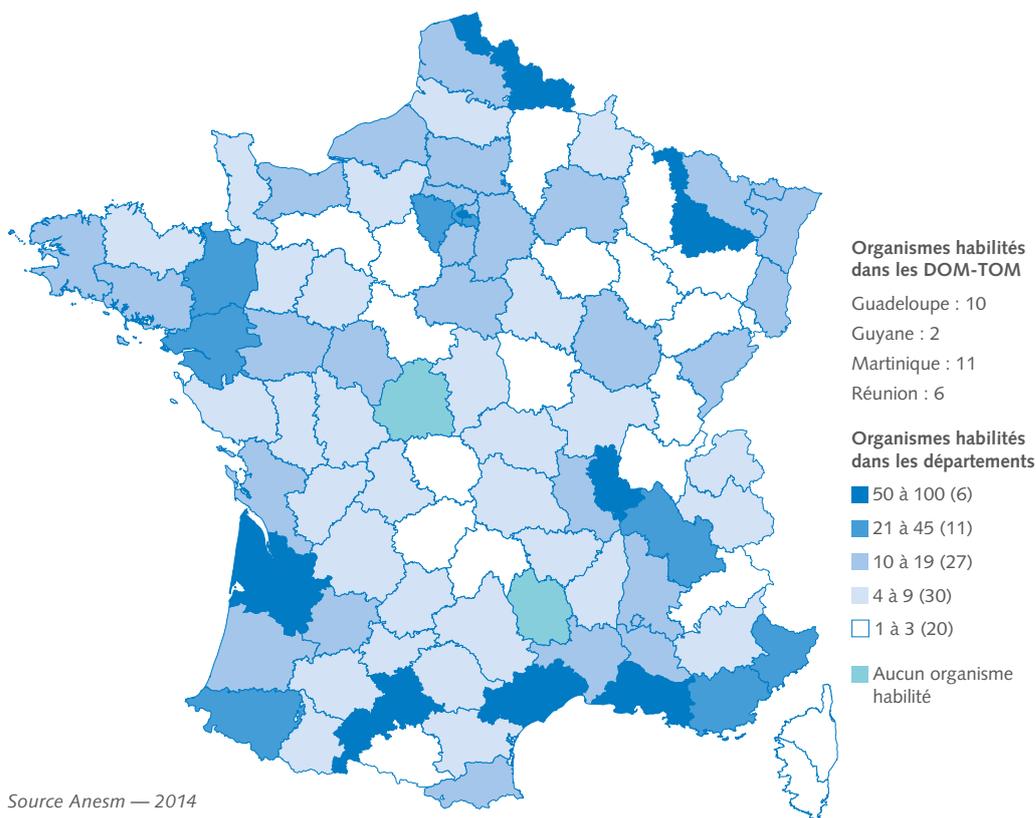


### La localisation géographique des organismes habilités par département et des prestataires inscrits

- Les deux prestataires inscrits sont présents au Royaume-Uni et en Roumanie.
- Les organismes habilités sont présents sur l'ensemble du territoire national, hormis dans les départements de l'Indre (36) et de la Lozère (48).
- 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 29 organismes habilités dans les départements d'Outre-mer, soit 7 de plus qu'en 2013 (10 organismes en Guadeloupe, 2 en Guyane, 11 en Martinique et 6 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 JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE 2014

Au 31 décembre 2014 au sein de l'Agence, 142 suspensions et 111 retraits ont été prononcés sur le fondement de manquements des organismes habilités.

Nature du manquement constaté par l'Anesm	Nombre de recueils d'observations adressés par l'Anesm	Nombre de suspensions d'habilitation prononcées par l'Anesm	Nombre de retraits d'habilitation prononcés par l'Anesm
Transmission des rapports d'activité	1254	130	95
Contrôle de la qualité des rapports d'activité	398	8	4
Recherche de conflits d'intérêt	23	0	8
Instruction des rapports d'évaluation externe	23	4	4
<b>Total</b>	<b>1 698</b>	<b>142</b>	<b>111</b>

Source Anesm — 2014

En 2014, l'Anesm a prononcé 28 suspensions afin de contraindre les organismes habilités à régulariser leur situation. Au 31 décembre 2014, 1 suspension est active, 8 ont été levées suite à une régularisation par l'organisme habilité et 19 ont été levées pour prononcer un retrait faute de régularisation de la part de l'organisme. Elle a également prononcé 29 retraits.

## Les résultats de l'évaluation externe

### LES ESSMS AYANT RÉALISÉ LEUR ÉVALUATION EXTERNE

Le nombre d'ESSMS ayant réalisé leur évaluation externe a énormément progressé en 2014.

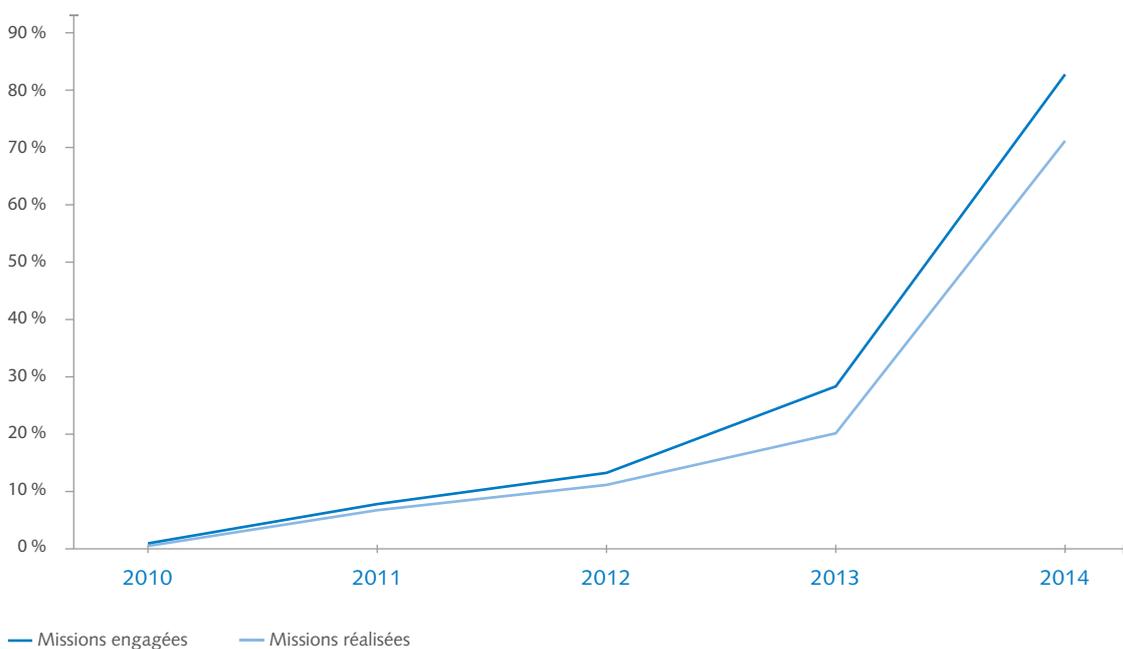
Les ESSMS qui se sont engagés dans l'évaluation externe en 2014 sont majoritairement situés en Île-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Bretagne.

