

ANALYSE NATIONALE DU QUESTIONNAIRE 2013 (Volet 1)



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

**Enquête nationale relative aux pratiques
concourant à la bientraitance dans les
services intervenant auprès d'un public
adulte à domicile**

Rapport – Juin 2014

SOMMAIRE

Sommaire

1. Avant propos : Présentation de l'analyse nationale 2013 relative au « Déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile »	5
1.1 Contexte de l'enquête	5
1.2 Qu'est-ce que la bientraitance ?	5
1.3 Organisation pour élaborer l'enquête nationale	5
1.4 Les objectifs de l'enquête nationale (Volet 1)	6
1.5 Méthodologie de l'étude	6
1.5.1 Champ de l'enquête : les services concernés.....	6
1.5.2 Passation	7
1.5.3 Les services interrogés	7
1.5.4 Le redressement.....	7
1.6 Personnes ayant participé au remplissage du questionnaire.....	9
2. L'élaboration, le suivi et la réévaluation du projet personnalisé	10
2.1 L'existence ou l'absence de projet personnalisé	11
2.1.1 La personnalisation de l'accompagnement	11
2.1.2 Les freins à l'élaboration du projet personnalisé.....	13
2.2 Les différents volets du projet personnalisé	14
2.2.1 Volet vie quotidienne.....	15
2.2.2 Volet soins.....	22
2.2.3 Volet soins – La dimension psychique.....	27
2.2.4 Volet vie sociale - Les proches.....	33
2.3 Les acteurs participant à sa co-construction	41
2.3.1 Les usagers et leurs proches	41
2.3.2 Les professionnels du service, les partenaires et les bénévoles	49
2.4 Suivi et réévaluation du projet personnalisé.....	53
2.4.1 La réévaluation annuelle du projet personnalisé.....	53
2.4.2 L'articulation entre la réévaluation du projet personnalisé et la révision du plan d'aide/compensation	55
2.4.3 Le suivi et les ajustements du projet personnalisé tout au long de l'accompagnement.....	56
3. La mise en œuvre du projet d'accompagnement	61
3.1 Les modalités de coopération, de cohérence et de coordination au sein du service	61
3.2 L'annulation d'une intervention ou le remplacement	63
3.3 Les modalités de coopération, de cohérence et de coordination (avec les partenaires) ..	65
3.3.1 Place du service dans la coordination des différents services et professionnels.....	65
3.3.2 Les réunions de coordination proposées à l'ensemble des personnes intervenant auprès de l'utilisateur 68	
3.3.3 Le cahier de liaison	69
3.3.4 L'implication des usagers et des proches dans les réunions de coordination et les cahiers de liaison 70	
3.3.4 Les dispositifs pour échanger avec le médecin traitant.....	72

3.3.5	Les entrées et sorties d'hospitalisation.....	74
3.3.6	Les conventions de partenariat.....	76
3.3.7	Les dispositifs facilitant la coordination avec les bénévoles.....	77
3.4	Les difficultés dans la mise en œuvre.....	78
3.4.1	Les difficultés liées à certaines spécificités des personnes accompagnées.....	78
3.4.2	Les formations.....	80
3.4.3	Les risques professionnels.....	82
4.	<i>Les situations de maltraitance.....</i>	86
4.1	Les dispositifs ou outils de repérage de la maltraitance.....	86
4.2	Le nombre de signalements pour suspicion de maltraitance.....	88
4.3	La provenance des maltraitements.....	91
4.4	L'accompagnement de l'utilisateur par le service en cas de maltraitements.....	92
5.	<i>L'association des usagers à l'évolution du fonctionnement du service.....</i>	94
5.1	Les enquêtes de satisfaction.....	94
5.2	Les autres formes de participation.....	98
5.2.1	La mise en place d'autres formes de participation.....	98
5.2.2	La participation des usagers à l'évaluation interne, au règlement de fonctionnement et au projet de service.....	100
	Annexe 1 - Présentation des services d'aide et de soins à domiciles.....	103
	Annexe 2 - Données structurelles des services enquêtés.....	104
	Annexe 3 : les contributeurs à l'élaboration de l'enquête.....	106
	Annexe 4 : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles applicables aux services d'aide et de soins à domicile.....	108

1. Avant propos : Présentation de l'analyse nationale 2013 relative au « Déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile »

1.1 Contexte de l'enquête

Dès 2008, le thème de la bientraitance figure au premier plan du programme de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). Depuis, l'Anesm facilite la mise en œuvre de la démarche d'auto-évaluation des pratiques concourant à la bientraitance dans les Ehpad. En 2012, elle élargit son soutien aux MAS et aux FAM. Cette aide prend alors la forme d'un questionnaire diffusé aux établissements.

En 2013, l'Anesm a souhaité prolonger cette démarche en proposant l'enquête nationale relative aux pratiques concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile. Afin de s'adapter aux spécificités du domicile, cette enquête se décompose en deux volets :

- Volet 1 : enquête nationale par questionnaire auprès des services à domicile accompagnant un public adulte.
- Volet 2 : enquête qualitative de recueil d'avis menée auprès des personnes âgées et de leurs proches.

Ce rapport d'analyse porte sur le premier volet.

1.2 Qu'est-ce que la bientraitance ?

On ne peut réduire la qualité de l'accompagnement à la « bientraitance ». Pour autant, il s'agit bien d'une des dimensions essentielles à sa réalisation.

« La Bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement et d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. [...] La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs »¹.

1.3 Organisation pour élaborer l'enquête nationale

Dans un souci de cohérence institutionnelle entre les différents partenaires et de validité de l'enquête, l'enquête a reposé sur les instances suivantes :

- Le Comité d'organisation qui a pour mission de valider le périmètre de l'enquête et la méthodologie proposée par l'Anesm. La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'Agence nationale des services à la personne (ANSP), la Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services (DGCIS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et le Défenseur des Droits ont été invités à participer à ce comité qui s'est réuni le 21 novembre 2012.
- En appui de ce comité d'organisation s'est réuni un groupe de travail, composé des principaux représentants du secteur (Association Atmosphère, AdessaDomicile, AD-PA, ADMR, APF, Association Française des Aidants, Croix Rouge, FEHAP, FESP, FHF, FNAAFP/CSF, Fondation Médéric Alzheimer, INRS, Mutualité Française, SYNERPA, UNA, UNASSI, UNCASS, UNIOPSS)².

¹ Anesm. *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

² Association des directeurs au service des personnes âgées ; Aide à domicile en milieu rural ; Association des paralysés de France ; Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne ; Fédération du Service aux Particuliers ; Fédération hospitalière de

- Un groupe de lecture a été chargé de relire le questionnaire de l'enquête (Volet 1) afin de pouvoir inclure le point de vue des usagers à son élaboration. Ce groupe de lecture s'est composé d'instances représentant les usagers : UNAPEI³, UNAF⁴, génération mouvement « Les aînés ruraux », France Alzheimer.
- Des services ont été sollicités pour tester le questionnaire de l'enquête (Volet 1) avant sa diffusion : SAAD-SAD prestataire, SAD Mandataire, SSIAD, SAVS, SAMSAH.

1.4 Les objectifs de l'enquête nationale (Volet 1)

Le questionnaire est un outil contribuant à la démarche d'évaluation interne et à l'amélioration des pratiques.

- Pour les services qui ne sont pas entrés dans la démarche d'évaluation interne : le questionnaire permet un « diagnostic rapide » qui peut déclencher la démarche d'évaluation.
- Pour les services qui sont entrés dans la démarche d'évaluation interne : le questionnaire permet de vérifier, mais également de préciser et d'approfondir les thèmes abordés lors de l'évaluation interne.
- Pour les services qui n'ont pas d'évaluation interne à réaliser : le questionnaire peut être un outil à valoriser lors de la démarche d'évaluation externe ou de certification afin de montrer que le service participe à l'auto-évaluation de la qualité de ses prestations.

En effet, ce questionnaire est un support pour :

- faire un diagnostic des difficultés inhérentes à la mise en œuvre de la bientraitance ;
- réaliser un diagnostic en équipe des actions déjà mises en œuvre ;
- identifier les actions possibles à déployer.

Il constitue une sélection de thèmes abordés dans la recommandation intitulée « Évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes » et questionne les 4 axes recommandés. Cependant, il ne saurait à lui seul être assimilé à une évaluation interne exhaustive.

Ce questionnaire approfondit plus particulièrement les questions : du respect des personnes, de la relation aux proches et de la maltraitance ; de l'admission et du projet personnalisé ; de l'expression individuelle et collective des usagers ; des risques professionnels, de la formation et du système d'information ; de la coordination du service.

Ces thèmes permettent de passer en revue les principales dimensions concourant au déploiement d'une culture de bientraitance visant à assurer aux personnes la qualité de vie qu'ils souhaitent, et de fournir une base de réflexion collective sur ces dimensions.

1.5 Méthodologie de l'étude

1.5.1 Champ de l'enquête : les services concernés

Ce questionnaire est à destination des services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés ou agréés fonctionnant sur un mode prestataire et mandataire (SAAD-SAD), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et des services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH)⁵.

L'identification des services a été faite à partir de la base de données FINESS (extraction de Février 2013) pour les SSIAD, les SPASAD, les SAVS et les SAMSAH ou de la base de données de l'extranet nOva (Extraction avril 2014) pour les SAAD (autorisés) ou les SAD (agréés).

France, Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire/Confédération syndicale des familles ; Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ; Syndicat National des Établissements et Résidences Privées pour Personnes Âgées ; Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles ; Union nationale des associations et des services de soins infirmiers ; Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale ; Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux.

³ Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés.

⁴ Union nationale des associations familiales.

⁵ cf. Annexe.1 pour une présentation des activités de ces services

- ⇒ Dans la mesure où les services mandataires agréés ne relèvent pas du même régime juridique que les autres services et que les services accompagnant principalement des familles fragilisées relèvent de problématiques davantage en lien avec le champ de la protection de l'enfance, ces deux types de structures ne seront pas spécifiquement analysés dans ce rapport.

1.5.2 Passation

L'ensemble des services en activité identifiés a été contacté par courrier électronique afin de renseigner le questionnaire diffusé sur internet. Les structures qui n'avaient pas d'adresse mail valide ont été contactées par téléphone par un prestataire de l'Anesm (SOS Phoning) afin de récupérer les adresses mails manquantes ou erronées.

Le questionnaire a été diffusé du 5 Avril 2013 au 31 Juillet 2013.

Les services ont été interrogés sur :

- leur profil (données administratives, informations sur les personnels et les personnes accompagnées) ;
- l'état de déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance.

1.5.3 Les services interrogés

Au total, 11629 services ont été invités à participer à cette enquête et 4146 questionnaires ont été enregistrés. Après nettoyage de la base de données (questionnaire comportant trop de non réponses, ou de réponses incohérentes) 3999 questionnaires ont pu être exploités.

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

Pour chaque type de service, cela représente :

Taux de participation et répartition par service

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

Source : Anesm

1.5.4 Le redressement

Le fait que certains services n'aient pas répondu à l'enquête résulte de plusieurs points :

- Des erreurs dans l'adresse électronique ou le numéro de téléphone dans les bases FINESS ou nOva.
- Des difficultés à contacter le service (adresse mail pleine, congé, changement de personnel, etc.).
- Des refus de répondre à l'enquête.

Les catégories de services, ainsi que le statut juridique ont influencé le taux de réponse des services : les services ayant la plus forte part de non réponses sont les SAAD-SAD, ainsi que les services privés commerciaux.

Répartition par type de service⁶

Type de service	Répartition des services intervenant auprès d'un public adulte fragilisé recensés sur les bases nOva et FINESS		Répartition des services ayant répondu au questionnaire	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
SSIAD	2075	18%	1408	36%
SAVS	952	8%	390	10%
SAMSAH	309	3%	170	4%
SPASAD	83	1%	63	2%
SAAD-SAD	7946	70%	1872	48%

Source : Anesm

Répartition par statut⁷

Catégorie juridique	Répartition des services intervenant auprès d'un public adulte fragilisé recensés sur les bases nOva et FINESS		Répartition des services ayant répondu au questionnaire	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Privé commercial	2691	24%	616	16%
Privé non lucratif	6809	60%	2188	56%
Public	1929	17%	1100	28%

Source : Anesm

L'objectif du redressement est d'obtenir une répartition similaire à celle observée sur les bases nOva et FINESS (colonne de gauche). Ce redressement permet d'obtenir une base de données représentative de l'ensemble des services au regard du type de service et de sa catégorie juridique⁸.

⁶ Hors SAD mandataire

⁷ Hors SAD mandataire

⁸ Les poids donnés à chacun des services varient de 0,26 (SPASAD public) à 1,80 (SAAD-SAD privé non lucratif).

1.6 Personnes ayant participé au remplissage du questionnaire

Il était demandé que le questionnaire soit rempli à *minima* par le directeur ou le professionnel en charge de la coordination du service. Cependant, il était également proposé d'y faire participer les professionnels, les usagers et/ou leurs proches.

53% de services ont mis en place une démarche collective pour répondre au questionnaire, 15% en impliquant au moins un usager ou un proche et 34% en impliquant un professionnel en dehors de la direction.

Pour chaque type de service, la proportion à avoir rempli le questionnaire de manière collective est la suivante :

Type de service	Plusieurs personnes impliquées pour répondre au questionnaire	Implication de plusieurs personnes dont des professionnels hors direction pour répondre au questionnaire	Implication de plusieurs personnes dont des proches ou des usagers pour répondre au questionnaire
SSIAD	68%	48%	8%
SAVS	64%	54%	19%
SAMSAH	69%	51%	16%
SPASAD	76%	42%	16%
SAAD-SAD	47%	27%	16%
Ensemble	53%	34%	15%

Source : Anesm

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

L'élaboration d'un projet personnalisé est une obligation de la loi 2002-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Il est issu d'une évaluation multidimensionnelle et fait suite à une période d'observation pluridisciplinaire.

Il doit prendre en compte les besoins et les attentes de la personne qui peut en permanence exprimer son avis sur le projet. Il est un outil permettant de garder trace, d'adapter l'accompagnement et de prendre en compte toutes ses dimensions (soins, vie quotidienne, vie sociale, etc.).

Le projet personnalisé est issu d'une évaluation multidimensionnelle. Pour son élaboration, il s'appuie également sur les évaluations existantes, dont le plan d'aide (personnes âgées), le plan de compensation (personnes handicapées) ou le projet pour l'enfant (familles fragilisées : public de certains SAAD)⁹ lorsqu'il en existe un. Au final, il comprend les modalités d'interventions (dont le plan d'interventions ou de soins), leurs objectifs, une analyse de la situation rédigée et une formalisation des différentes phases de construction du projet¹⁰.

Il s'articule avec et se distingue :

- du plan d'aide. Celui-ci est réalisé par l'équipe médico-sociale du conseil général qui s'appuie sur la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) afin d'évaluer les besoins fonctionnels de l'utilisateur et donner droit à une aide financière. Cependant cette grille n'est pas assimilable à une évaluation multidimensionnelle dans la mesure où elle ne comprend pas les activités élaborées par l'utilisateur, les conditions d'habitat, son réseau relationnel, etc.¹¹
- du plan de compensation. Il est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) suite aux besoins identifiés avec l'outil d'évaluation GEVA¹² (Guide d'ÉVALuation des besoins de compensation de la personne handicapée).
- du projet pour l'enfant. Il est élaboré entre les services départementaux et les titulaires de l'autorité parentale. Il précise les actions qui seront menées auprès de l'enfant, des parents et de son environnement, le rôle des parents, les objectifs visés et les délais de leur mise en œuvre¹³.
- du plan d'interventions ou de soins qui est réalisé par le responsable du service ou l'infirmier coordinateur. Il permet de mettre en œuvre le projet personnalisé, mais il ne précise pas nécessairement les objectifs de l'intervention, l'analyse qui a permis l'élaboration de ce plan, etc.¹⁴

⁹ L'article L 223-1 du CASF indique que le « projet pour l'enfant » précise « les actions qui seront menées auprès de l'enfant, des parents et de son environnement, le rôle des parents, les objectifs visés et les délais de leur mise en œuvre ».

¹⁰ Anesm. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

¹¹ CEDIAS. « Tenir ». *Les situations de vulnérabilité au-delà de la barrière des âges*. Programme de recherche « Qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles ». Paris : Cédias, 2011.