	Cumul fin 2010		Cumul fin 2011		Cumul fin 2012		Cumul fin 2013		Cumul fin 2014	
	Missions réalisées	Missions engagées								
<b>Nombre d'ESSMS ayant réalisé leur évaluation externe</b>	117	230	1 652	1 915	2 735	3 250	4 946	6 956	17 472	20 321
<b>% d'ESSMS parmi l'ensemble des ESSMS devant réaliser leur évaluation externe d'ici le 03/01/2015</b>	0,48 %	0,94 %	6,74 %	7,81 %	11,16 %	13,26 %	20,18 %	28,38 %	71,28 %	82,90 %

Source Anesm — 2014

#### % d'ESSMS ayant réalisé leur évaluation externe au 31 décembre 2014

Source Anesm — 2014



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

Les services à domicile (SAAD) sont les plus représentés parmi les structures ayant fait procéder à leur évaluation externe. Cette surreprésentation tient aux échéances spécifiques à leur agrément qui sont de 5 ans, au lieu de 15 ans pour les structures autorisées.

### Bilan au 31 décembre 2014 des évaluations externes par catégories de structures

Source Anesm — 2014

	Cumul des missions réalisées au 31 décembre 2014	Cumul des missions engagées (réalisées et en cours) au 31 décembre 2014
EHPAD	4554	5472
EHPA	418	523
Logements-foyer pour Personnes âgées	535	654
CHRS	362	479
OSAP	1969	1989
IME/ITEP	1099	1262
ESAT	999	1118
SAVS/SAMSAH	583	656
SESSAD	806	910
SSIAD	1325	1560
Foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés	687	777
MAS/FAM/FOYERS	783	915
MECS	451	547
CMPP	239	268
CAMSP	155	185
Autres	2507	3006
<b>Total</b>	<b>17472</b>	<b>20321</b>

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

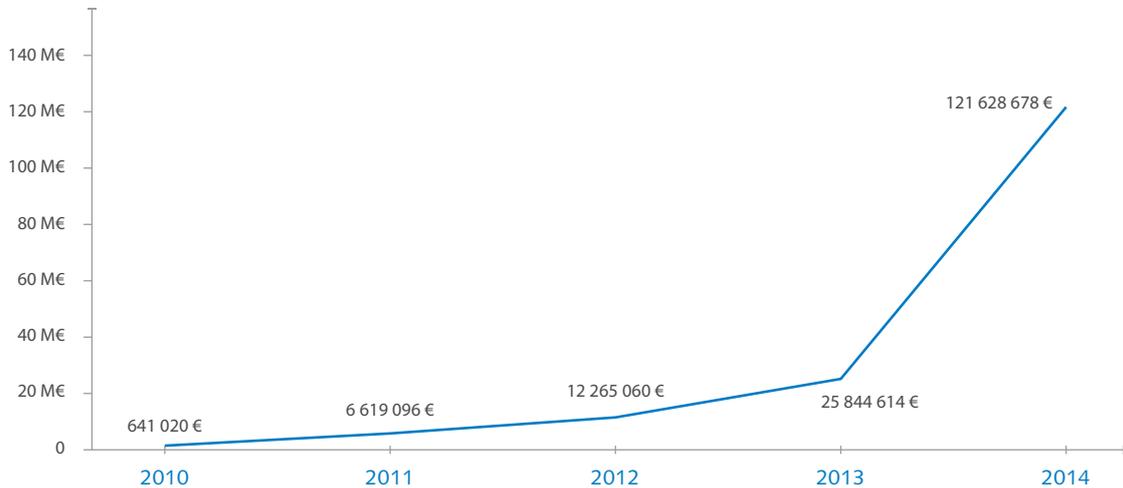
L'Anesm a dénombré 15375 missions d'évaluation externe déclarées engagées (réalisées et en cours) au cours de l'année 2014 avec 724 organismes habilités. Ainsi, 54 % des organismes habilités ont déclaré une activité au titre de l'évaluation externe alors que seuls 28 % d'entre eux avaient eu une activité en 2013.

## Le coût de l'évaluation externe au 31 décembre 2014

Toutes catégories d'ESSMS confondues, les dépenses des établissements et services au titre de l'évaluation externe depuis 2010 représentent 121 628 678 euros (TTC).