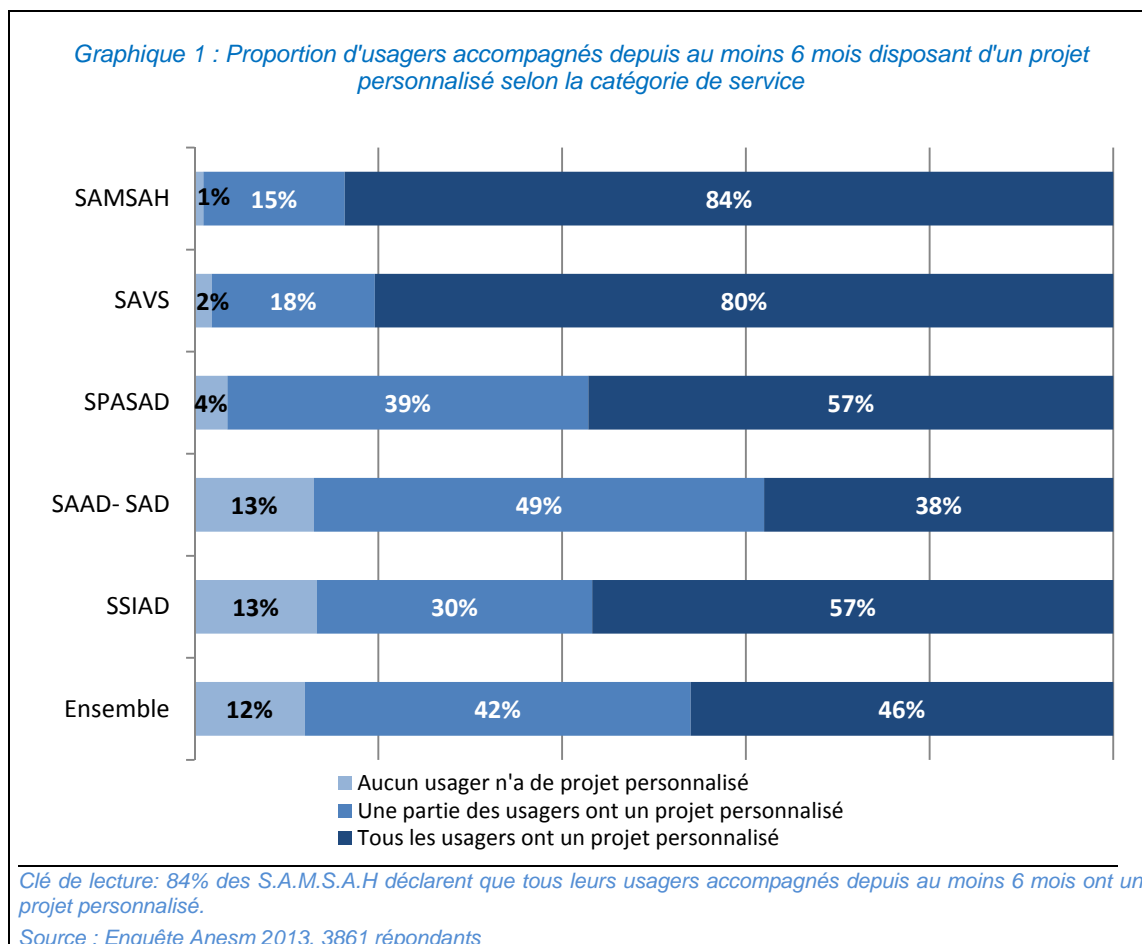
¹² Pour un schéma reprenant l'articulation entre projet personnalisé et plan de compensation. Cf. Anesm. *L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile*. Saint-Denis : Anesm, 2011. p. 47.

¹³ Pour un schéma reprenant l'articulation entre projet personnalisé et projet pour l'enfant. Cf. Anesm. *L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure*. Saint Denis : Anesm, 2013. p. 23.

¹⁴ Pour une description reprenant l'articulation entre projet personnalisé et plan de soins. Cf. DGCS. *Recueil commenté des normes et des recommandations applicables aux services de soins infirmiers à domicile*. Paris : DGCS. [A paraître.]

2.1 L'existence ou l'absence de projet personnalisé

2.1.1 La personnalisation de l'accompagnement



Repères juridiques

Le projet personnalisé est également référencé dans les textes réglementaires « projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins » (SPASAD : CASF, D. 312-7, al.2), « projet individualisé de soins » (SSIAD : CASF, D. 312-3, 1°, b), « projet individualisé d'aide et d'accompagnement » (SAAD : CASF, D. 312-6, al.3) ou « intervention individualisée » (SAD : Arrêté du 26 décembre 2011 fixant le cahier des charges prévu à l'article R. 7232-7 du code du travail, point 9), « projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement » (SAVS et SAMSAH : CASF, D. 312-172).

Comme dans les établissements (MAS/FAM : 86%¹⁵ et Ehpad : 43%¹⁶), le projet personnalisé est plus souvent mis en place par les services accompagnant principalement des personnes handicapées.

46% des services disent avoir systématiquement un projet personnalisé parmi les usagers accompagnés depuis au moins 6 mois :

- 78% des services du secteur des personnes handicapées (dont 84% des SAMSAH et 80% des SAVS%) contre 42% dans le secteur des personnes âgées.
- Comme les Ehpad¹⁷, il existe une différence entre les SAAD-SAD privés à but commercial (44%), les SAAD-SAD privés non lucratifs (34%), les SAAD-SAD publics (37%).

L'absence de projet personnalisé, ne veut pas dire qu'il y a une absence de personnalisation de l'accompagnement : 44% des services ne formalisent pas systématiquement un projet personnalisé, mais mettent en place un plan d'intervention ou de soins pour plus de 2/3 des personnes.

En définitive, 83% des services sont dans une recherche de personnalisation pour plus de 2/3 des personnes qu'ils accompagnent :

- Si l'on considère l'ensemble des services qui mettent en place un projet personnalisé ou un plan d'intervention/de soins, les différences entre le secteur des personnes âgées¹⁸ et des personnes handicapées¹⁹ s'estompent, mais persistent.
- Cependant, au regard de la recommandation sur les attentes de la personne et le projet personnalisé (Anesm, 2008), la seule élaboration de plans d'intervention ou de soins montrent le plus souvent un degré de formalisation moins important que ce qui est recommandé : l'analyse et les réflexions qui ont amené à prendre telle décision n'a pas forcément fait l'objet de compte rendu, les objectifs de l'intervention ne sont pas systématiquement précisés, certains éléments du projet personnalisé sont formalisés, mais ne sont pas réunis ensemble, etc.

¹⁵ L'enquête 2012 sur le « déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans MAS et les FAM » indique que 86% des MAS et des FAM mettent systématiquement en place un projet personnalisé global.

¹⁶ L'enquête 2010 sur le « déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance en Ehpad » indique que 43% des Ehpad mettent fréquemment en place un projet personnalisé avec les résidents.

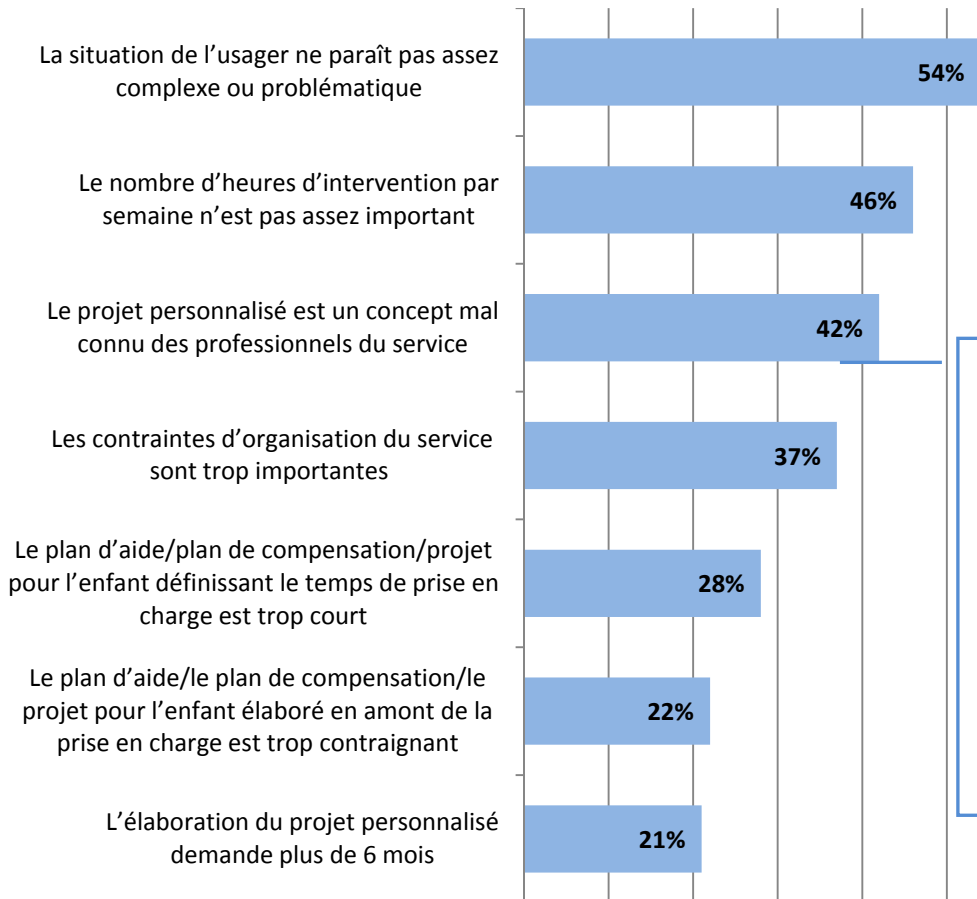
¹⁷ L'enquête de la fondation Médéric Alzheimer sur le respect des droits des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en Ehpad (1er partie. La lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et de d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, octobre 2009, n°11) indique que 63% des Ehpad du secteur privé à but commercial formalisent un projet personnalisé, 47% pour ceux du secteur privé à but non lucratif et 40% pour ceux du secteur public.

¹⁸ 82% des services accompagnant principalement des personnes âgées recherchent une personnalisation pour plus de 2/3 des usagers.

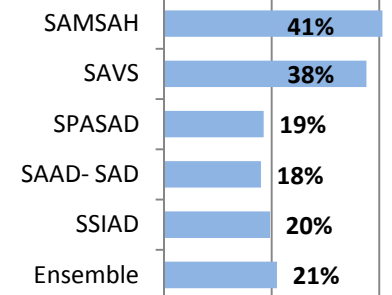
¹⁹ 97% des services accompagnant principalement des personnes handicapées recherchent une personnalisation pour plus de 2/3 des usagers).

2.1.2 Les freins à l'élaboration du projet personnalisé

Graphique 2 : Les raisons de l'absence de projet personnalisé pour les usagers accompagnés depuis au moins 6 mois par le service



Graphique 3 : Formation sur le projet personnalisé :



Clé de lecture: 41% des SAMSAH déclarent qu'au moins une partie de leurs intervenants actuellement en poste ont eu une formation de plus de 6 heures, au cours des 3 derniers années, sur le projet personnalisé.
Source : Enquête Anesm 2013, 3617 répondants

Clé de lecture: Parmi les services qui ne réalisent pas de projet personnalisé pour l'ensemble de leurs usagers, 54% avancent comme raison le fait que la situation des usagers ne leur paraît pas assez complexe ou problématique.

Source : Enquête Anesm 2013, 1931 répondants

Repère juridique et recommandation

En établissement, il est recommandé de ne pas dépasser 3 mois pour formaliser les objectifs et prestations adaptées à la personne, mais l'article D.311 du CASF autorise un délai de 6 mois (Anesm. Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement. Saint-Denis : Anesm, 2008).

La raison la plus souvent citée justifiant l'absence de projet personnalisé est :

- **l'absence de complexité de la situation** (54% des services n'élaborant pas systématiquement de projet personnalisé citent cet argument). Cela peut se traduire par une intervention simple (par exemple ménage ou entretien du domicile) ou un faible niveau de dépendance (par exemple GIR 5 ou 6 pour une personne âgée)²⁰. Cet argument est plus particulièrement mis en avant par les SAAD-SAD n'élaborant pas systématiquement un projet personnalisé pour tous les usagers (61%).
- **le nombre d'heures d'intervention trop faible** (46% des services n'élaborant pas systématiquement de projet personnalisé citent cet argument), par exemple moins de 10h par mois²¹. Cet argument est plus particulièrement mis en avant par les SAAD-SAD n'élaborant pas systématiquement un projet personnalisé pour tous les usagers (52%).
- **Le projet personnalisé est mal connu des professionnels** (42% des services n'élaborant pas systématiquement de projet personnalisé citent cet argument). Cet argument est principalement mis en avant par les services intervenant auprès des personnes âgées, et plus particulièrement pour les SSIAD n'élaborant pas systématiquement un projet personnalisé pour tous les usagers (56%). Ce sont également les services accompagnant principalement des personnes âgées qui ont le moins formé leurs intervenants au projet personnalisé au cours des 3 dernières années (20% des SSIAD, 17% des SAAD-SAD, 19% des SPASAD contre 41% des SAVS et 38% des SAMSAH).
- **les contraintes d'organisation du service** (37% des services n'élaborant pas systématiquement de projet personnalisé citent cet argument).

Au regard des obligations réglementaires, 21% des services n'élaborant pas systématiquement un projet personnalisé expliquent que ce temps est trop contraint pour certaines situations, l'élaboration du projet personnalisé demandant plus de 6 mois.

Le temps trop long d'élaboration du projet personnalisé est plus particulièrement cité par des services accompagnant principalement des personnes handicapées :

- o 54% des SAMSAH et des SAVS n'élaborant pas systématiquement un projet personnalisé pour tous les usagers donnent cet argument.

Une autre raison amenant à ne pas élaborer le projet personnalisé est le refus de la personne ou de la famille de réaliser une évaluation²².

2.2 Les différents volets du projet personnalisé

Les informations recueillies et les évaluations qui peuvent être faites pour alimenter les différents volets du projet personnalisé, le plan d'intervention ou de soins, ne sont pas systématiquement réalisées par le service (cela dépend de ses missions, de l'existence d'une équipe médicale et paramédicale dans la structure et de son temps de présence, de l'équipement à disposition, des ressources sur le territoire, etc.) :

- Pour les personnes âgées, une évaluation a pu être faite en amont de l'admission par l'équipe médico-sociale du conseil général afin élaborer le plan d'aide, un questionnaire de cas d'une maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), un professionnel de centre local d'Information et de coordination (CLIC) ou d'un réseau gérontologique, le médecin traitant, etc.

²⁰ LUTHEREAU, M. Les enjeux de la mise en place d'une formation à l'intervention auprès d'enfants et d'adolescents avec autisme pour les professionnels de l'aide à domicile. Mémoire de DU1 : Sciences Humaines : Paris : René Descartes. 2012.

²¹ LUTHEREAU, M. Les enjeux de la mise en place d'une formation à l'intervention auprès d'enfants et d'adolescents avec autisme pour les professionnels de l'aide à domicile. Mémoire de DU1 : Sciences Humaines : Paris : René Descartes. 2012.

²² LUTHEREAU, M. Les enjeux de la mise en place d'une formation à l'intervention auprès d'enfants et d'adolescents avec autisme pour les professionnels de l'aide à domicile. Mémoire de DU1 : Sciences Humaines : Paris : René Descartes. 2012.

- Pour les personnes handicapées, une évaluation est faite en amont de l'admission par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, mais elle peut également avoir été faite par un centre ressource, un UEROS (dans les situations de personnes cérébro-lésées), une structure pour enfants ou adolescents handicapés, etc.

2.2.1 Volet vie quotidienne

L'adaptation de l'organisation du service au rythme des usagers et la prise en compte de leurs habitudes de vie ou des ressources financières se heurtent à deux freins majeurs.

D'une part, les contraintes organisationnelles, de moyens humains, techniques et financiers limitent les marges de manœuvre du service pour répondre à ses attentes : tarification des services, masse salariale, temps des déplacements, turn-over, décalage entre le nombre d'heures attribuées par le plan d'aide et le temps réel de la prestation nécessaire au domicile, chevauchement des compétences entre les auxiliaires de vie et les aides soignants, etc.²³

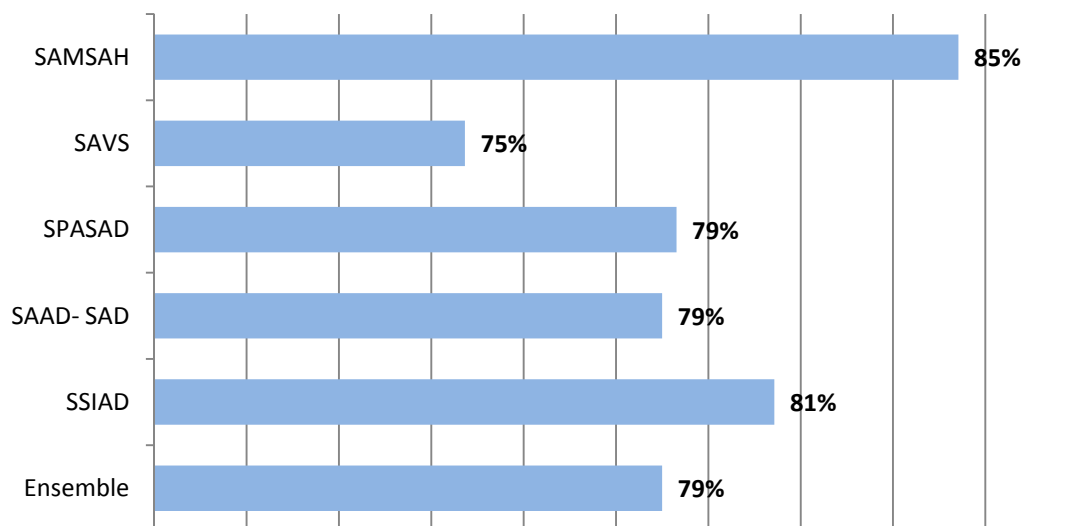
D'autre part, il existe une asymétrie entre la manière de percevoir la qualité selon les attentes d'un responsable de service, d'un professionnel intervenant au domicile ou d'une personne aidée²⁴:

- pour les usagers, la qualité passe par la réponse à leurs attentes et la qualité de la prestation (souplesse de l'intervenant dans les horaires, gentillesse, adaptabilité dans les actes, etc.).
- A l'inverse, pour les responsables de service, c'est l'organisation et la gestion du service qui prime. Il s'agit de répondre à des besoins par des prestations prescrites sans pour autant répondre à l'ensemble des attentes des usagers qui participeraient à une forme de déprofessionnalisation.
- Pour les intervenants, la qualité permet de répondre au bien-être de l'utilisateur tout en garantissant des conditions de travail souhaitables. Il s'agit de pouvoir accepter différents arrangements tant que ces derniers ne dévalorisent pas leur travail (par exemple un professionnel de SSIAD ne fera pas des actes ménagers pour faire plaisir à l'utilisateur).