### Évolution du coût total des missions d'évaluation externe réalisées

Source Anesm — 2014



	Coût moyen d'une mission en 2014	Coût moyen d'une mission en 2013	Taux d'accroissement entre 2013 et 2014
CAMSP	6157 €	5767 €	7 %
Centre d'accueil familial spécialisé	6945 €	4253 €	63 %
CHRS	6337 €	5963 €	6 %
CMPP	6569 €	6554 €	0 %
EHPA / Foyer Logement PA	4858 €	4728 €	3 %
EHPAD	7677 €	8107 €	-5 %
ESAT	6777 €	7042 €	-4 %
Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés	5576 €	5619 €	-1 %
IME/ITEP	7332 €	7087 €	3 %
MAS/FAM/Foyer	6196 €	6066 €	2 %
MECS	7472 €	7894 €	-5 %
OSAP	4207 €	3565 €	18 %
SAEMO	6726 €	6930 €	-3 %
SAVS/SAMSAH	5053 €	4703 €	7 %
SESSAD	5208 €	4981 €	5 %
SPASAD	5623 €	3600 €	56 %
SSIAD	5616 €	5416 €	4 %

Source Anesm — 2014

Le coût moyen d'une évaluation externe se situe entre 4 207 euros et 7 677 euros. Ces données sont périodiquement diffusées par l'Anesm pour permettre aux ESSMS d'apprécier le coût moyen d'une évaluation proposé par les organismes habilités pour leur structure.

### Les équipes d'évaluateurs externes

Le nombre moyen d'évaluateur externe est de 2 par mission bien qu'il varie sensiblement en fonction de la catégorie à laquelle appartient l'ESSMS évalué. De même, le nombre de jours / homme facturés moyen est de 6 et varie peu d'une catégorie à une autre.

	Nombre moyen d'évaluateurs externes par mission en 2014	Nombre moyen de jours/homme facturés en 2014
CAMSP	2,1	6,0
Centre d'accueil familial spécialisé	2,1	6,5
CHRS	1,8	6,3
CMPP	2,1	5,9
EHPA / Foyer Logement pour personnes âgées	1,8	4,8
EHPAD	2,2	7,2
ESAT	2,1	6,2
Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés	2,2	5,1
IME/ITEP	2,2	6,8
MAS/FAM/Foyer	2,2	5,9
MECS	2,0	7,2
OSAP	1,5	4,7
SAEMO	2,2	6,9
SAVS/SAMSAH	2,1	4,7
SESSAD	2,1	4,9
SPASAD	1,6	5,4
SSIAD	1,9	5,6

Source Anesm — 2014



PARTIE 3

# DONNÉES ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES

## Données administratives

### ORGANIGRAMME DE L'ANESM AU 31/12/14



Depuis la parution du décret du 5 avril 2013, l'Agence est amenée à recruter des agents de droit privé.

## EMPLOIS, CATÉGORIES ET MOUVEMENTS 2014

L'évolution des emplois depuis 2012 a été la suivante :

*ETP et ETPT dont Agent comptable (hors remplacement congé maternité et stagiaire)*

	2012	2013	2014
Nombre de personnes au 31/12/n	31	29	29
ETP au 31/12/n	29,5	27,7	27,5
ETPT n	28,44	27,59	27,42

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

L'Agence a recruté depuis décembre 2013 cinq personnes en contrat à durée indéterminée de droit privé. Ainsi, en 2013, les agents de droit privé représentaient 3,4 % de l'effectif total de l'agence ; en 2014, ils représentent 17,8 %.

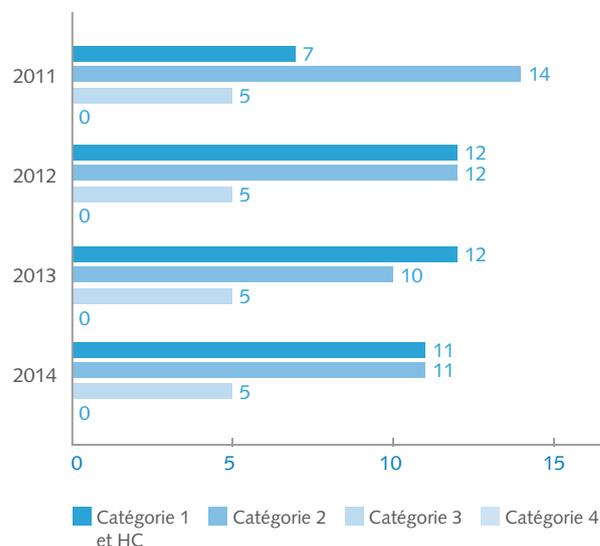
Tous les agents ont été recrutés en référence à l'échelonnement indiciaire appliqué pour les agents de droit public et en respectant la répartition suivante pour respecter l'égalité de traitement entre les agents :

Les catégories 1 (et Hors classe) et 2 sont les catégories, les plus représentées en 2014. 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.

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

	Cat. 1 et HC	Cat. 2	Cat. 3	Cat. 4
2012	12	12	5	0
2013	12	10	5	0
2014	11	11	5	0

Hors directeur, et agent comptable.



Les mouvements 2014 ont été les suivants (hors remplacement congés maternité) :

L'origine des départs a été :

- 1 départ de CDI
- 2 départs de CDD
- 1 fin de détachement
- 1 départ en retraite (d'un agent mis à disposition)
- 1 licenciement
- 1 départ pour mobilité

Année 2014	Entrées	Sorties
Catégorie 1 et HC	2	4
Catégorie 2	5	3
Catégorie 3	0	0
Total	7	7

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

- CDI : 1 an et 10 mois
- CDD : 1 an et 11 mois
- Détachement : 2 ans et 3 mois
- Mise à disposition (retraite) : 4 ans et 3 mois



## CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNELS DE L'AGENCE

L'Agence se caractérise par un taux de féminisation de ses effectifs important, avec un taux qui a augmenté de près de 3 points entre 2013 et 2014.

La moyenne d'âge des collaborateurs de l'Anesm présents au 31/12/2014 est relativement jeune : les tranches des 30-39 ans et moins de 30 ans représentent ensemble 69 %.

### Répartition du personnel par genre entre 2012 et 2014

	2012		2013		2014	
Femmes	21	70 %	22	75,9 %	23	79,3 %
Hommes	9	30 %	7	24,1 %	6	20,7 %

### Répartition du personnel par âge entre 2013 et 2014

	2013	Répartition	2014	Répartition
> 60 ans	1	3,4 %	0	0 %
50-59 ans	3	10,3 %	4	13,8 %
40-49 ans	5	17,2 %	5	17,2 %
30-39 ans	16	55,3 %	15	51,8 %
< 30 ans	4	13,8 %	5	17,2 %

## ARRÊTS MALADIE ET DURÉE DU TRAVAIL

En 2014, le nombre d'arrêt dont :

- 8 agents de droit public ont cumulé 19 arrêts dont la durée a été inférieure à 5 jours,
- 3 agents de droit public ont cumulé 4 arrêts dont la durée a été comprise entre 5 et 10 jours,
- 2 agents de droit public ont cumulé 2 arrêts dont la durée a été supérieure à 20 jours (*hors congé maternité*).

Les agents de droit privé n'ont pas fait l'objet d'arrêt maladie.

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

	2013	2014
Taux d'absentéisme agents	< 3 %	< 3 %

### Évolution de l'absentéisme entre 2013 et 2014

Motifs	2013 • Effectifs : 30		2014 • Effectifs : 28	
	Agents absents	Jours d'absence	Agents absents	Jours d'absence
Congés maladie Dont arrêts pré et post-natal	11 0	114 0	13 1	145 4
Accidents du travail	1	16	0	0
Congés maternité Congé paternité	0 0	0 0	2 1	255 15
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>130</b>	<b>16</b>	<b>415</b>

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 pour les agents de droit public et de 35 heures pour les agents de droit privé.

Temps de travail	Nombre agents 2012	Agents 2013	Agents 2014
50 %	0	1	0
80 %	3	1	3
100 %	26	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 5 agents en 2013, soit 19.23 % des agents contractuels de droit public et 14 agents en 2014, soit 73.7 % des agents contractuels de droit public.

Un agent a été promu en interne en accédant au poste de Cheffe du service contrôle des organismes habilités et promotion de l'évaluation (poste de catégorie 1) le 1<sup>er</sup> décembre 2014.

## FORMATION DU PERSONNEL

De nouvelles formations ont été engagées en 2014, d'autres ont été reconduites, comme la formation en communication. En 2014, 76,35 % du budget formation s'est réparti comme suit :

- Formation Communication : un agent a bénéficié de la formation et qui a représenté 1672,01 euros, soit 9.2 % du budget
- Formation anglais courant : un agent a bénéficié de la formation au titre du DIF qui a représenté 2988,00 euros, soit 16.5 %
- Formation juridique : deux agents ont bénéficié de cette formation de 4500,00 euros, soit 24.8 %
- Formation métier service pratiques professionnelles : trois personnes ont bénéficié de formation métier, pour 7220,00 euros soit 39.9 %
- Journées conférence et participation à des colloques : quatre agents ont participé à six colloques et conférences ce qui a représenté 1735,00 euros, soit 9.6 %

## Données financières

### COMPTE DE RÉSULTAT 2014

#### Charges

	Exercice 2014	Exercice 2013
<b>CHARGES D'EXPLOITATION</b>	<b>1 056 735,68</b>	<b>1 137 049,98</b>
Achats non stockés de matières et fournitures	22 678,18	20 525,18
Personnel extérieur de l'établissement		
- autres	99 027,70	174 611,74
Autres services extérieurs	935 029,80	941 913,06
<b>IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS</b>	<b>180 939,38</b>	<b>146 278,95</b>
Sur rémunérations	143 965,30	142 309,40
Autres	36 974,08	3 969,55
<b>CHARGES DE PERSONNEL</b>	<b>1 589 067,51</b>	<b>1 493 499,07</b>
Salaires et traitements	1 175 212,57	1 087 661,14
Charges sociales	413 854,94	405 837,93
<b>DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS ET PROVISIONS</b>	<b>25 516,92</b>	<b>129 180,30</b>
Sur immobilisations : dotations aux amortissements	25 516,92	129 180,30
<b>AUTRES CHARGES</b>		
<b>TOTAL I</b>	<b>2 852 259,49</b>	<b>2 906 008,30</b>
<b>CHARGES SPÉCIFIQUES</b>		
<b>CHARGES FINANCIÈRES</b>		
Charges assimilées		
Différences négatives de change		
Autres charges financières		
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>	<b>17,00</b>	
Sur opérations de gestion	17,00	
Sur opérations exercice antérieur		
Sur opérations en capital		
- valeurs comptables des éléments immobilisés		
- autres		
<b>TOTAL II</b>	<b>17,00</b>	
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>2 852 276,49</b>	<b>2 906 008,30</b>
Solde créditeur = excédent	257 812,04	240 188,29
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>3 110 088,53</b>	<b>3 146 196,59</b>

*Produits*

	Exercice 2014	Exercice 2013
<b>PRODUITS D'EXPLOITATIONS</b>	<b>3 100 170,08</b>	<b>3 130 211,72</b>
Production vendue		
- ventes de marchandise		
- prestations de services et études, activités annexes		
Subvention d'exploitation	3 098 000,00	3 127 830,00
Autres produits	2 170,08	2 381,72
<b>TOTAL I</b>	<b>3 100 170,08</b>	<b>3 130 211,72</b>
<b>PRODUITS SPÉCIFIQUES</b>		
Reprise de charges sur exploitation		
<b>PRODUITS FINANCIERS</b>		
Autres intérêts et produits assimilés		
Différences positives de change		
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>	<b>9 880,50</b>	<b>15 984,87</b>
Sur opérations de gestion	9 880,50	15 984,87
Sur opérations en capital		
<b>TOTAL II</b>	<b>9 880,50</b>	<b>15 984,87</b>
<b>TRANSFERT CHARGES D'EXPLOITATION</b>	<b>37,95</b>	
Transfert de charge	37,95	
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>3 110 088,53</b>	<b>3 146 196,59</b>
Solde débiteur = perte		
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>3 110 088,53</b>	<b>3 146 196,59</b>