²³ INPES. Recherche qualitative exploratoire Handicap-Incapacités- Santé et aide pour l'autonomie (RHISAA). Vol. I. Saint-Denis : INPES, 2010.

²⁴ GUCHER, C., ALVAREZ, S., CHAUVEAUD, C, et al. *Non recours et non adhésion : la disjonction des notions de « qualité de vie » et de « qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles »*. Chambéry : Université de Savoie, 2011.

Graphique 4 : Services ayant systématiquement cherché des solutions pour adapter leur organisation au rythme de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions



Clé de lecture: 85% des SAMSAH ont systématiquement recherché des solutions pour adapter leur organisation au rythme de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions

Source : enquête Anesm 201,3694 répondants

Recommandation

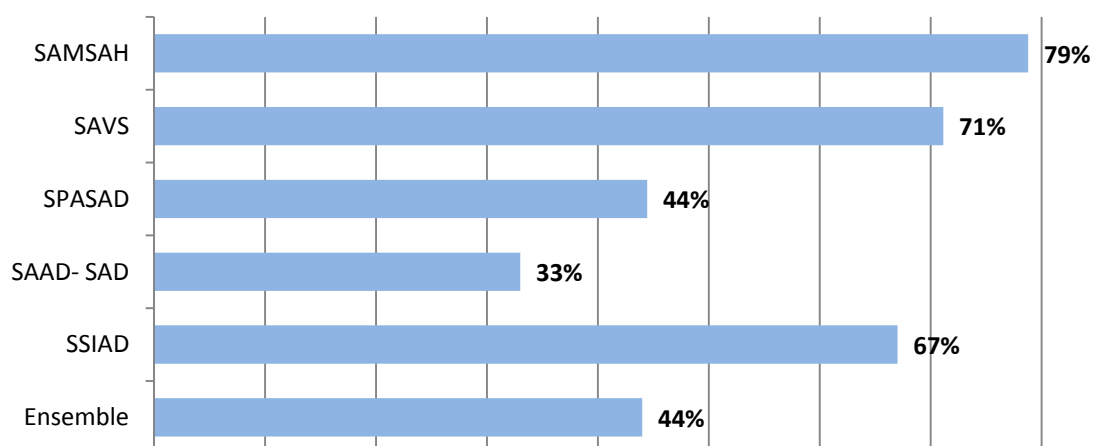
Le rythme de l'utilisateur est pris en compte dans son accompagnement au quotidien (Anesm. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Saint-Denis : Anesm, 2008).

La majorité des services recherchent des solutions pour adapter leur organisation au rythme des usagers.

Sur les 10 dernières admissions, 79% des services ont recherché systématiquement des solutions pour adapter leur organisation aux rythmes des usagers (heure de lever, de la toilette, etc.). Il n'y a pas de différence majeure entre les différents types de service.

La prise en compte des habitudes de vie et de l'histoire de vie

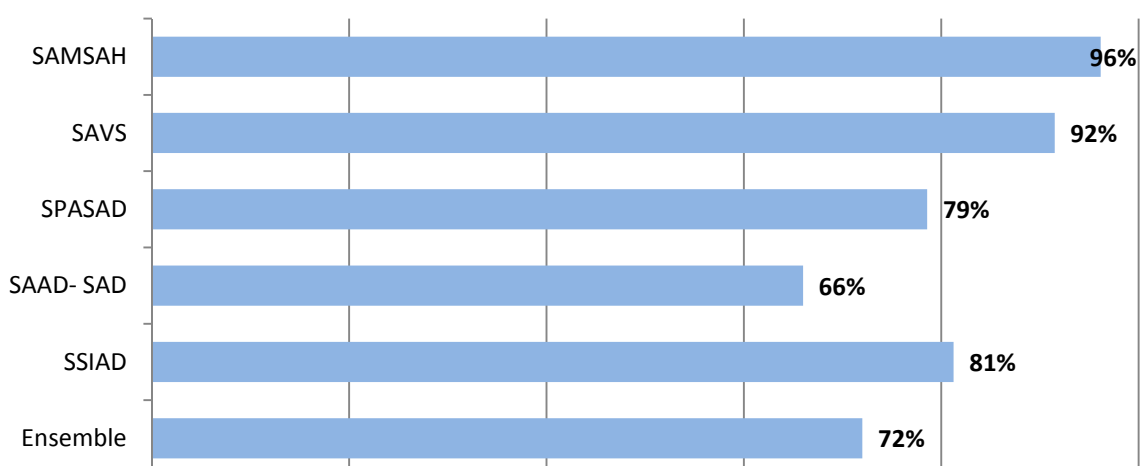
Graphique 5 : Services ayant systématiquement recueilli l'histoire de vie et la vie familiale de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions



Clé de lecture: 79% des SAMSAH ont systématiquement recueilli l'histoire de vie et la vie familiale de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions

Source : Enquête Anesm 2013, 3587 répondants

Graphique 6 : Services ayant systématiquement recueilli les habitudes de vie et les centres d'intérêts de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions



Clé de lecture: 96% des SAMSAH ont systématiquement recueilli les habitudes de vie et les centres d'intérêts de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions

Source : Enquête Anesm 2013, 3703 répondants

Les équipes sont attentives à repérer les habitudes de vie des personnes, ce qui a du sens pour elles ou une importance affective (Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008).

Les services accompagnant principalement des personnes âgées recueillent moins souvent les habitudes de vie et l'histoire de vie que les services accompagnant principalement des personnes handicapées.

Sur les 10 dernières admissions, 72% des services ont recueilli systématiquement les habitudes de vie et les centres d'intérêt de l'utilisateur. Cependant, lors de ces 10 dernières admissions, seulement 44% des services ont recueilli systématiquement l'histoire de vie et la vie familiale de l'utilisateur :

- les services accompagnant principalement des personnes handicapées recueillent plus souvent les habitudes de vie²⁵ et l'histoire de vie²⁶ ;
- ce sont les SAMSAH qui les recueillent le plus souvent²⁷ ;
- le recueil systématique de l'histoire de vie de la personne est moins souvent réalisé par les SAAD-SAD²⁸.

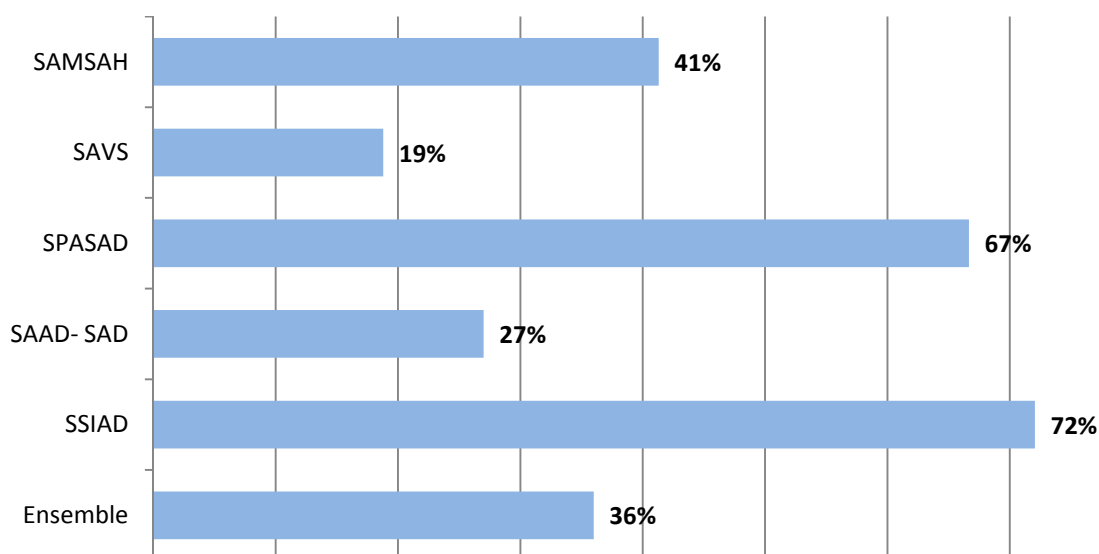
²⁵ 90% des services accompagnant des personnes handicapées ont recueilli les habitudes de vie systématiquement au cours des 10 dernières admissions contre 71% des services accompagnant des personnes âgées.

²⁶ 70% des services accompagnant des personnes handicapées ont recueilli systématiquement l'histoire de vie de la personne au cours des 10 dernières admissions contre 44% des services accompagnant des personnes âgées.

²⁷ 96% des SAMSAH ont recueilli systématiquement les habitudes de vie au cours des 10 dernières admissions et 79% des SAMSAH ont recueilli systématiquement l'histoire de vie de la personne au cours des 10 dernières admissions.

²⁸ Seulement 33% des SAAD-SAD ont recueilli systématiquement l'histoire de vie de la personne au cours des 10 dernières admissions.

Graphique 7 : Services ayant systématiquement réalisé une évaluation des aménagements nécessaires du domicile de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions



Clé de lecture: 41% des SAMSAD ont systématiquement réalisé une évaluation des aménagements nécessaires du domicile de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions

Source : Enquête Anesm 2013, 3553 répondants

Recommandation

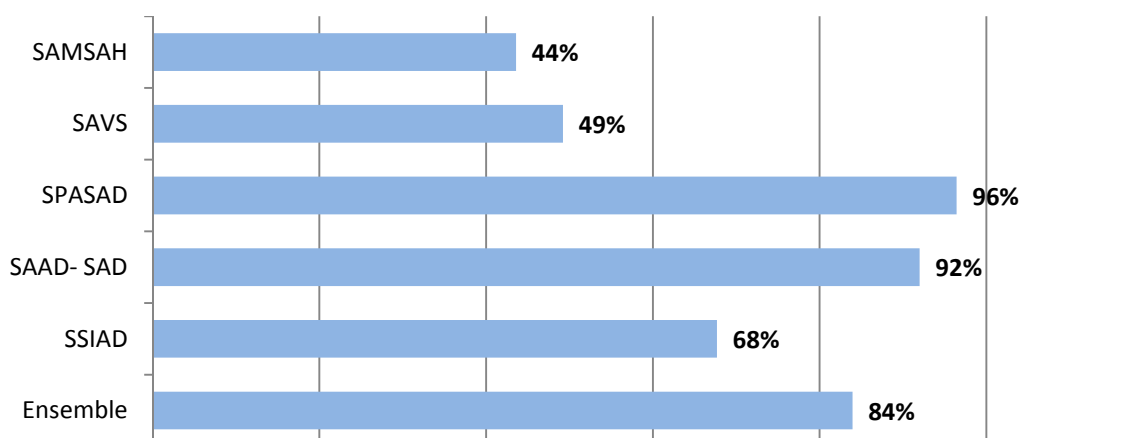
Les équipes sont attentives à repérer le cadre de vie des personnes (Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008).

L'évaluation des aménagements nécessaires au domicile est peu réalisée par les services à l'exception des SSIAD et des SPASAD.

Sur les 10 dernières admissions, seulement 36% des services ont réalisé systématiquement une évaluation des aménagements nécessaires du domicile :

- Les services comprenant des professionnels paramédicaux (dont des ergothérapeutes) sont les plus à même de réaliser cette évaluation : sur les 10 dernières admissions, 72% des SSIAD, 67% des SPASAD, 41% des SAMSAD l'ont fait systématiquement.
- Sur les 10 dernières admissions, cette évaluation a été plus souvent réalisée par les services accompagnant principalement des personnes âgées (40% l'ont fait systématiquement) que ceux accompagnant principalement des personnes handicapées (25% l'ont fait systématiquement).

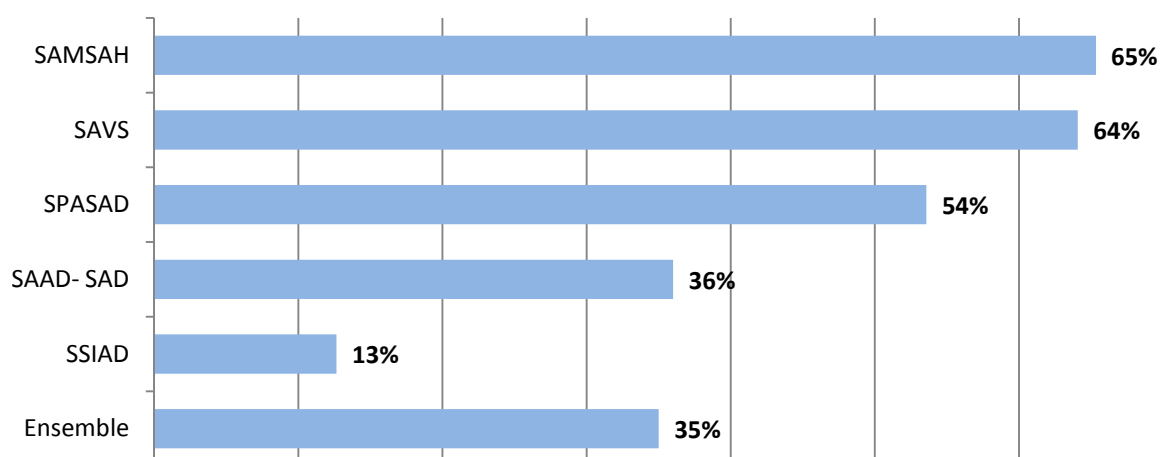
Graphique 8 : Services ayant systématiquement présenté les tarifs du service à l'utilisateur lors des 10 dernières admissions selon le type de public principalement accompagné



Clé de lecture: 44% des SAMSAH ont systématiquement présenté les tarifs du service à l'utilisateur lors des 10 dernières admissions

Source : Enquête Anesm 2013, 3232 répondants

Graphique 9 : Services ayant systématiquement réalisé une évaluation des ressources financières de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions



Clé de lecture: 65% des SAMSAH ont systématiquement réalisé une évaluation des ressources financières de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions

Source : Enquête Anesm 2013, 3558 répondants

Recommandation

Les besoins de l'utilisateur, notamment financier, sont pris en compte dans son accompagnement au quotidien (Anesm. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Saint-Denis : Anesm, 2008)

Les services accompagnant principalement des personnes âgées réalisent peu l'évaluation des ressources financières.

Sur les 10 dernières admissions, 84% des services ont présenté systématiquement les tarifs du service :

- Au cours des 10 dernières admissions, cette présentation a été plus systématiquement réalisée par les services accompagnant principalement des personnes âgées (86%), en particulier les SAAD-SAD (92%), que par les services accompagnant principalement des personnes handicapées (52%).

Cependant, sur les 10 dernières admissions, seulement 35% des services ont réalisé systématiquement une évaluation des ressources financières de l'utilisateur.

Le reste à charge de la personne peut être un facteur d'évaluation des ressources financières selon les aides compensatrices et/ou sociales dont elle bénéficie en fonction de son degré de dépendance et de ses revenus. Le reste à charge est souvent plus important pour les SAAD-SAD accompagnant des personnes âgées que pour les SSIAD ou la partie soins des SAMSAH (qui ont une prise en charge assurance maladie) ou les SAVS, la partie accompagnement des SAMSAH ou les SAAD-SAD accompagnant des personnes handicapées.

Le reste à charge n'est pas l'unique facteur à prendre en compte pour les services. Il y a également le coût de la vie, en particulier lorsque le service a des missions d'accompagnement à la vie sociale : pouvoir d'achat, coût des repas, des transports, couverture maladie dont dispose la personne, mutuelle complémentaire, etc.

- Les services pour personnes handicapées ayant notamment des missions d'accompagnement à la vie sociale réalisent plus souvent que les autres cette évaluation²⁹. En outre, ces services peuvent disposer de travailleurs sociaux (assistant social ou conseiller en économie sociale et familiale) facilitant la réalisation de ce type d'évaluation et la recherche de solution.
- Les SAAD-SAD réalisent peu cette évaluation³⁰. On peut faire plusieurs hypothèses : les SAAD-SAD n'ont pas de travailleur social, les professionnels connaissent mal les aides existantes ; ils sont plus sollicités pour une aide à la vie quotidienne qu'une aide à la vie sociale ; etc.
- Les SSIAD sont les services réalisant le moins cette évaluation³¹ (l'absence de reste à charge pouvant expliquer ce résultat).

²⁹ 65% des SAMSAH et 64% des SAVS ont fait systématiquement une évaluation des ressources financières au cours des 10 dernières admissions.