*Résultat au 31/12/2014 - Cadre récapitulatif*

	Charges	Produits
<b>TOTAL</b>	<b>2 852 276,49</b>	<b>3 110 088,53</b>
<b>Excédent</b>	<b>257 812,04</b>	
	3 110 088,53	3 110 088,53

## BILAN 2014

### Actif

	Exercice 2014			Exercice 2013
	Brut	Amortissements et provisions (à déduire)	Net	Net
<b>ACTIF IMMOBILISÉ</b>				
<b>Immobilisations incorporelles</b>	<b>110217,52</b>	<b>76115,56</b>	<b>34101,96</b>	<b>50245,50</b>
Concessions et droits similaires	110217,52	76115,56	34101,96	50245,50
<b>Immobilisations corporelles</b>	<b>155849,84</b>	<b>129230,46</b>	<b>26619,38</b>	<b>25762,67</b>
Autres immobilisations corporelles	155849,84	129230,46	26619,38	25762,67
<b>Immobilisations financières</b>				
<b>TOTAL I</b>	<b>266067,36</b>	<b>205346,02</b>	<b>60721,34</b>	<b>76008,17</b>
<b>ACTIF CIRCULANT</b>				
<b>Stocks et en cours</b>				
<b>Acomptes et avances versés sur commande</b>				
<b>Créances d'exploitation</b>	<b>3682,48</b>		<b>3682,48</b>	<b>95113,99</b>
Créances clients et comptes rattachés				
Autres créances d'exploitations	3682,48		3682,48	95113,99
<b>Créances diverses</b>	<b>2813061,31</b>		<b>2813061,31</b>	<b>2629415,41</b>
Valeurs mobilières de placements				
Disponibilités	2813061,31		2813061,31	2629415,41
Virements émis				
<b>TOTAL II</b>	<b>2816743,79</b>		<b>2816743,79</b>	<b>2724529,40</b>
Charges à répartir sur plusieurs exercices				
<b>TOTAL III</b>				
Charges constatées d'avance				
<b>TOTAL IV</b>				
Écart de conversion - actif				
<b>TOTAL V</b>				
<b>TOTAL GÉNÉRAL (I+II+III+IV+V)</b>	<b>3082811,15</b>	<b>205346,02</b>	<b>2877465,13</b>	<b>2800537,57</b>

*Passif*

	Exercice 2014	Exercice 2013
<b>CAPITAUX PROPRES</b>		
<b>Réserves</b>	<b>1 734 150,43</b>	<b>1 493 962,14</b>
- Report à nouveau		
- Réserves	1 734 150,43	1 493 962,14
<b>Résultat de l'exercice</b>	<b>257 812,04</b>	<b>240 188,29</b>
<b>TOTAL I</b>	<b>1 991 962,47</b>	<b>1 734 150,43</b>
<b>PROVISIONS POUR RISQUES</b>		
<b>TOTAL II</b>		
<b>DETTES</b>		
<b>Dettes d'exploitation</b>	<b>482 286,87</b>	<b>661 349,43</b>
- Dettes fournisseurs et comptes rattachés	389 977,23	574 315,61
- Dettes fiscales et sociales	92 309,64	87 033,82
- Autres		
<b>Dettes diverses</b>	<b>403 215,79</b>	<b>405 037,71</b>
- Dettes sur immobilisations et comptes rattachés		
- Autres dettes	758,29	2 580,21
- Comptes transitoires ou d'attente	402 457,50	402 457,50
<b>TOTAL III</b>	<b>885 502,66</b>	<b>1 066 387,14</b>
<b>COMPTES DE RÉGULARISATION</b>		
Écart de conversion - PASSIF		
<b>TOTAL IV</b>		
<b>TOTAL GÉNÉRAL (I+II+III+IV)</b>	<b>2 877 465,13</b>	<b>2 800 537,57</b>

## ANNEXES



## 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 1).

### 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 1).

#### *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 récapitulatif des 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 2).

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

### La « relecture »

La lecture, à distance, par un groupe composé à cet effet (cf. annexe 2) 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.<sup>46</sup>
- 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 en tant que de besoin pour améliorer la lisibilité du texte et sa compréhension en proposant des modifications (titre, intertitres, reformulations etc.) et s'assure avec l'équipe projet que la version définitive est conforme à la version validée après passage aux instances. Il assure ensuite la mise en page et l'impression des recommandations en lien avec les prestataires du marché conclu à cet effet.

<sup>46</sup> 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.

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.

L'avis des professionnels sur chaque proposition de

## Annexe 3 : Les groupes d'appui

### LE GROUPE DE TRAVAIL

#### Composition

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

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

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

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

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

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

internet de l'Agence. Un « gestionnaire de contacts » est tenu à jour par le secrétariat. Lorsque le groupe de travail est constitué, l'information est transmise au COS et au CS.

Un courrier nominatif portant lettre de mission (document associé DA2), signé par le directeur de l'Agence, est adressé à chaque personne pressentie pour solliciter sa participation et lui demander d'envoyer au directeur de l'Agence une déclaration d'intérêt<sup>47</sup>. 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.

#### 2. Fonctionnement du groupe de travail

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

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

Une convocation comportant l'ordre du jour de la réunion et les éventuelles pièces jointes (lettre de cadrage, analyse

<sup>47</sup> Cf. Formulaire de déclaration d'intérêts et notice explicative sur [www.ansm.sante.gouv.fr](http://www.ansm.sante.gouv.fr)

documentaire...) est adressée au plus tard 8 jours avant par le secrétariat sous la responsabilité de l'équipe projet.

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

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

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

## LE GROUPE DE RELECTURE

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

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

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

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

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

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

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

## LE GROUPE DE COTATION

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

## Annexe 4 : Composition nominative de l'Assemblée générale

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

Neuf représentants de l'Etat

#### Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

**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-LENNEP**, directeur

**Etienne DEBAUCHE** (suppléant), chef du bureau « handicap et dépendance » remplacé par **Delphine ROY**, cheffe de bureau depuis le 2 août 2014

#### Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)

**Catherine SULTAN**, directrice

**Vincent HUBAULT** (suppléant), chef du service d'audit central national

#### Direction de la sécurité sociale (DSS)

**Thomas FATOME**, directeur

**Samuel DELAFUYS** (suppléant), attaché d'administration des affaires sociales remplacé par **Marie-José SAULI**, attachée principale depuis le 28 mars 2014

#### 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 de l'Assemblée générale, inspectrice générale

#### Agence Régionale de santé (ARS)

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

#### Direction Départementale de la cohésion sociale de Dordogne

**Didier COUTEAU**, directeur

Nommé membre de l'Assemblée générale depuis le 18 mars 2014

#### Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de la région Provence Alpes Côte d'azur

**Jacques CARTIAUX**, directeur

Nommé membre de l'Assemblée générale depuis le 18 mars 2014

#### Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

**Luc ALLAIRE**, directeur remplacé par **Geneviève GUEYDAN**, directrice depuis le 1<sup>er</sup> août 2014

#### Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

**Xavier DUPONT**, directeur des établissements et services médico-sociaux

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

### Représentant de la Fédération des établissements hospitalier et d'aide à la personne (FEHAP)

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

**Adeline LEBERCHE** (suppléante), directrice du secteur social et médico-social

### Représentant la Fédération hospitalière de France (FHF)

**Elodie HEMERY**, adjointe en charge du secteur social et médico-social,

**Mathilde CRESSENS**, (suppléante), directrice d'EHPAD Pont d'Ain remplacée par **Mathilde MAIRY**, directrice adjointe de Centre hospitalier depuis le 16 avril 2014

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

**Gaëlle TELLIER**, déléguée régionale nord - Groupe SOS,  
**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

**Eléonora BUSI**, conseillère technique et juridique

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

**Thierry COUVERT-LEROY**, directeur de l'animation et du plaidoyer

**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**, président 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 remplacé par **Daniel NAUD**, président depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014

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

### ASSISTENT PAR AILLEURS AUX RÉUNIONS (4 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)

**Didier GALLET**, contrôleur général économique et financier

**Annie FOUQUET**, président du Conseil scientifique

**Laure LAGUERRE**, agent comptable

## LISTE DES DÉLIBÉRATIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

### Trois réunions en 2014

#### AG du 28 mars 2014

- Élection du Président et du Vice-président de l'Assemblée générale,
- Approbation du procès-verbal du conseil d'administration du 5 décembre 2013
- Approbation du compte financier 2013
- Approbation de l'affectation du résultat de l'exercice 2013
- Approbation du budget rectificatif 2014
- Approbation du rapport d'activité 2013
- Approbation des modifications du règlement intérieur du Comité d'orientation stratégique
- Approbation des modifications du règlement comptable et financier
- Approbation du plan de formation des personnels de droit public

#### AG du 2 juillet 2014

- Approbation du procès-verbal de l'Assemblée générale du 28 mars 2014
- Approbation de l'organisation d'une consultation du personnel de l'Anesm pour l'institution d'une instance représentative du personnel unifiant les compétences du comité technique et d'une commission consultative paritaire

#### AG du 18 décembre 2014

- Approbation du procès-verbal de l'Assemblée générale du 2 juillet 2014
- Approbation du programme annuel d'activité 2015-2018
- Approbation du plan de formation
- Approbation de l'enveloppe annuelle pour l'année 2015 en vue de l'attribution de bonifications indiciaires
- Approbation du Budget 2015

## Annexe 5 : 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-LENNEP**, directeur de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

**Etienne DEBAUCHE** (suppléant) remplacé par **Delphine ROY** depuis le 2 août 2014

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

**Florence PERRIN** (suppléante)

### Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)

*Titulaire (en attente de nomination)*

**Vincent HUBAULT** (suppléant)

### UN REPRÉSENTANT DES COLLECTIVITÉS LOCALES

**Régine JOLY**, vice-présidente du Conseil Régional de Poitou-Charentes, représentante de l'Association des régions de France (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 sanitaire et sociale, Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)

**Antonin BLANCKAERT** (suppléant)

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

**Garmenick LEBLANC** (suppléante)

**Bruno LACHESNAIE**, directeur de l'action sanitaire et sociale représentant de la Caisse centrale mutualité sociale agricole (CCMSA)

**Franck DARTY** (suppléant)

### SEIZE REPRÉSENTANTS D'USAGERS

**Philippe LEMAIRE**, directeur centre d'accueil – (FRANCE TERRE D'ASILE) remplacé par **Radoslaw J. FICEK**, directeur de l'accompagnement et de l'hébergement des demandeurs d'asile depuis le 15 octobre 2014

**Véronique LAY** remplacée par **Jean-Marc SIREJOLS**, depuis le 15 octobre 2014 (suppléant)

**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), représentant du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

**Jean-Marie MULLER**, président de la Fédération nationale des A.D.E.P.A.PE (FNADEPAPE)

**Angèle FOLLEVILLE** (suppléante)

**Jean-Claude JAMOT**, vice-président de la section « Personnes âgées » du COS, Médecin honoraire désigné par la Génération Mouvement « Les aînés ruraux »

**Janyne DUJAY** remplacée par **Claudine AMAT** depuis le 6 juin 2014 (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**, présidente de la section « Personnes handicapées », directrice représentante de l'Association des paralysés de France (APF)

**Irène CERQUETTI** remplacée par **Amaëlle PENON** depuis le 17 janvier 2014 (suppléante)

**Henriette STEINBERG**, vice-présidente de la « section inclusion sociale » du COS, secrétaire générale du Secours populaire (Secours Populaire)  
**Pascal RODIER** (suppléant)

**Monsieur Dominique MANIERE**, directeur du Développement Médico-social (Secours Catholique)  
**Alice MULLER** remplacée par **Romuald ROUTIER** depuis le 22 août 2014 (suppléant)