³⁰ Sur les 10 dernières admissions, 36% des SAAD-SAD ont fait systématiquement une évaluation des ressources financières.

³¹ Sur les 10 dernières admissions, seulement 13% des SSIAD l'ont fait systématiquement et 68% des SSIAD n'ont fait aucune évaluation des ressources financières de l'utilisateur.

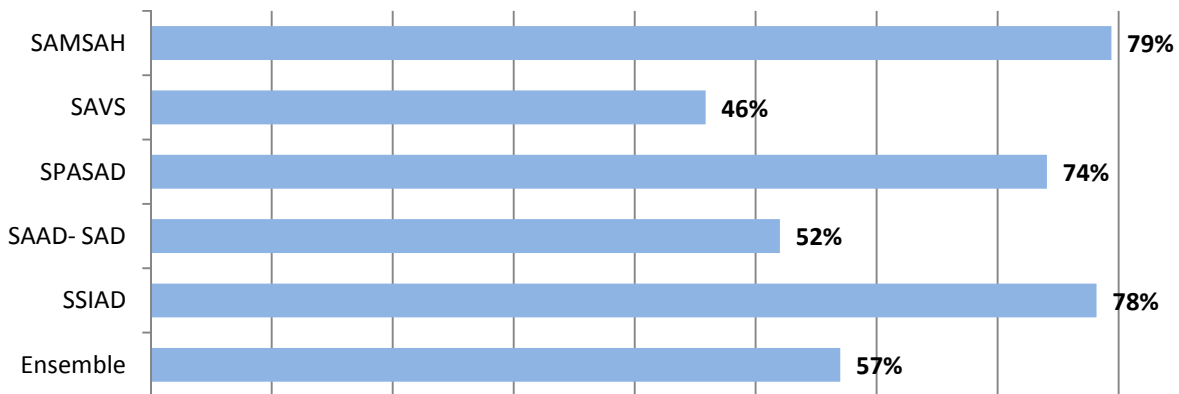
2.2.2 Volet soins

La particularité du volet soins est qu'il est soumis à des règles de confidentialité différentes selon qu'il s'agit d'informations médicales (diagnostic, traitement, examens, etc.) ou paramédicales (prescription du médecin traitant, compte-rendu d'examen, plan de soins infirmiers, bilan ergothérapeute, document de traçabilité des actes réalisés auprès des patients, etc.).

Dans la mesure où le volet soins est une composante du projet personnalisé et s'inscrit en complémentarité des autres volets, la coordination des soins concerne l'ensemble des professionnels de la structure, y compris ceux qui ne sont pas professionnels de santé.

La prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes

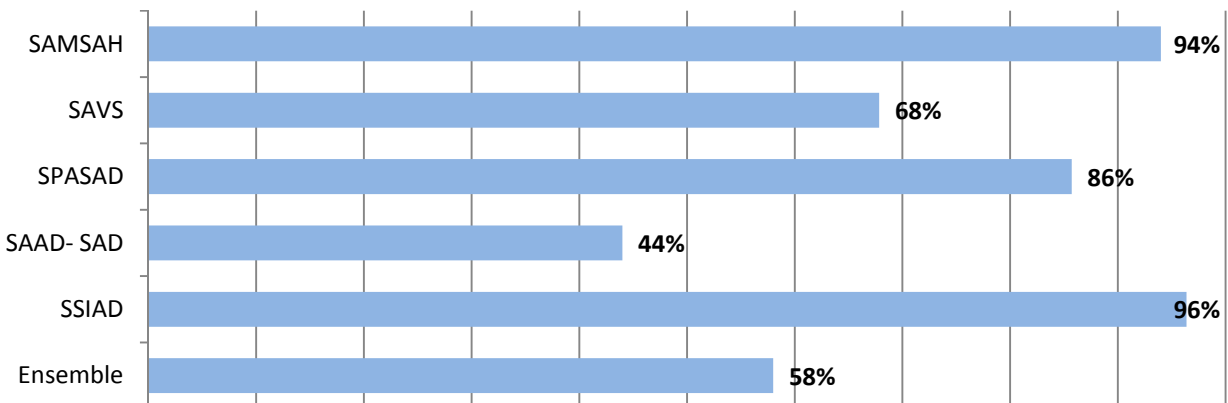
Graphique 10 : Services ayant systématiquement réalisé une évaluation des risques liés à l'état de santé de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions



Clé de lecture: 79% des SAMSAH ont systématiquement réalisé une évaluation des risques liés à l'état de santé de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions.

Source : Enquête Anesm 2013, 3512 répondants

Graphique 11 : Services ayant systématiquement réalisé une évaluation des besoins en soins de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions



Clé de lecture: 94% des SAMSAH ont systématiquement réalisé une évaluation des besoins en soins de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions

Source : Enquête Anesm 2013, 3514 répondants

Dans le cadre de la démarche d'évaluation interne il est recommandé que le service porte une appréciation sur les actions mises en place et leurs effets concernant les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes (Anesm. L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes. Saint-Denis : Anesm, 2012).

L'accompagnement à la santé des personnes concerne tous les services. Pourtant l'évaluation des risques inhérents à la situation de vulnérabilité et l'évaluation des besoins en soins restent principalement du ressort des services médicalisés (SAMSAH, SSIAD, SPASAD).

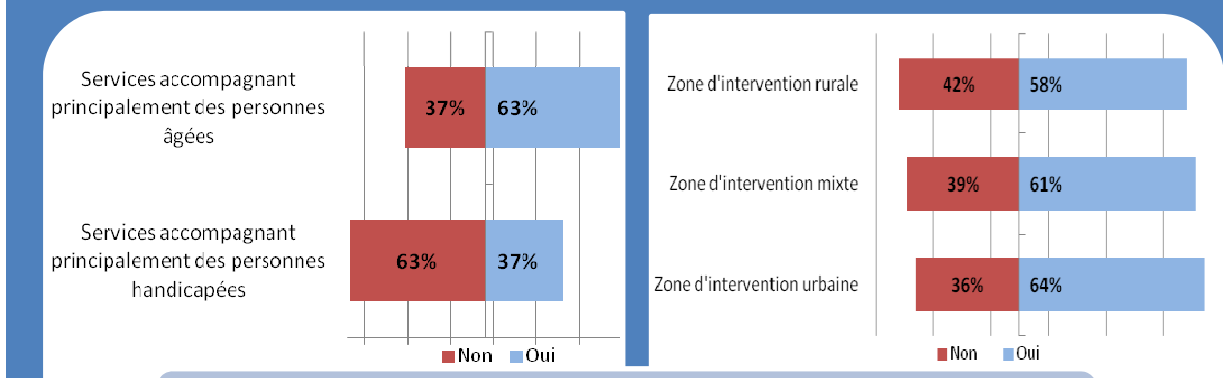
Sur les 10 dernières admissions, 57% des services ont réalisé systématiquement une évaluation des risques liés à l'état de santé des usagers (chutes, troubles alimentaires, troubles de la déglutition, escarres, douleur, troubles de l'humeur et du comportement) et 58% une évaluation des besoins en soins de l'utilisateur³² :

- Ces chiffres passent respectivement à 78% et 96% pour les SSIAD, et 79% et 94% pour les SAMSAH.
- Du fait d'être des services non médicalisés, les SAVS ou les SAAD-SAD n'ont pas systématiquement considéré qu'ils évaluaient la santé des personnes³³. Pour autant, cela ne veut pas dire que ces services se désintéressent systématiquement de la santé des personnes accompagnées. Ils peuvent accompagner les usagers dans une démarche de soins, participer à l'éducation pour la santé, développer des liens avec des structures sanitaires, avoir un suivi régulier avec le médecin traitant de la personne, apporter une appréciation sur l'état général de la personne, etc.³⁴

³² Ces deux évaluations sont faites conjointement par 45% des services.

³³ Sur les 10 dernières admissions, 54% des SAVS et 48% des SAAD-SAD disent ne pas évaluer systématiquement les risques liés à l'état de santé ou n'ont pas répondu à la question, et 32% des SAVS et 56% des SAAD-SAD disent ne pas évaluer systématiquement les besoins en soins ou n'ont pas répondu à la question.

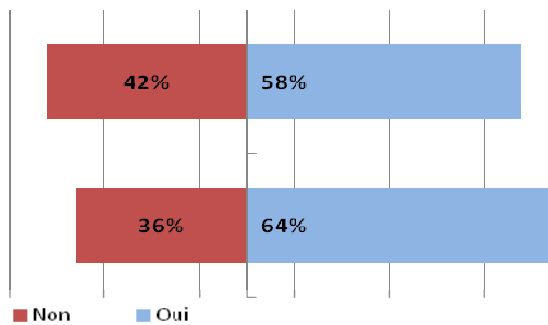
³⁴ Anesm. *Appel à contributions « Besoins en santé des personnes handicapées »*. Rapport d'analyse. Saint-Denis : Anesm, 2012.



Graphique 12 : Proportion de services disposant d'une procédure d'alerte permettant de prévenir et gérer les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes en fonction du public, du niveau de dépendance, et de la zone d'intervention

Services dont moins de 3 usagers sur 4 cumulent des besoins d'accompagnement importants dans les actes de la vie quotidienne et dans l'expression de leurs besoins et attentes, et la relation à autrui

Services dont plus de 3 usagers sur 4 cumulent des besoins d'accompagnement importants dans les actes de la vie quotidienne et dans l'expression de leurs besoins et attentes, et la relation à autrui



Clé de lecture: 63% des services accompagnant principalement des personnes âgées disposent d'une procédure d'alerte permettant de prévenir et de gérer les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes.

Source : Enquête Anesm 2013, Entre 3476 et 3779 répondants

Recommandation

Le service met en place des protocoles de prévention concernant les risques liés à la situation de vulnérabilité des usagers qui peuvent être la conséquence de facteurs environnementaux ou liés à l'utilisateur lui-même, à son comportement, celui de son entourage ou celui des professionnels intervenant au domicile : chutes, troubles alimentaires, escarres, hygiène, dépression, isolement social, douleur, troubles de l'humeur et du comportement (Anesm. L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes. Saint-Denis : Anesm, 2012).

Les dispositifs de prévention et de gestion des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes sont principalement mis en place dans les services accompagnant principalement des personnes âgées.

61% des services disposent d'une procédure d'alerte permettant de prévenir et gérer les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes (par exemple : risques de chute, troubles alimentaires, dépression, risques liés aux postures, etc.) :

- Ce type de dispositif est plus souvent mis en place par les services accompagnant principalement des personnes âgées : 63% des services pour personnes âgées disent disposer de ce type de procédure contre 37% des services pour personnes handicapées.
- Ce type de dispositif est plus souvent mis en place lorsque le service est certifié, en particulier lorsqu'il a fait le choix d'une autre certification (exemple : certification ISO) qu'une certification de service³⁵.
- Ce type de dispositif est plus souvent mis en place par les services accompagnant majoritairement des personnes « fortement dépendantes »³⁶ :
 - o 64% de ces services ont mis en place un dispositif d'alerte (contre 58% des services qui n'accompagnent pas majoritairement un public « fortement dépendant »³⁷) ;
 - o 66% des services accompagnant majoritairement des personnes âgées « fortement dépendantes »³⁸ et 45% des services accompagnant majoritairement des personnes handicapées « fortement dépendantes »³⁹ ont mis en place un dispositif d'alerte.
- Ce type de dispositif est plus souvent mis en place lorsque le service intervient en zone urbaine (64%) qu'en zone rurale (58%).

³⁵ 58% des services non certifiés ont mis en place un dispositif d'alerte contre 69% des services avec une certification de service et 74% des services qui ont fait le choix d'une autre certification.

³⁶ Services ayant déclaré « accompagner plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement importants dans la vie quotidienne et dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui ».

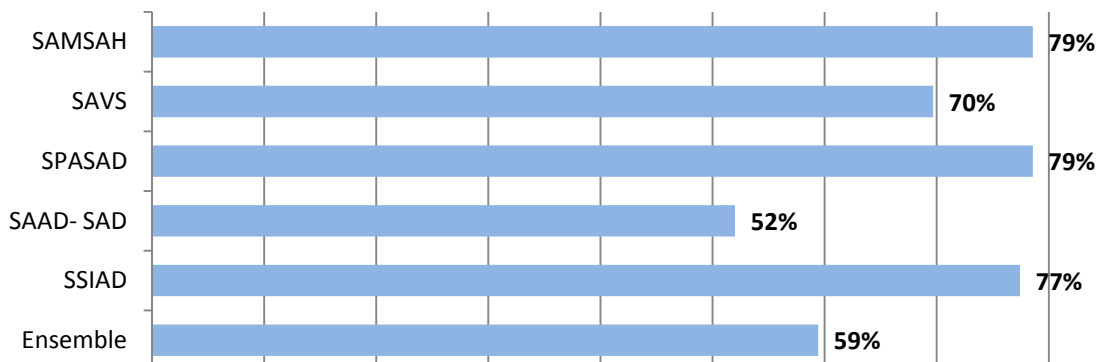
³⁷ Services ayant déclaré « accompagner plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement importants dans la vie quotidienne et dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui ».

³⁸ Services ayant déclaré « accompagner plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement importants dans la vie quotidienne et dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui ».

³⁹ Services ayant déclaré « accompagner plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement importants dans la vie quotidienne et dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui ».

L'évaluation des capacités décisionnelles et fonctionnelles :

Graphique 13 : Services ayant systématiquement réalisé une évaluation des capacités décisionnelles et fonctionnelles de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions en fonction du type de service



Clé de lecture: 79% des SAMSAH ont systématiquement réalisé une évaluation des capacités décisionnelles et fonctionnelles de l'utilisateur lors des 10 dernières admissions.

Source : Enquête Anesm 2013, 3482 répondants

Recommandation

Dans le cadre de la démarche d'évaluation interne il est recommandé que le service porte une appréciation sur les actions mises en place et leurs effets concernant l'autonomie décisionnelle (respect du choix, aide à la décision, etc.) et fonctionnelle (aide au déplacement, pour se laver, se nourrir, etc.) de la personne (Anesm. L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes. Saint-Denis : Anesm, 2012)

L'évaluation des capacités fonctionnelles et décisionnelles est moins systématique dans les SAAD-SAD.

Sur les 10 dernières admissions, 59% des services ont réalisé systématiquement une évaluation des capacités décisionnelles et fonctionnelles de l'utilisateur. Sur les 10 dernières admissions, cette évaluation a été moins systématiquement réalisée par les SAAD-SAD (52%) que par les SAMSAH (79%), les SAVS (70%), les SPASAD (79%) ou les SSIAD (77%).

2.2.3 Volet soins – La dimension psychique

Concernant les personnes âgées, la prévalence de la dépression concerne environ 15% des individus de plus de 65 ans, alors que 3% présentent une dépression majeure. La moitié des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées souffre de manifestations dépressives ou anxieuses. Par ailleurs, des corrélations ont été établies entre le risque de dépression et certaines maladies, en particulier les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies neuro-dégénératives, les douleurs chroniques. La prise de certains médicaments, en particulier ceux à visée cardiovasculaires ou certains psychotropes, est également un facteur pouvant favoriser ou entretenir un état dépressif⁴⁰. L'enquête DRESS sur les suicides en France en 2006, évalue leur nombre à 10 400. Plus de 3 000 de ces suicides surviennent chez les personnes de plus de 60 ans et environ 2 000 ont lieu à domicile⁴¹. Le suicide est plus particulièrement prégnant chez les hommes et en particulier ceux de plus de 85 ans⁴².

Concernant les personnes handicapées, plusieurs facteurs sont susceptibles de générer des souffrances psychiques : « sentiment d'être différent, d'être discriminé, [...] altération de l'image de soi ; sentiment d'isolement (notamment isolement sensoriel pour les personnes atteintes de surdi-cécité) mais aussi de solitude ; la difficulté de mettre du sens sur les événements et à s'exprimer ; la frustration des personnes ne pouvant agir comme elles le souhaiteraient sur leur propre corps et sur leur environnement, notamment pour celles ayant besoin de l'aide d'un tiers dans les gestes de la vie quotidienne ou pour celles ne pouvant plus agir comme elles faisaient avant la survenue du handicap ; la perte ou à la dégradation des potentialités ; la difficulté d'endurer des expériences répétées d'inconfort et de douleur physique ; la culpabilité parfois ressentie face à la souffrance familiale et à l'épuisement des aidants ; les nombreuses ruptures affectives liées à la multiplicité des interventions d'aidants professionnels des différentes structures accompagnantes, d'une part, l'éloignement ou au décès éventuel des proches, d'autre part, etc. »⁴³.

⁴⁰ Anesm. *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, Repérage, Accompagnement. Lettre de cadrage*. Saint Denis : Anesm, 2013.