**Michel FOHRENBACH**, Union nationale des associations familiales (UNAF)  
**Christian-Jacques MALATIA** (suppléant)

**Huguette BOISSONNAT PELS**, dentiste (Association ATD quart-monde)  
**Marie-Agnès IUNG** (suppléante)

**Michèle DRIOUX** représentante de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)  
**Jean-Louis GILLES** (suppléant)

**Fédération Trisomie 21**  
*Titulaire (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, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)  
*Suppléant (en attente de nomination)*

**Emilie PARNIERE**, responsable du développement de la qualité Mission services à la personne MISAP anciennement (ANSP) remplacée par **Guy VAUGEOIS** depuis le 29 septembre 2014  
**Sabine JEUCH** (suppléante)

**François BERARD**, chef de service certification des établissements de santé, Haute autorité de santé (HAS) remplacé par **Fabienne MENOT**, Conseillère technique auprès du directeur de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins depuis le 11 mars 2014

**Gilles SERAPHIN**, directeur, Observatoire national de l'enfance en danger (ONED)  
**Anne OUI** (suppléant)

**Olivier CANY**, directeur général de l'Institut du travail représentant de l'Union nationale des associations de formation et de recherche en intervention sociale (UNAFORIS)  
**Diane BOSSIERE** (suppléante)

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

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

**Elodie HEMERY**, adjointe en charge du secteur médico-social, Fédération hospitalière de France (FHF)  
**Mathilde CRESSENS** remplacée par **Mathilde MAIRY** depuis le 16 avril 2014 (suppléante)

**Jean-Pierre GILLE**, président de la section « Inclusion sociale » du COS, représentant la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)  
**Aurélien DUCLOUX** (suppléant)

**Florian ROGER**, directeur de l'Établissement MELAVIE représentant le Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA)  
**Antoine FRAYSSE** (suppléant)

**Thierry NOUVEL**, vice-président du Comité d'orientation stratégique, 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 » du COS, 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, représentant l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)  
**Éléonora BUSI** (suppléante)

**Dominique SACHER**, administrateur dans le réseau UNIOPSS, Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

**Pierre DELOR**, représentant le Groupe national des établissements et services publics sociaux (GEPSSO)  
**Ignace LEPOUTRE** (suppléant)

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

**Maud COLLOMB**, directrice du développement à l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR)

**Christian FOURREAU** (suppléant)

**Gilles GONNARD**, directeur dispositif ITEP et pôle autisme de l'association SERENA, représentant l'Association des IEP et de leurs réseaux (AIRE)

**Thierry ROMAIN** (suppléant)

**Guenâëlle 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**, vice-présidente de la section « Personnes handicapées » du COS, 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 Cèdre bleu représentant la Fédération Addiction

**Georges MARTINHO** (suppléant)

**Nathalie MAUBOURGUET**, médecin coordonnateur en EHPAD représentant la Fédération français des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO)

**Yves CARTEAU** remplacé par **Odile REYNAUD-LEVY** depuis 1<sup>er</sup> décembre 2014 (suppléant)

## SIX REPRÉSENTANTS DES DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENTS

**Jean-Marie SIMON**, président de la section « Enfance » du COS, 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 (ARSEAA), 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)

**Valentine GHESQUIERES**, juriste représentant la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA)

**Claudy JARRY** (suppléant)

**Sylvie PLATON**, directrice de l'EHPAD « le Cèdre », représentant l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) remplacée par Paul VEROT depuis le 12 décembre 2014

**Paul VEROT** remplacé par **René CHEMINOT** depuis le 12 décembre 2014 (suppléant)

**Armelle DE GUIBERT**, 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

**Christophe BERGERY**, directeur général adjoint au Conseil général de la Côte d'Or représentant l'Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements (ANDASS)

**Olivier BRISSET** (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 adjointe « 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 Qualité & Gestion des risques, responsable du dispositif régional CAP VAE 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 (CFDT)

**Norbert MARTEAU** (suppléant)

**Maya VAIR-PIOVA**, psychologue, représentante de la Confédération générale du travail (CGT)

**Pascal CHAVATTE** (suppléant)

**Jacqueline BERRUT**, monitrice éducatrice, représentante de la Confédération générale du travail - Force ouvrière (CGT-FO)

**Eric DENISET** (suppléant)

**Jacques DOURY**, directeur de la Fondation John BOST représentant la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)

**Christine DIVAY** (suppléante)

**Jean-Baptiste PLARIER**, directeur d'un ESSMS représentant la Confédération française de l'encadrement (CFE-CGC)

**Patrice MALERON** (suppléant)

## LISTE DES AVIS RENDUS PAR LE COMITÉ D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

### 14 avis rendus en 2014

#### Avis n° 2014-69 favorable (19/03/2014)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Qualité de vie MAS-FAM (volet 3) : le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement ».

#### Avis n° 2014-70 favorable (19/03/2014)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, Repérage, Accompagnement ».

#### Avis n° 2014-71 favorable (19/03/2014)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies en Cda ».

#### Avis n° 2014-72 favorable (19/03/2014)

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes ».

#### Avis n° 2014-73 favorable (13/06/2014)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Le soutien des aidants non professionnels ».

#### Avis n° 2014-73 favorable (13/06/2014)

Lettre de cadrage intitulée : « Spécificités de l'accompagnement des événements du parcours personnel des personnes en situation de précarité ».

#### Avis n° 2014-75 favorable (07/07/2014)

Recommandation de bonnes pratiques intitulée : « Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en CAMSP ».

#### Avis n° 2014-76 favorable (07/07/2014)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles 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° 2014-77 favorable (07/07/2014)

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Spécificités de l'accompagnement des événements du parcours personnel des personnes en situation de précarité ».

#### Avis n° 2014-78 favorable (30/09/2014)

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques intitulée : « 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 ».

#### Avis n° 2014-78 bis favorable (30/09/2014)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « L'évaluation interne pour les établissements et services du champ de l'inclusion sociale ».