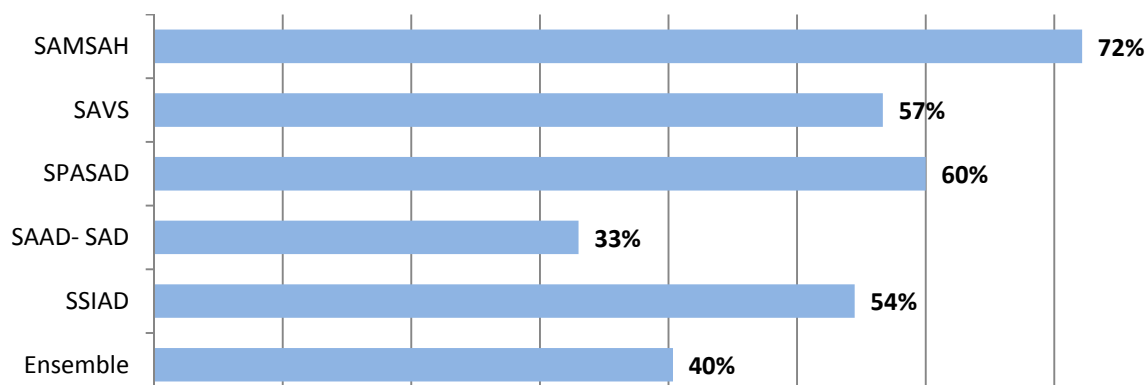
⁴¹ DREES. La mortalité par suicide en France en 2006. *Etudes et Résultats*, septembre 2009, n°702.

⁴² DREES. La mortalité par suicide en France en 2006. *Etudes et Résultats*, septembre 2009, n°702.

⁴³ Anesm. *Accompagnement à la santé de la personne handicapée*. Saint-Denis : Anesm, 2013.

Le repérage et la prévention des risques de souffrance psychique

Graphique 14 : Services ayant systématiquement réalisé une évaluation des risques psychosociaux de l'usager lors des 10 dernières admissions en fonction du type de service



Clé de lecture: 72% des SAMSAH ont systématiquement réalisé une évaluation des risques psychosociaux de l'usager lors des 10 dernières admissions.

Source : Enquête Anesm 2013, 3436 répondants

Recommandation

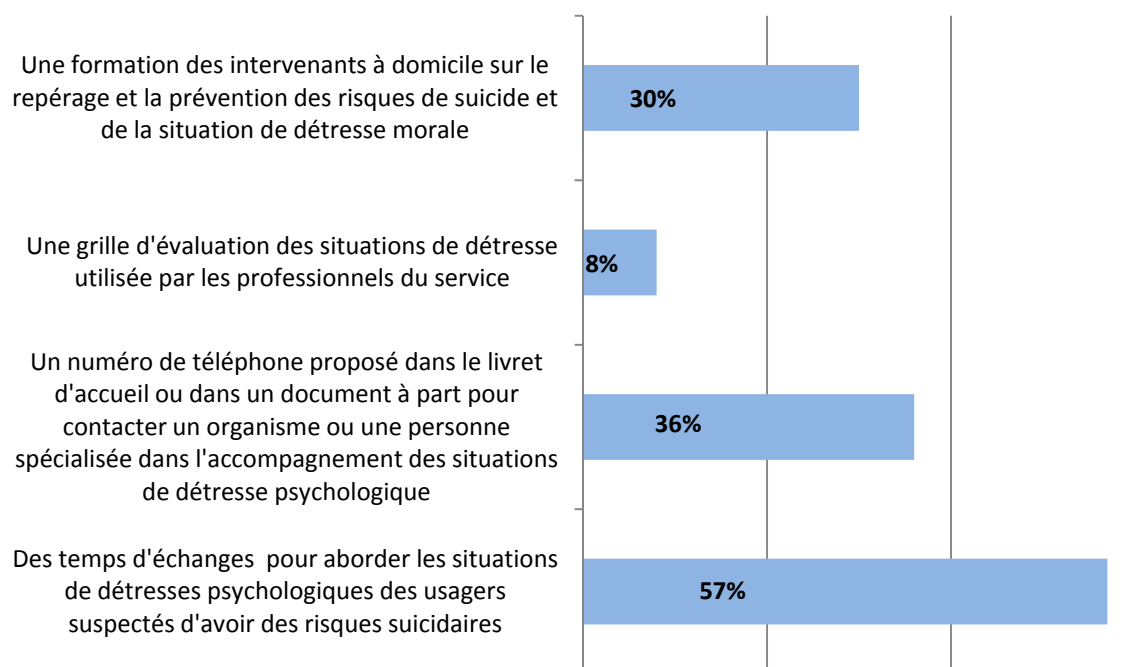
Il est recommandé de promouvoir une démarche d'évaluation en équipe de la souffrance psychique au sein des services (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013 ; Anesm. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, repérage accompagnement. Saint-Denis : Anesm, 2014)

L'évaluation des risques de souffrance psychique n'est pas une priorité des services à domicile.

Sur les 10 dernières admissions, seulement 40% des services ont réalisé systématiquement une évaluation des risques de dépression, suicidaire ou d'isolement :

- sur les 10 dernières admissions 57% des services médicalisés (SAMSAH, SSIAD, SPASAD) ont réalisé systématiquement cette évaluation contre 33% des SAAD-SAD ;
- sur les 10 dernières admissions, 57% des services pour personnes handicapées ont réalisé cette évaluation contre 39% des services pour personnes âgées.

Graphique 15 : Pour repérer et prévenir les situations de détresse psychologique et de risque suicidaire, les services ont mis en place :



Clé de lecture : 30% des structures déclarent que leurs intervenants à domicile ont suivi une formation sur le repérage et la prévention des risques de suicide et de la situation de détresse morale.

Source : Enquête Anesm 2013, 3755 répondants

Recommandation

Il est recommandé de sensibiliser tous les professionnels au repérage et à la prévention des situations de souffrance psychique et de former les professionnels aux outils de repérage de la souffrance psychique utilisés dans la structure, notamment les grilles d'évaluation des situations de détresse psychique (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013 ; Anesm. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, repérage accompagnement. Saint-Denis : Anesm, 2014).

Ce faible taux d'évaluation des risques de dépression, suicide ou d'isolement (40%) trouve notamment une part d'explication dans le manque d'intervenants formés au repérage et à la prévention des risques de suicide et de détresse morale (seulement 30% des services forment leurs intervenants à ces problématiques) et l'absence de formalisation d'outils (seulement 8% des services disposent d'une grille d'évaluation des situations de détresse).

Il n'existe pas de différence majeure entre les catégories de service à l'exception de :

- la formation du personnel entre les SAMSAH (37%) et les SSIAD (22%) ;
- la formalisation d'une grille entre les SPASAD (11%), les SAD agréés (10%) et les SAVS (4%).

Recommandations

Il est recommandé de proposer dans le livret d'accueil ou dans un document dédié un numéro de téléphone pour contacter un organisme (SOS amitié, SOS psychiatrie, ALMA France...) ou une personne spécialisée dans l'accompagnement des situations de détresse psychologique (psychologue, psychiatre...) (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013 ; Anesm. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, repérage accompagnement. Saint-Denis : Anesm, 2014).

Seulement 37% des services proposent un numéro de téléphone dans le livret d'accueil ou dans un document à part pour contacter un organisme ou une personne spécialisée dans l'accompagnement des situations de détresse psychologique.

Les services mettant le plus souvent en place cette pratique sont les SAAD agréés (46%), ceux la mettant le moins souvent en place sont les SSIAD (17%).

Recommandation

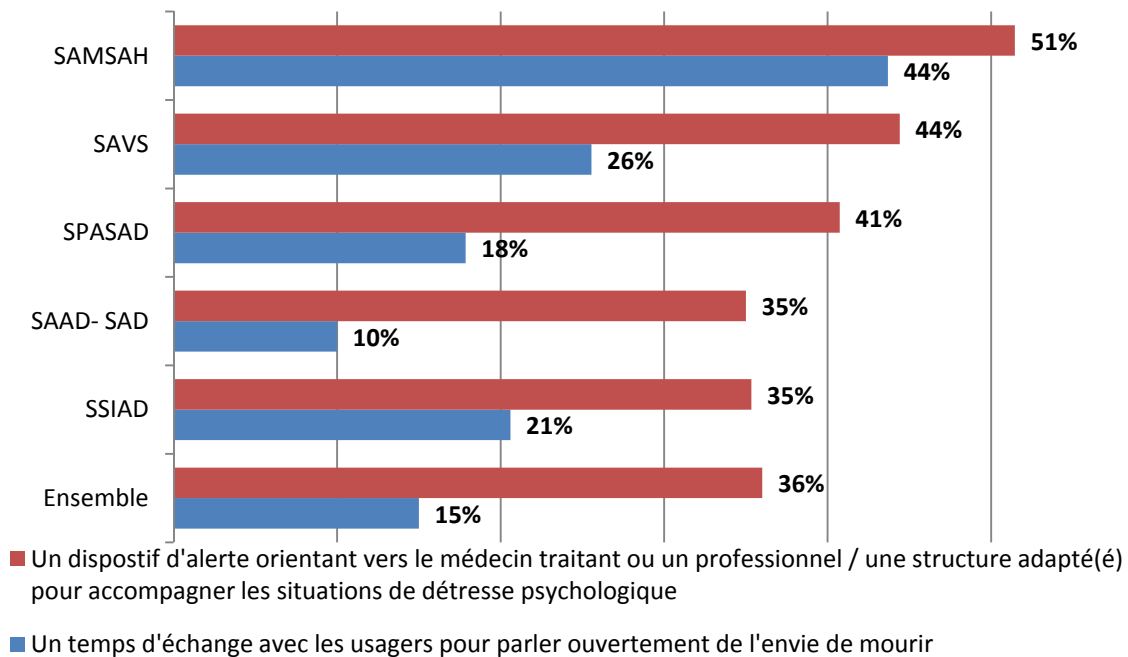
Il est recommandé de mettre en place des temps d'échanges entre professionnels pour aborder les situations de souffrance psychique constatées ou suspectées (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013 ; Anesm. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, repérage accompagnement. Saint-Denis : Anesm, 2014).

Seulement 57% des services mettent en place des temps d'échange pour aborder les situations de détresse psychologique des usagers suspectés d'avoir des risques suicidaires.

Ces temps d'échanges pour aborder les situations de détresse psychologique existent plus souvent dans les services accompagnant principalement des personnes handicapées (78%) que des personnes âgées (54%). Cela peut notamment s'expliquer par l'organisation de ces services qui mettent plus souvent en place des réunions de suivi individuel des usagers⁴⁴.

⁴⁴ 47% des services accompagnant des personnes handicapées font des réunions de suivi individuel des usagers au moins une fois par semaine alors que les services accompagnant des personnes âgées ne sont que 17% à le faire.

Graphique 16 : pour repérer et prévenir les situations de détresse psychologique et de risque suicidaire, les services ont mis en place :



Clé de lecture: 51% des SAMSAH ont mis en place un dispositif d'alerte vers le médecin traitant ou un professionnel/une structure adapté(e) pour accompagner les situations de détresse psychologique.

Source : Enquête Anesm 2013, 3778 répondants

Recommandation

Il est recommandé d'organiser des temps d'écoute et d'échange entre la personne en détresse psychologique et un professionnel ou un bénévole en qui la personne a confiance, ayant été formé à cette problématique (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013)

Seulement 15% des services proposent un temps d'échange avec l'utilisateur pour parler ouvertement de leur envie de mourir.

Les services étant plus susceptibles de se munir de psychologues ou de psychiatres proposent plus souvent des temps d'échange avec l'utilisateur pour parler ouvertement de l'envie de mourir : 44% de SAMSAH, 26% de SAVS, 21% de SSIAD.

Les SAAD-SAD sont moins bien dotés pour proposer ce type d'échange qui demande des compétences spécifiques pour les mener à bien. Ainsi, moins de 10% le proposent.

Il est recommandé de formaliser une procédure permettant d'orienter les personnes vers un professionnel compétent ou une structure adaptée pour accompagner les situations de détresse psychique. (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013)

Il est recommandé de développer si nécessaire des partenariats avec des établissements et services psychiatriques ou avec des psychologues/psychiatres libéraux (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013)

Seuls 36% des services ont mis en place un dispositif d'alerte orientant vers le médecin traitant, une structure ou un professionnel adapté(e) pour accompagner les situations de détresse psychologique.

- Les services pour personnes handicapées (43%) mettent plus souvent en place un dispositif d'alerte orientant vers le médecin traitant, une structure ou un professionnel adapté(e) que les services pour personnes âgées (37%).
- Les SAAD-SAD sont les services qui mettent le moins souvent en place ce dispositif (35%).

2.2.4 Volet vie sociale - Les proches

Dans le secteur des personnes handicapées, les aidants familiaux sont définis comme « le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle le bénéficiaire a conclu un pacte civil de solidarité, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du bénéficiaire ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple, qui apportent l'aide humaine définie en application des dispositions de l'article L. 245-3 du présent code et qui n'est pas salarié pour cette aide »⁴⁵.

Dans le secteur des personnes âgées, les aidants non professionnels peuvent être défini comme étant « des membres de la famille, des voisins ou d'autres personnes qui prêtent des soins et font de l'accompagnement aux personnes dépendantes de façon régulière sans avoir le bénéfice d'un statut professionnel leur conférant les droits et les obligations liés à un tel statut »⁴⁶.

Quel que soit le public, on peut différencier les aidants non professionnels représentants légaux d'une personne majeure protégée de ceux qui ne le sont pas dans la mesure où chacun ne bénéficie pas du même pouvoir de décision⁴⁷.

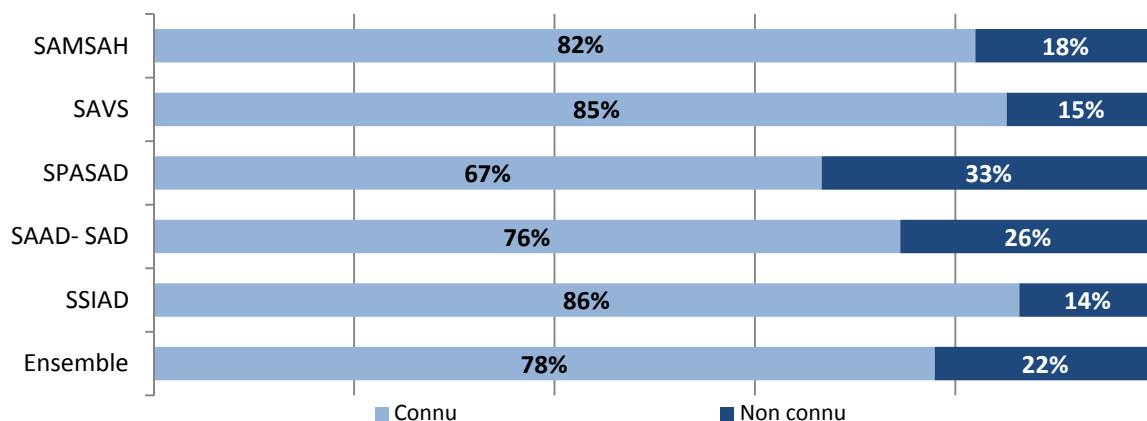
⁴⁵ Décret n°2005-1588 du 19 décembre 2005 relatif à la prestation de compensation à domicile pour les personnes handicapées et modifiant le Code de l'action sociale et le Code de la sécurité sociale.

⁴⁶ Recommandation n° R(98)9 du comité des ministres aux états membres relative à la dépendance.

⁴⁷ Anesm. *Accompagnement des aidants non professionnels de personne âgée dépendante, de personne adulte handicapée ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile*. Lettre de cadrage. Saint-Denis : Anesm. Recommandation en cours d'élaboration.

L'identification des proche

Graphique 17 : Proportion de services connaissant ou non la part d'usagers n'ayant eu aucun contact avec leur famille, des amis ou des bénévoles au cours des 3 mois précédant l'enquête



Clé de lecture: Au moment de l'enquête, 82% des SAMSAH connaissaient la part d'usagers n'ayant eu aucun contact avec leur famille, des amis ou des bénévoles au cours des 3 mois précédant l'enquête.

Source : Enquête Anesm 2013, 3654 répondants

Graphique 18 : Proportion de services qui, lorsque l'utilisateur a des proches, lui demandent quelle place il souhaite leur accorder dans son accompagnement



Clé de lecture: Lorsque l'utilisateur a des proches, 94% des SAMSAH lui demandent quelle place il souhaite leur accorder au sein de son accompagnement.

Source : Enquête Anesm 2013, 3655 répondants

Recommandations

Il est recommandé de créer un environnement qui prend en compte l'entourage et entend sa propre analyse sur la situation de l'utilisateur en complémentarité des autres analyses. Dans ce cadre, les professionnels entendent et comprennent les demandes et besoins des proches pour instaurer des solutions de prise en charge pérennes et respectueuses des équilibres familiaux.

(Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013 / Anesm. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Saint-Denis : Anesm, 2008).

L'Anesm propose comme exemple d'indicateur de suivi afin d'interroger les effets des actions pour les usagers le « taux d'usagers isolés » (Anesm. L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes. Saint-Denis : Anesm, 2012).

Tous les services ne sont pas en mesure d'identifier le rôle des proches dans l'accompagnement de la personne et le degré d'isolement des personnes accompagnées.

22% des services déclarent ne pas savoir si la personne accompagnée a eu des visites, des contacts avec la famille, les amis ou des bénévoles au cours des trois derniers mois :

- Les SAAD-SAD, et plus particulièrement les SAAD autorisés (33%) et les SPASAD (33%), connaissent moins bien que les autres services la proportion d'usagers isolés⁴⁸.