#### Avis n° 2014-79 favorable (30/09/2014)

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques intitulée : « Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques ».

#### Avis n° 2014-80 favorable (30/09/2014)

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées ».

#### Avis n° 2014-81 favorable (12/12/2014)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes ».

#### Avis n° 2014-82 favorable (12/12/2014)

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Autisme et autres TED : les interventions et le projet personnalisé chez l'adulte ».

## 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

**Thierry NOUVEL**, Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI)

#### 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

**Catherine WARTEL**, présidente de la section, Association des paralysés de France (APF)

**Marie ABOUSSA**, vice-présidente de la section, Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (FEGAPEI)

#### Section enfance

**Jean-Marie SIMON**, président de la section, Association de directeurs, cadres de direction et certifiés de l'Ecole des hautes études en santé publique (ADC/EHESP)

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

#### Section inclusion sociale

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

**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 jusqu'au 15/09/2014

**Michèle DRIOUX**, Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)

#### Autres membres

**Gilles GONNARD**, Association des IEP et de leurs réseaux (AIRE)

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

## Annexe 6 : Composition du Conseil scientifique du 28 mars 2012 au 28 mars 2015 (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

**Sandra BERTEZENE**, maître de conférences en sciences de gestion (Université LYON 1),

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

**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 conférences 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

#### 13 avis rendus en 2014

##### Avis n° 2014-54 favorable (25/03/2014)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Qualité de vie MAS-FAM (volet 3) : le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement »

##### Avis n° 2014-55 favorable (25/03/2014)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies en Cada ».

##### Avis n° 2014-56 favorable (25/03/2014)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, Repérage, Accompagnement ».

##### Avis n° 2014-57 favorable (25/03/2014)

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes ».

##### Avis n° 2014-58 favorable (20/06/2014)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Le soutien des aidants non professionnels ».

##### Avis n° 2014-59 favorable (08/07/2014)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles 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° 2014-60 favorable (08/07/2014)

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en CAMSP ».

**Avis n° 2014-61 favorable (08/07/2014) :**

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Spécificités de l'accompagnement des événements du parcours personnel des personnes en situation de précarité ».

**Avis n° 2014-62 favorable (01/10/2014) :**

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « 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 ».

**Avis n° 2014-63 favorable (01/10/2014) :**

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques »

**Avis n° 2014-64 favorable (01/10/2014) :**

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées ».

**Avis n° 2014-65 favorable (16/12/2014) :**

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes ».

**Avis n° 2014-66 favorable (16/12/2014) :**

Lettre de cadrage de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « Autisme et autres TED : les interventions et le projet personnalisé chez l'adulte ».

## Annexe 7 : 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/ 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.

La convention de services signée le 1<sup>er</sup> octobre 2014 a pour objet de définir les services fournis à titre gracieux par la HAS à l'Anesm, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, dans les domaines suivants :

- les opérations de paie des collaborateurs permanents et des experts de l'Anesm;
- les opérations de réalisation des achats de l'Anesm;
- les opérations de comptabilité de l'ordonnateur de l'Anesm.

### 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 / 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 / DPJJ

Convention signée le 2 janvier 2009 ayant pour objet de permettre à la DPJJ de mettre à la disposition de l'Anesm un fonctionnaire de catégorie A des services déconcentrés de la protection judiciaire de la jeunesse.

### ANESM/DAGPB

Convention signée en 2008 ayant pour objet le remboursement à la DAGPB des frais engagés pour le compte de l'Anesm dans l'attente de la mise en place effective de son budget intervenue le 30 avril 2007.

### ANESM/CNSA

Convention signée en 2007 ayant pour objet de déterminer les modalités et la périodicité de versement à l'Anesm de la dotation globale prévue à l'article L.14-10-5 du CASF ainsi que les informations et les pièces justificatives qui doivent être communiquées à la CNSA.

## Annexe 8 : Glossaire des acronymes

### A

#### **ACT**

Appartement de coordination thérapeutique

#### **AEMO**

Service d'action éducative en milieu ouvert

#### **ARS**

Agence régionale de santé

#### **ASE**

Aide sociale à l'enfance

### C

#### **CAARUD**

Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues

#### **CADA**

Centre d'accueil pour demandeurs d'asile

#### **CAMSP**

Centre d'action médico-sociale précoce

#### **CAVA**

Centre d'adaptation à la vie active

#### **CCAA**

Centre de cure ambulatoire en alcoologie

#### **CHRS**

Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

#### **CMPP**

Centre médico-psycho-pédagogique

#### **CPH**

Centre provisoire d'hébergement

#### **CPO**

Centre de préorientation

#### **CPOM**

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

#### **CROSMS**

Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale

#### **CRP**

Centre de réadaptation professionnelle (ou de rééducation professionnelle)

#### **CSAPA**

Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

#### **CSST**

Centre spécialisé de soins pour toxicomanes

#### **CVS**

Conseil de la vie sociale

### D

#### **DIPC**

Document individuel de prise en charge

#### **DRJSCS**

Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

**E****EHPAD**

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**ESAT**

Établissement et service d'aide par le travail

**ETP**

Équivalent temps plein

**F****FAM**

Foyer d'accueil médicalisé

**FINESS**

Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

**FJT**

Foyer de jeunes travailleurs

**I****IME**

Institut médico-éducatif

**ITEP**

Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

**L****LHSS**

Lit halte soins santé

**M****MAS**

Maison d'accueil spécialisée

**MECS**

Maison d'enfants à caractère social

**O****OASP**

Organisme agréé de service à la personne

**P****PJJ**

Protection judiciaire de la jeunesse

**PNL**

Privé non lucratif

**S****SAD**

Service à domicile

**SAMSAH**

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

**SAVS**

Service d'accompagnement à la vie sociale

**SESSAD**

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

**SPASAD**

Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

**SSIAD**

Service de soins infirmiers à domicile





**ANESM**

53 boulevard Ornano - Pleyad 3

93200 Saint-Denis

T 01 48 13 91 00

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

*Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables - Juin 2015*