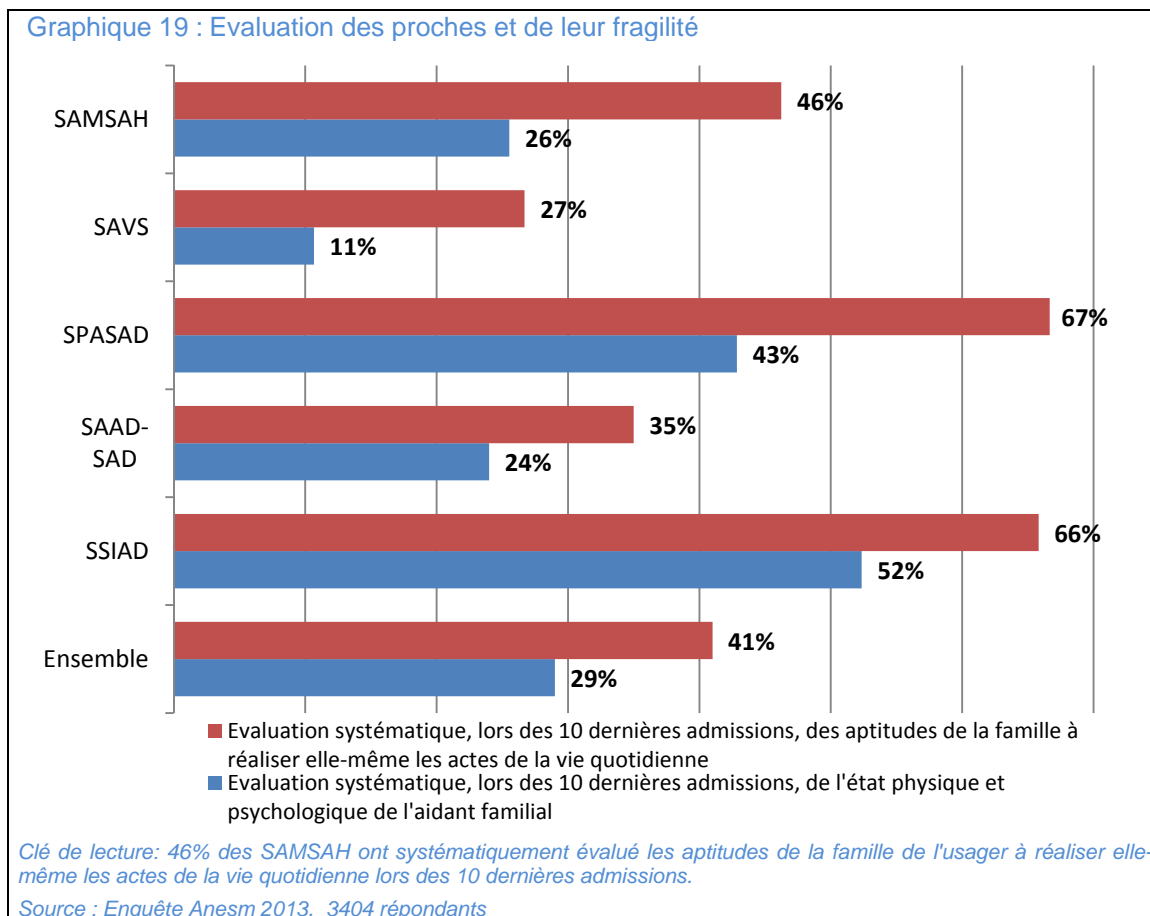
Recommandations

Il convient de distinguer les proches « autorisés » par la personne (et/ou son représentant légal) à partager les informations la concernant (en particulier lorsqu'il s'agit d'informations liées à la santé) et ceux « non autorisés » bien que susceptibles d'être impliqués dans l'accompagnement (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013 / Anesm. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Saint-Denis : Anesm, 2008).

83% des services disent demander aux usagers, la place qu'ils souhaitent donner aux proches dans leur accompagnement.

Bien qu'il y ait peu de différence entre les services, cette pratique est plus souvent mise en place pour les SAMSAH (94%) et les SAVS (93%) que pour les SAAD-SAD (82%) ou les SSIAD (81%).

⁴⁸ 33% des SAAD autorisés et 33% des SPASAD ne connaissent pas la proportion d'usagers qui n'a connu ni visite, ni contact avec les familles, les amis ou les bénévoles au cours des trois derniers mois (contre 23% des SAD agréés, 14% des SSIAD, 18% des SAMSAH et 15% des SAVS).



Recommandation

La HAS préconise une évaluation de la souffrance des aidants dans le maintien à domicile des personnes dépendantes et d'apporter une réponse à leurs besoins (HAS, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. Saint-Denis : HAS, 2010 / Guide du parcours de soins. Maladie de Parkinson. Saint-Denis : HAS, 2012 / L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Saint-Denis : Anaes, 2004 ; Anesm. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, repérage accompagnement. Saint-Denis : Anesm, 2014).

L'évaluation des potentialités et des besoins des proches aidants n'est pas une priorité pour la majorité des services.

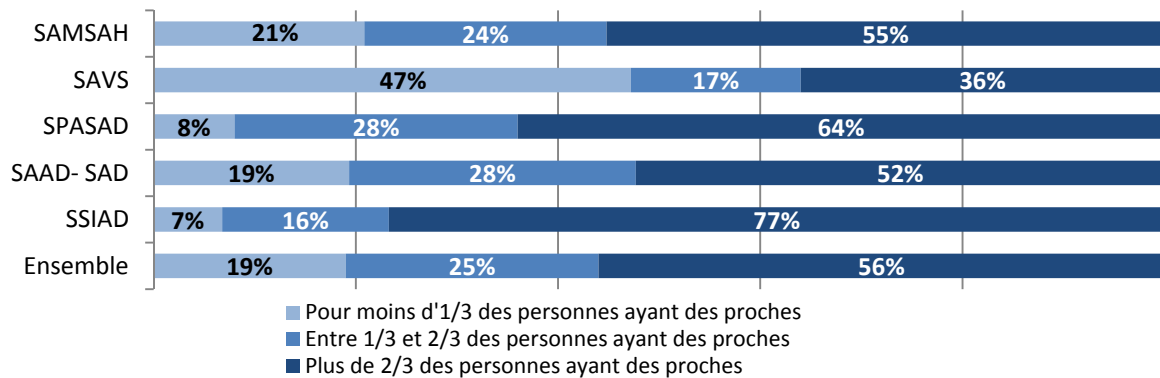
Sur les 10 dernières admissions, 41% des services ont réalisé systématiquement une évaluation des aptitudes de la famille à réaliser elle-même les actes de la vie quotidienne et seulement 29% des services ont réalisé systématiquement une évaluation de l'état physique et psychologique de l'aidant :

- La reconnaissance du rôle des proches (passant notamment par l'évaluation de leurs aptitudes) et de leurs difficultés est plus importante pour les services médicalisés accompagnant des personnes âgées :

- sur les 10 dernières admissions, l'évaluation des aptitudes a été faite systématiquement par 66% des SSIAD et 67% des SPASAD (contre 27% des SAVS, 35% des SAAD-SAD et 46% des SAMSAH).
- sur les 10 dernières admissions, l'évaluation de l'état de l'aidant a été faite systématiquement par 52% des SSIAD et 43% des SPASAD (contre 11% des SAVS, 24% des SAAD-SAD et 26% des SAMSAH).

Les relations avec les proches

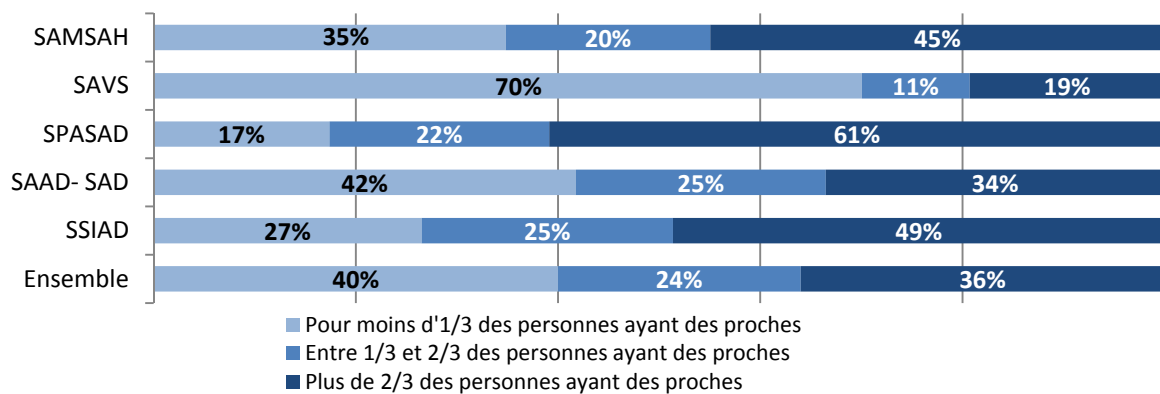
Graphique 20 : Sollicitation de l'avis des proches sur le bien être de l'utilisateur (lorsque le service entretient des relations régulières avec les proches)



Clé de lecture: 55% des SAMSAH sollicitent l'avis des proches sur le bien être de l'utilisateur pour plus de 2/3 d'entre eux (lorsque le service entretient des relations régulières avec les proches...)

Source : Enquête Anesm 2013, 3442 répondants

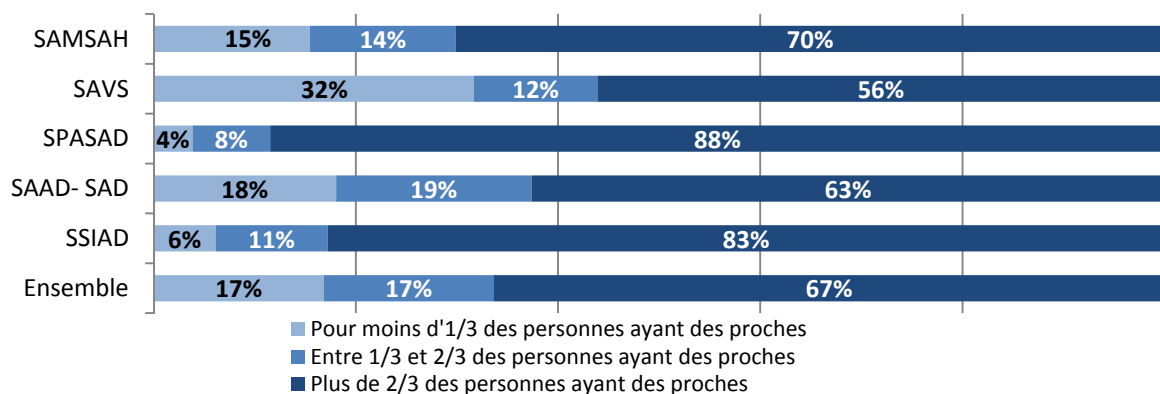
Graphique 21 : Information des proches sur la maladie de l'utilisateur, les formations qui leur sont proposées et les espaces d'information où ils peuvent se rendre (lorsque le service entretient des relations régulières avec les proches)



Clé de lecture: 45% des SAMSAH informent les proches de plus des 2/3 de leurs usagers (ayant des proches) sur la maladie, les formations qui leur sont proposées et sur les espaces d'information où ils peuvent se rendre (lorsque le service entretient des relations avec les proches de l'utilisateur).

Source : Enquête Anesm 2013, 3183 répondants

Graphique 22 : Information des proches sur le professionnel du service à contacter et explication de son rôle dans le passage des informations



Clé de lecture: 70% des SAMSAH informent les proches sur le professionnel du service à contacter et expliquent son rôle dans le passage des informations

Source : Enquête Anesm 2013, 3755 répondants

Les proches peuvent être un soutien affectif et une ressource. Leur connaissance de l'utilisateur, de son histoire, de son vécu et de son contexte familial apporte un regard qui leur est propre. En échangeant avec les professionnels leurs observations, leur compréhension de l'utilisateur et leurs difficultés, les proches jouent un rôle dans l'accompagnement de l'utilisateur tout aussi légitime que celui des intervenants. Les proches font également parties des acteurs qui participent à l'accompagnement de l'utilisateur. Leur aide peut prendre plusieurs formes : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, soutien psychologique, activités domestiques, etc. Leurs difficultés et leurs risques d'usure dépendent du type de pathologie de la personne aidée, des configurations d'aide (seul, avec un entourage, etc.) ou de la situation du proche (retraité, avec un emploi, au chômage, etc.). Accompagner et soutenir les proches participent à une démarche de bientraitance et d'amélioration de la qualité de vie des usagers (Anesm. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Saint-Denis : Anesm, 2008).

L'implication des proches dans le projet personnalisé et la reconnaissance de son rôle d'aidant est plus complexe à prendre en compte dans les SAVS.

Pour plus de 2/3 des personnes ayant des proches :

- 56% des services sollicitent l'avis des proches sur le bien-être de l'utilisateur. Il s'agit le plus souvent des SSIAD (77%) et des SPASAD (64%).
- 36% des services informent les proches sur la maladie, les formations qui leur sont proposées et les espaces d'information où ils peuvent se rendre. Il s'agit le plus souvent des services disposant de professionnels de santé et ayant des missions de coordination (61% des SPASAD, 49% des SSIAD et 45% des SAMSAH).
- 67% informent les proches sur le professionnel du service à contacter et expliquent son rôle dans le passage des informations entre les intervenants du service. Il s'agit le plus souvent de services qui ont des missions de coordination (88% des SPASAD, 83% des SSIAD et 70% des SAMSAH).

Dans le secteur du handicap, plus particulièrement pour les SAVS et dans une moindre mesure les SAMSAH, la figure du proche est teintée d'ambivalence. Les SAVS déploient des pratiques d'identification des proches⁴⁹ et de leur place dans l'accompagnement que l'utilisateur souhaite leur donner⁵⁰. Dans ce sens, ils sont vigilants à maintenir l'utilisateur comme acteur de son accompagnement. Cependant, les SAVS sont moins nombreux :

- A reconnaître le rôle des proches et leurs difficultés :
 - sur les 10 dernières admissions, seulement 27% des SAVS ont réalisé systématiquement une évaluation des aptitudes de la famille à réaliser elle-même les actes de la vie quotidienne (contre 46% de SAMSAH, 35% des SAAD-SAD, 66% des SSIAD et 68% des SPASAD).
 - Sur les 10 dernières admissions, seulement 11% des SAVS ont réalisé systématiquement une évaluation de l'état physique et psychologique de l'aidant (contre 25,5% des SAMSAH, 44% des SPASAD, 23% des SAAD-SAD, 52% des SSIAD).
- A leur apporter un soutien dans leur recherche d'information ou à solliciter leur point de vue (sans nécessairement les rendre décisionnaires) :
 - seulement 23% des SAVS ont associé les usagers ET leurs proches à l'élaboration du projet personnalisé pour plus de 2/3 des usagers en ayant un (contre 38% des SAMSAH et 50% des services pour personnes âgées).
 - Seulement 36% des SAVS sollicitent l'avis des proches sur le bien être de l'utilisateur pour plus de 2/3 des personnes ayant des proches (contre 55% des SAMSAH et 59% des services pour personnes âgées).

⁴⁹ 85% des SAVS connaissent la proportion d'utilisateurs isolés.

⁵⁰ 93% des SAVS demandent à l'utilisateur la place qu'ils souhaitent donner aux proches.

- Seulement 19% des SAVS informent les proches sur la maladie, sur les formations qui leur sont proposées et sur les espaces d'information où ils peuvent se rendre pour plus de 2/3 des personnes ayant des proches (contre 45% de SAMSAH et 37% des services pour personnes âgées).
- Seulement 56% des SAVS informent les proches sur le professionnel du service à contacter et expliquent son rôle dans le passage des informations entre les intervenants du service pour plus de 2/3 des personnes ayant des proches (contre 70% des SAMSAH et 69% des services pour personnes âgées).
- Seulement 21% des SAVS ont formé leur professionnel au cours des 3 dernières années aux relations avec les proches (contre 34% des SAMSAH et 29% des services pour personnes âgées).

Cette place que les services donnent à l'aidant (et plus particulièrement les SAVS) et la difficulté de reconnaître son rôle de personne ressource, son implication, ses contraintes et ses besoins sont également pointés dans les enquêtes sur les services à domicile, en particulier celles concernant le secteur du handicap⁵¹.

Cependant, ces difficultés sont à nuancer dans la mesure où certains usagers sont isolés, ou ne souhaitent pas que leurs proches participent à leur accompagnement. En outre, certains proches ne souhaitent pas participer à l'accompagnement de la personne aidée.

Les SAVS ayant une association de famille comme organisme gestionnaire (UNAPEI, APF, UNAFTC, UNAFAM) prennent mieux en compte les proches dans l'accompagnement de la personne :

- sur les 10 dernières admissions, 30% des SAVS appartenant à une association de famille ont réalisé systématiquement une évaluation des aptitudes de la famille à réaliser elle-même les actes de la vie quotidienne (contre 24% des autres SAVS).
- Sur les 10 dernières admissions, 13% des SAVS appartenant à une association de famille ont réalisé systématiquement une évaluation de l'état physique et psychologique de l'aidant (contre 9% des autres SAVS).
- 29% des SAVS appartenant à une association de famille ont associé les usagers ET leurs proches à l'élaboration du projet personnalisé pour plus de 2/3 des usagers en ayant un (contre 19% des autres SAVS).
- Sur les 10 dernières admissions, 34% des SAVS appartenant à une association de famille ont recueilli systématiquement les attentes des proches (contre 25% des autres SAVS).
- 29% des SAVS informent les proches sur la maladie, sur les formations qui leur sont proposées et sur les espaces d'informations où ils peuvent se rendre pour plus de 2/3 des personnes ayant des proches (contre 16% des autres SAVS).

⁵¹ Notamment BLONDEL, F., DELZESCAUX, S., FERMON, B. *Mesure de la qualité et qualité de la mesure de l'aide au domicile : Construction des points de vue sur la qualité de l'aide à domicile*. Paris : Légos, 2012 ; LAMY, C., GILIBERT, C., et al. *Les besoins et attentes des aidants familiaux de personnes handicapées vivant à domicile*. Lyon : CREA Rhône-Alpes, 2009 ; Haute Autorité de Santé. *Accès aux soins des personnes en situation de handicap. Rapport de la commission d'audition*. Saint-Denis : Haute Autorité de Santé, 2009.

2.3 Les acteurs participant à sa co-construction

2.3.1 Les usagers et leurs proches

L'implication des usagers au moment de la phase d'admission

Recommandation

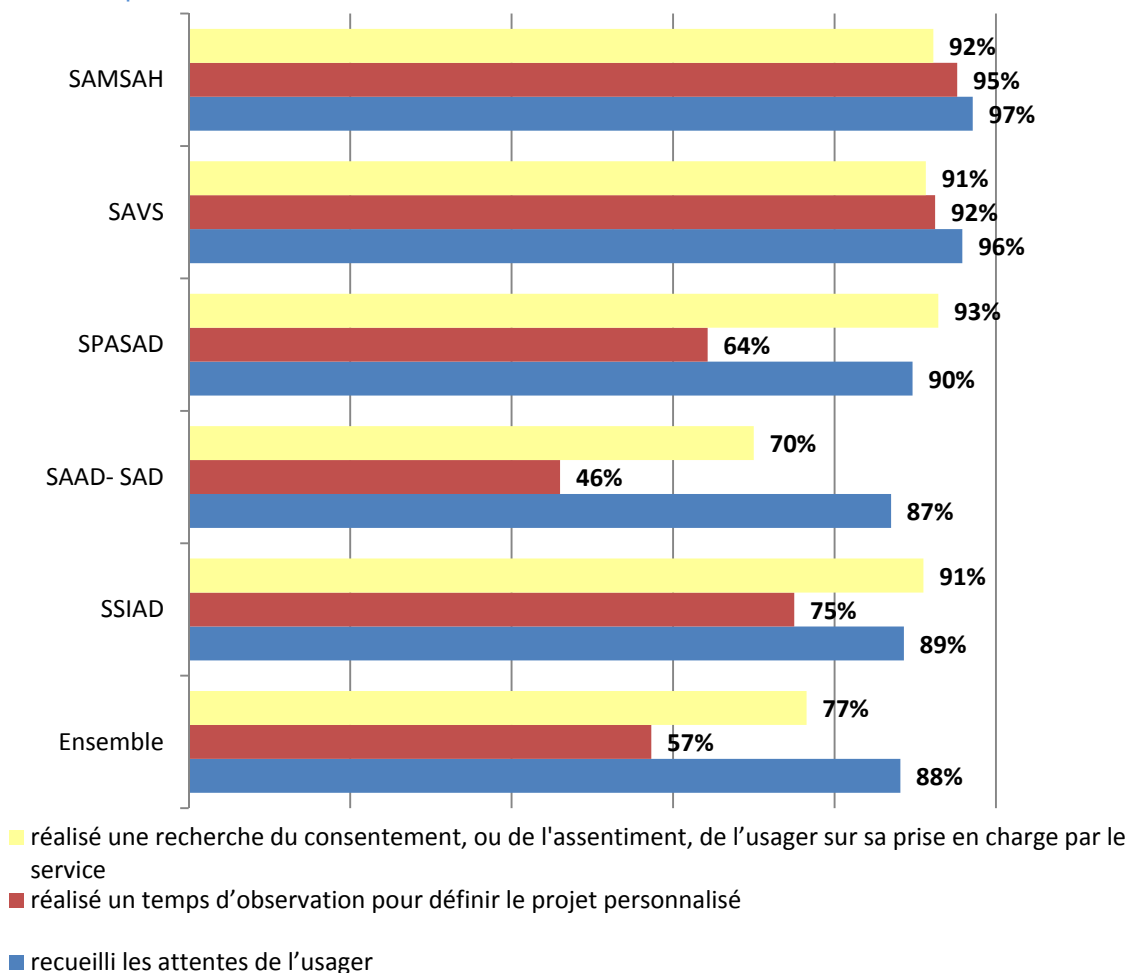
La formalisation et la signature du document individuel de prise en charge (DIPC dont la signature par l'utilisateur n'est pas obligatoire) sont des occasions d'éclairer les usagers et leurs proches sur toutes les modalités de fonctionnement du service et d'instaurer une relation claire en termes de droits et d'obligations réciproques » (cf. Anesm. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Saint-Denis : Anesm, 2008).

Dans la grande majorité des services, le DIPC est présenté à l'utilisateur et signé par l'utilisateur

Sur les 10 dernières admissions, 88% des services ont systématiquement présenté le DIPC ou contrat de prestation. Sur les 10 dernières admissions, ils ont systématiquement été signés dans 81% des services. Il n'y a pas de différence majeure selon les différents types de service.

La signature du DIPC n'est pas une obligation et celle-ci n'a de sens que si elle est faite dans un cadre d'échange et de formalisation d'un accord éclairé.

Graphique 23 : sur les 10 dernières admissions ayant déjà donné lieu à une visite au domicile, pour combien de personnes votre service a-t-il :



Clé de lecture: 92% des S.A.M.S.A.H ont systématiquement réalisé une recherche du consentement, ou de l'assentiment, de l'utilisateur sur sa prise en charge par le service au cours des 10 dernières admissions

Source : Enquête Anesm 2013, 3744 répondants

Recommandation

Le projet personnalisé est co-élaboré avec la personne elle-même, son représentant légal, la personne de confiance (si elle a été désignée et qu'il s'agit du volet soins) et, le cas échéant, ses proches (Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008 / Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013).

Les usagers sont fortement impliqués dans leur projet personnalisé au moment de l'admission par la grande majorité des services

Sur les 10 dernières admissions, 88% des services ont recueilli systématiquement les attentes de l'utilisateur et 77% des services ont recherché systématiquement le consentement, ou l'assentiment, de l'utilisateur sur sa prise en charge par le service :

- sur les 10 dernières admissions, le consentement ou l'assentiment de l'utilisateur a été systématiquement demandé pour plus de 90% des différentes catégories de services à l'exception des SAAD-SAD qui ne l'ont fait systématiquement que pour 70% d'entre eux.
- Le recueil des attentes des usagers est une pratique incontournable des SAMSAH et des SAVS (Sur les 10 dernières admissions 97% des SAMSAH et 96% des SAVS ont systématiquement recueilli les attentes de l'utilisateur) ce qui est moins le cas pour les autres services (87%).

Au niveau du recueil des attentes des usagers et de la recherche de consentement ou d'assentiment, l'enquête ne permet pas d'observer de différence majeure entre les services accompagnant majoritairement des personnes avec des difficultés d'expression⁵² et les autres services.

Par ailleurs, le temps d'implication de l'utilisateur à l'élaboration du projet personnalisé peut être limité dans la durée, limitant les possibilités d'expression explicite ou implicite de ce dernier : sur les 10 dernières admissions, seulement 57% des services ont réalisé systématiquement une observation pour définir le projet personnalisé. Lorsque la personne accompagnée est handicapée, le service met plus souvent en place un temps d'observation :

- alors que ce chiffre est à 89% pour les services accompagnant principalement des personnes handicapées, il est de 54% pour les services accompagnant principalement des personnes âgées.

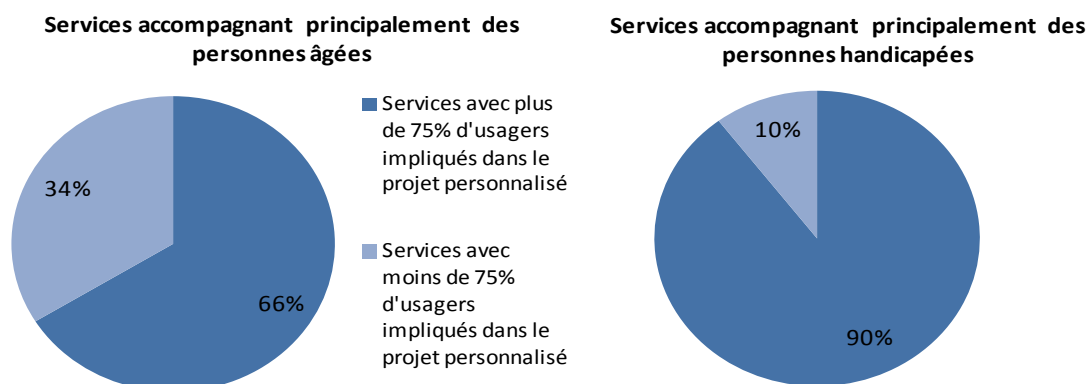
L'enjeu de l'observation est d'autant plus grand lorsque le service intervient majoritairement auprès d'un public ayant d'importantes difficultés d'expression⁵³ : sur les 10 dernières admissions, 64% de ces services ont réalisé systématiquement une observation pour définir le projet personnalisé.

⁵² Services ayant déclaré « accompagner plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement importants dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui ».

⁵³ Services ayant déclaré « accompagner plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement importants dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui ».

L'implication des usagers après la phase d'admission

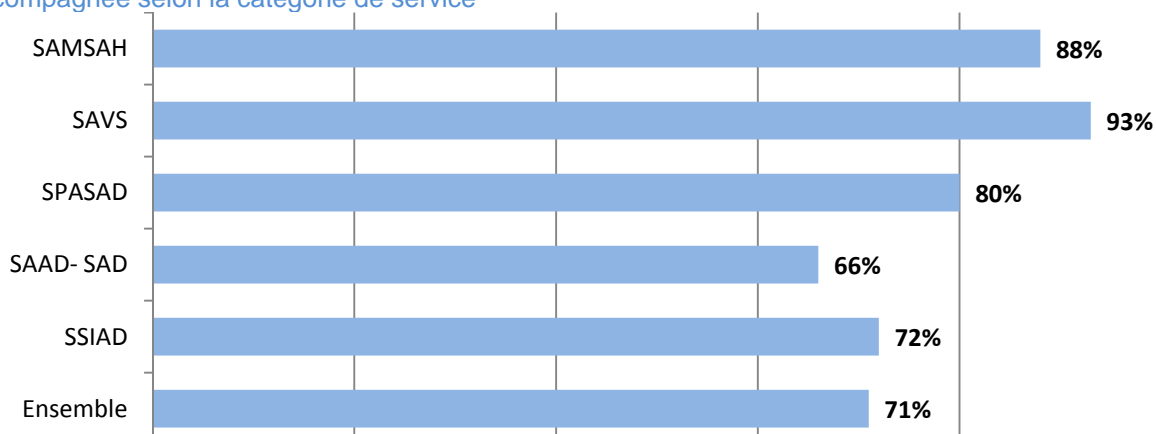
Graphique 24 : Proportion de services ayant élaboré le projet personnalisé avec la personne accompagnée selon le type d'usagers principalement accompagnés



Clé de lecture: 66% des services accompagnant principalement des personnes âgées élaborent le projet personnalisé avec la personne accompagnée pour plus de 75% des personnes en ayant un.

Source : Enquête Anesm 2013, 3551 répondants

Graphique 25 : Proportion de services ayant élaboré le projet personnalisé avec la personne accompagnée selon la catégorie de service



Clé de lecture: 88% des SAMSAAH élaborent le projet personnalisé avec la personne accompagnée pour plus de 75% des personnes en ayant un.

Source : Enquête Anesm 2013, 3551 répondants

Les attentes et préférences des usagers sont recueillies lors de la visite à domicile au moment de l'admission, lors de la réévaluation du projet personnalisé et à chaque modification importante de son état de santé (Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008).

Il existe différents degrés d'expression des attentes et des préférences. Alors que certaines personnes sont en mesure d'avoir des préférences et de les exprimer, d'autres auront besoin d'une aide pour qu'elles puissent être comprises ou d'une aide pour être en mesure d'identifier une préférence. Enfin certaines personnes ne semblent ni en mesure de formaliser une préférence ni de l'exprimer. Cela n'interdit toutefois pas l'existence de préférences ou d'attentes qui restent à un stade embryonnaire et non explicite, dont il faut pouvoir tenir compte (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013).

Pour les personnes ayant des difficultés d'expression ou de compréhension, qu'elles soient liées à des problèmes sensoriels, cognitifs ou psychiques, le service peut faire appel à un assistant de communication (ou une personne pouvant aider à l'expression ou la compréhension) ou peut utiliser des outils d'aide à la communication (ou moyens de « communications alternatifs ou augmentatifs »), tels que les gestes, les pictogrammes, les moyens technologiques, etc. qui permettent de compenser ou contourner certaines de ces difficultés (Anesm. Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1). Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté. Saint-Denis : Anesm, 2013).

Lorsque l'on considère l'ensemble de la phase de construction du projet personnalisé (sur plusieurs mois), les usagers y sont moins associés, en particulier pour les SAAD-SAD.

71% des services déclarent que le projet personnalisé est élaboré avec les usagers pour plus de 2/3 des personnes en ayant un :

- Les services accompagnant principalement des personnes handicapées (90%) le font plus souvent que les services accompagnant principalement des personnes âgées (66%).
 - o En Ehpad 43% élaborent un projet personnalisé systématiquement ou fréquemment avec la personne accompagnée (plus de 60% de l'ensemble des résidents)⁵⁴.
 - o En MAS-FAM 63% élaborent un projet personnalisé systématiquement ou fréquemment (plus de 60% de l'ensemble des résidents) avec la personne accompagnée⁵⁵.
- Pour les services accompagnant notamment des personnes âgées, des différences importantes existent : les SSIAD (72%) ou les SPASAD (80%) associent plus régulièrement les usagers que les SAAD-SAD (66%).

⁵⁴ L'enquête 2010 sur le « déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Ehpad » indique que 43% des Ehpad élaborent le projet personnalisé systématiquement ou fréquemment avec la personne accompagnée (plus de 60% des résidents).

⁵⁵ L'enquête 2012 sur le « déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les MAS et les FAM » indique que 63% des MAS et des FAM élaborent le projet personnalisé systématiquement ou fréquemment (plus de 60% des résidents) avec la personne accompagnée.

Les difficultés d'expression des usagers ne sont pas systématiquement à envisager comme un frein à leur implication : les services accompagnant majoritairement des personnes avec des difficultés d'expression⁵⁶ impliquent plus fortement les usagers dans l'élaboration du projet personnalisé (76% contre 66% des services n'accompagnant pas majoritairement des personnes avec des difficultés d'expression).

Recommandation

Le projet personnalisé est, notamment, co-évalué et réévalué avec la personne elle-même (Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008 / Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013)

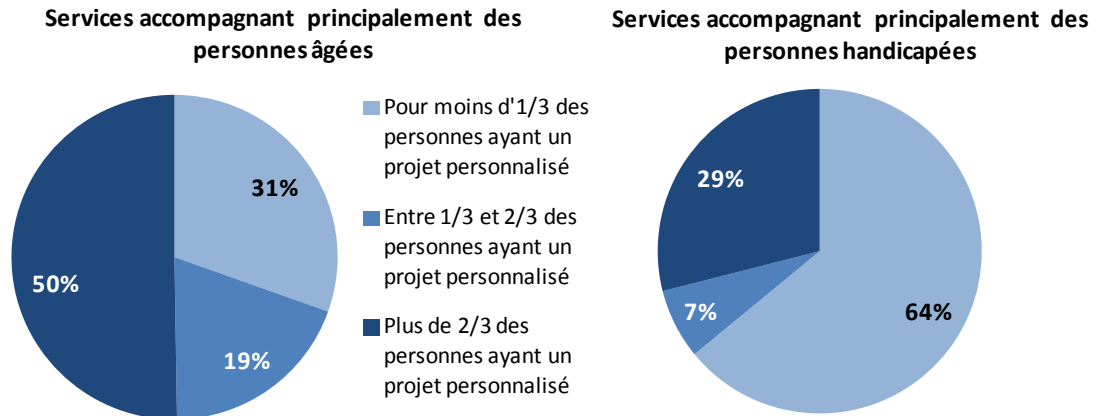
Une majorité de services fait participer la personne à l'évaluation de son projet personnalisé

Bien que les questions soient formulées et organisées différemment dans les enquêtes bien-être Ehpad (2010) et MAS-FAM (2012), on peut observer des différences avec les services à domicile :

- 79% des services font participer plus de la moitié des personnes qui ont un projet personnalisé (ou plan d'intervention / de soins) à l'évaluation ou au bilan de ce dernier.
- L'association des usagers à cette évaluation ou bilan est plus courante dans le secteur des personnes handicapées (95%) que des personnes âgées (78%) :
 - o L'enquête 2012 sur le « déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bien-être dans les MAS et les FAM » indique que dans 75% des MAS et des FAM, plus de la moitié des résidents et de leurs proches participent au projet personnalisé lors de son suivi ou de sa réévaluation.
 - o L'enquête 2010 sur le « déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bien-être dans les Ehpad » indique que dans 39% des Ehpad plus de 60% des résidents évaluent l'impact et apprécient le projet (60% des Ehpad évaluent l'impact et apprécient le projet pour plus de 30% des résidents).

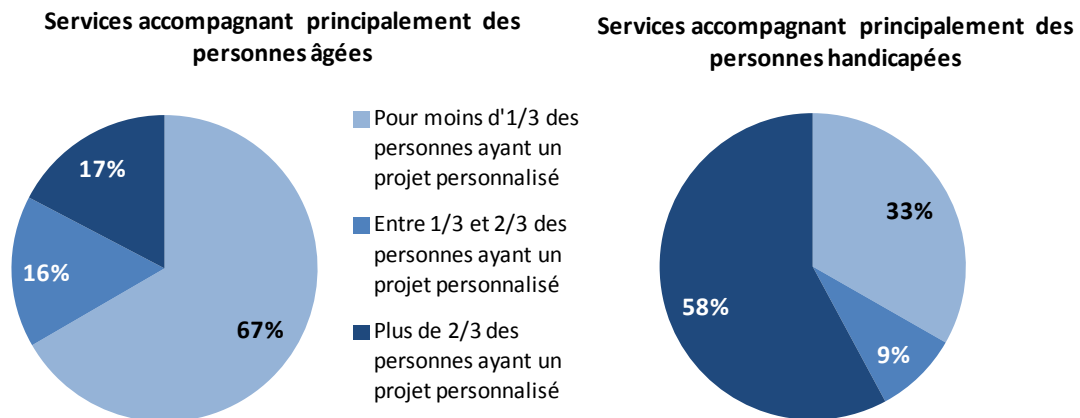
⁵⁶ Services ayant déclaré « accompagner plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement importants dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui » OU ayant déclaré « accompagner plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement importants dans la vie quotidienne et dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui ».

Graphique 26 : Proportion de services ayant élaboré le projet personnalisé avec la personne accompagnée et ses proches



Clé de lecture: 50% des services accompagnant principalement des personnes âgées élaborent le projet personnalisé avec la personne accompagnée et ses proches pour plus de 2/3 des personnes en ayant un
 Source : Enquête Anesm 2013, 3050 répondants

Graphique 27 : Proportion de services ayant élaboré le projet personnalisé avec la personne accompagnée uniquement



Clé de lecture: 17% des services accompagnant principalement des personnes âgées élaborent le projet personnalisé uniquement avec la personne accompagnée pour plus de 2/3 des personnes en ayant un.
 Source : Enquête Anesm 2013, 3009 répondants

La participation de l'entourage à l'élaboration du projet personnalisé ne remplace pas celle de la personne accompagnée. Cependant l'entourage peut offrir des éléments permettant l'élaboration du projet ou/et être partie intégrante de sa mise en œuvre. Après accord de l'utilisateur, une place peut ainsi être donnée à l'entourage dans l'élaboration du projet et lors de sa mise en œuvre. En cas de difficultés de communication verbale de l'utilisateur, l'entourage peut aider à la compréhension de ses attentes. (Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008 / Anesm. Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement. Saint-Denis : Anesm, 2010).

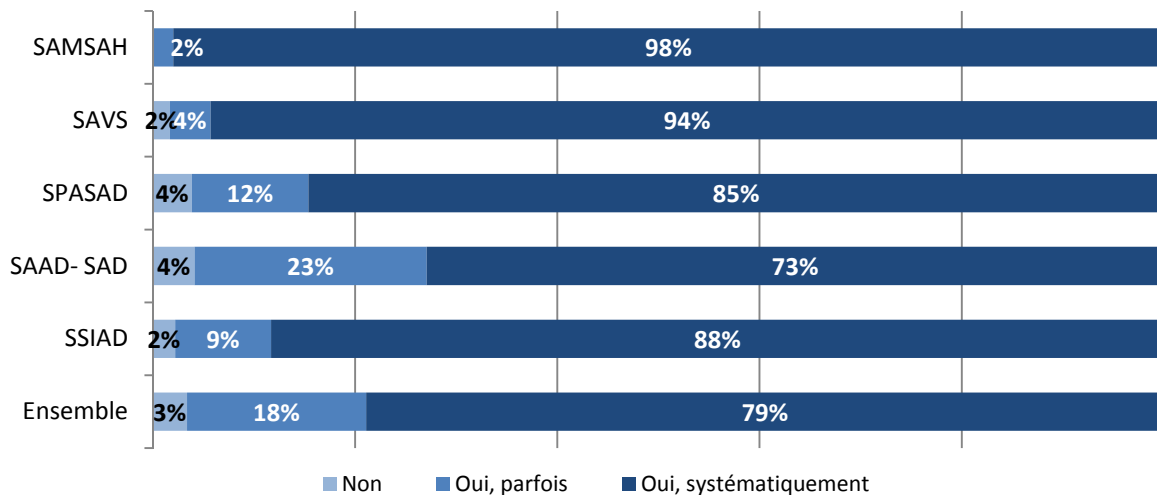
L'implication des proches dans le projet personnalisé et la recherche de leur « juste » place ne sont pas toujours effectives au sein des services

Seulement 45% des services élaborent le projet personnalisé avec la personne accompagnée *et* ses proches pour plus de 2/3 des personnes ayant un projet personnalisé. Cependant la place des usagers et des proches est différente selon que les services accompagnent des personnes handicapées ou des personnes âgées :

- Pour les services accompagnant principalement des personnes handicapées, l'utilisateur est le plus impliqué possible à son projet personnalisé au risque de ne pas reconnaître le rôle des proches : 58% des services pour personnes handicapées élaborent le projet personnalisé *uniquement* avec les usagers pour plus de 2/3 des personnes ayant un projet personnalisé (contre 17% des services pour personnes âgées).
- L'association des usagers *et* des proches est plus courante dans le secteur des personnes âgées, au risque que les attentes des proches se substituent à celles des personnes accompagnées :
 - o 50% des services pour personnes âgées élaborent le projet personnalisé avec les usagers et leur proche pour plus de 2/3 des personnes ayant un projet personnalisé (contre 29% des services pour personnes handicapées).
 - o Cependant 12% des services accompagnant principalement des personnes âgées associent uniquement les proches à l'élaboration du projet personnalisé pour plus d'1/3 des personnes en ayant un (contre 1% des services accompagnant principalement des personnes handicapées).

2.3.2 Les professionnels du service, les partenaires et les bénévoles

Graphique 28 : Association du responsable d'encadrement et des professionnels du service à l'élaboration du projet personnalisé



Clé de lecture: Parmi les usagers ou les proches qui ont participé à l'élaboration du projet personnalisé, 98% des SAMSAH associent systématiquement le responsable d'établissement et les professionnels du service à l'élaboration du projet personnalisé.

Source : Enquête Anesm 2013, 3131 répondants

Recommandation

Le projet personnalisé est une démarche dynamique qui se fait avec des professionnels différents du service (Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008)

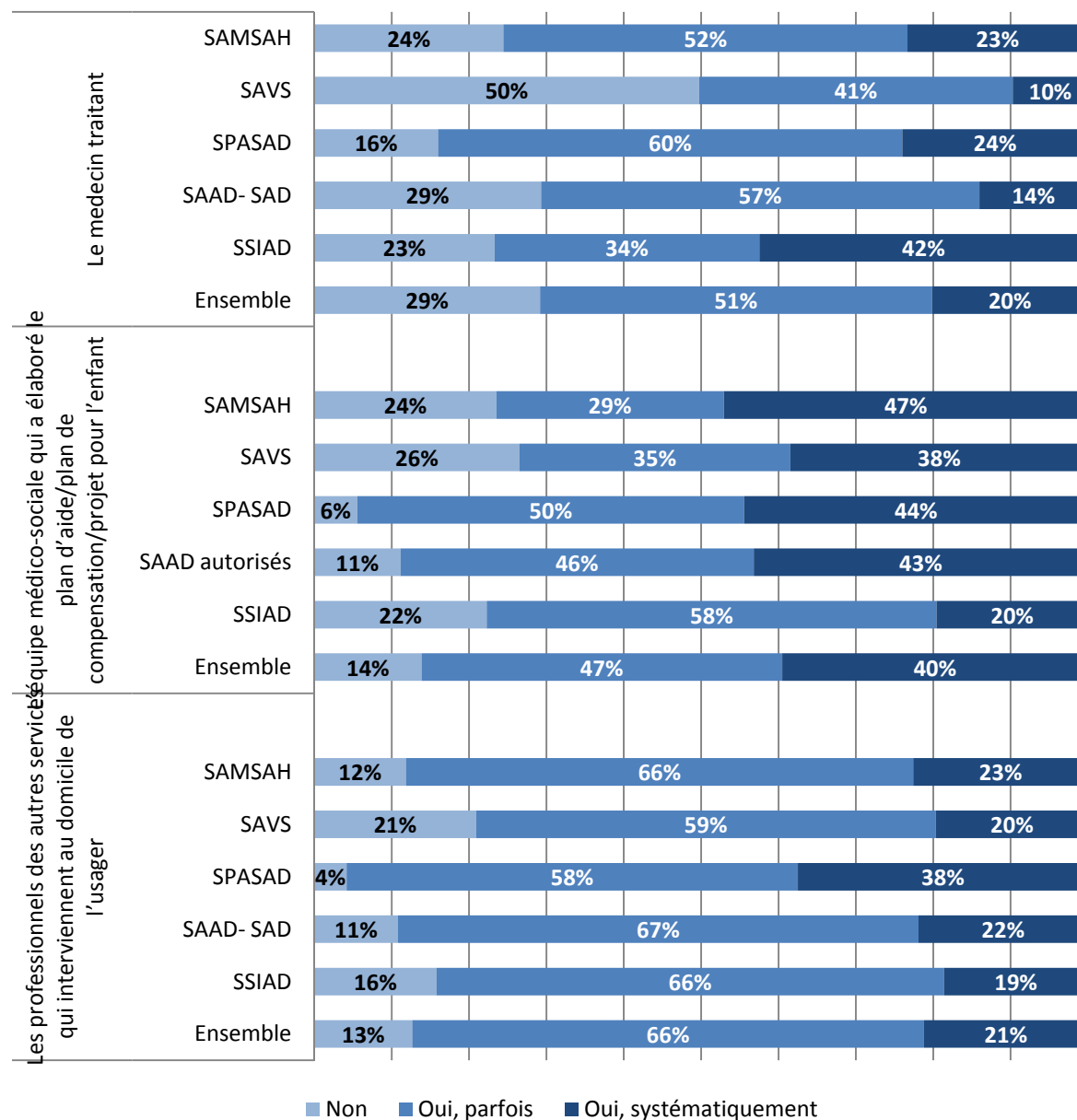
La grande majorité des services travaillent le projet personnalisé en équipe

L'enquête 2012 sur le « déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les MAS et les FAM » indique que 85% des MAS et des FAM élaborent le projet personnalisé global systématiquement (plus de 90% des résidents) en équipe pluridisciplinaire.

79% des services associent systématiquement le responsable d'encadrement et d'autres professionnels du service dans l'élaboration du projet personnalisé :

- les SAAD-SAD sont moins nombreux que les autres services à confronter systématiquement les points de vue entre les professionnels d'un même service (73% contre 98% des SAMSAH, 94% des SAVS et 88% des SSIAD).
- Les services ayant une zone d'intervention rurale (75%) font moins régulièrement des réunions en équipe pour élaborer le projet personnalisé que les services ayant une zone d'intervention urbaine (83%).

Graphique 29 : Parmi les projets personnalisés élaborés avec les usagers ou leurs proches, les professionnels associés à son élaboration sont :



Clé de lecture: Parmi les usagers ou les proches qui ont participé à l'élaboration du projet personnalisé, 23% des SAMSAH associent systématiquement le responsable médecin traitant à l'élaboration du projet personnalisé.
 Source : Enquête Anesm 2013, 2887 répondants

Recommandation

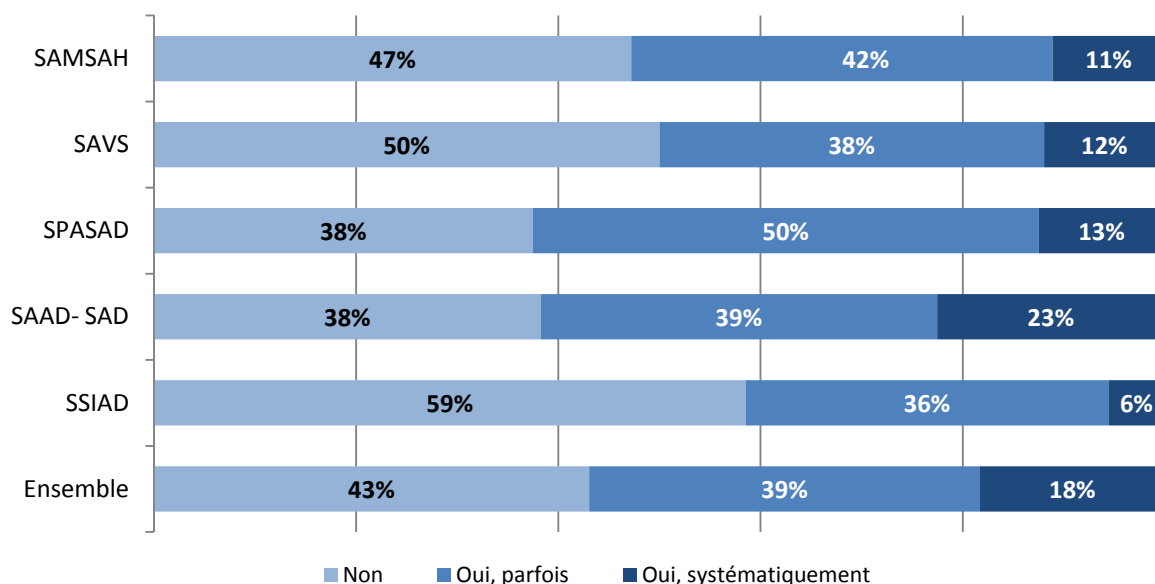
Il est recommandé de donner une place aux partenaires concernés dans l'élaboration et l'évaluation du projet personnalisé (Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008)

Les partenaires de la majorité des services ne sont pas systématiquement associés à l'élaboration du projet personnalisé.

Les services associent peu l'ensemble des principaux partenaires à l'élaboration du projet personnalisé :

- 20% des services associent systématiquement le médecin traitant pour l'élaboration du projet personnalisé :
 - o les services médicalisés (39%), et plus particulièrement les SSIAD (42%), associent plus systématiquement le médecin traitant que les services non médicalisés (14%) ;
 - o l'association du médecin traitant est plus particulièrement problématique pour les SAAD autorisés (7% des SAAD associent systématiquement le médecin traitant à l'élaboration du projet personnalisé).
- 21% des services associent systématiquement les professionnels des autres services qui interviennent au domicile de la personne pour l'élaboration du projet personnalisé. Il n'y a pas de différence majeure entre les différentes catégories de service à l'exception des SPASAD qui associent les autres intervenants plus systématiquement (38%).
- 40% des services associent systématiquement l'équipe médico-sociale ou pluridisciplinaire qui a élaboré le plan d'aide/de compensation/projet pour l'enfant à l'élaboration du projet personnalisé :
 - o il n'y a pas de différence majeure entre les différentes catégories de services à l'exception des SSIAD qui ne sont que 20% à avoir systématiquement adopté cette pratique. Ce faible pourcentage peut s'expliquer par le fait que le déclencheur d'un accompagnement par un SSIAD est la prescription médicale et non directement le plan d'aide ou de compensation.
 - o Les services ayant une zone d'intervention urbaine (38%) sont moins nombreux à associer systématiquement l'équipe médico-sociale pour élaborer le projet personnalisé que les services ayant une zone d'intervention rurale (46%).

Graphique 30 : Association des bénévoles intervenant au domicile des usagers à l'élaboration du projet personnalisé (Parmi les projets personnalisés élaborés avec les usagers ou leurs proches)



Clé de lecture: Lorsque des bénévoles interviennent au domicile de l'usager, 11% des SAMSAH les associent systématiquement à l'élaboration du projet personnalisé.

Source : Enquête Anesm 2013, 1567 répondants

La participation des bénévoles aux réunions est également l'occasion de croiser les regards, de transmettre des informations et de les faire participer au projet personnalisé (Anesm. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Saint-Denis : Anesm, 2008 / Anesm. Ouverture de l'établissement à et sur son environnement. Saint-Denis : Anesm, 2009).

L'association des bénévoles à l'élaboration du projet personnalisé est principalement faite dans les réseaux ADMR.

Lorsqu'il y a des bénévoles qui interviennent au domicile de la personne, seulement 18% des services associent systématiquement les bénévoles pour l'élaboration du projet personnalisé :

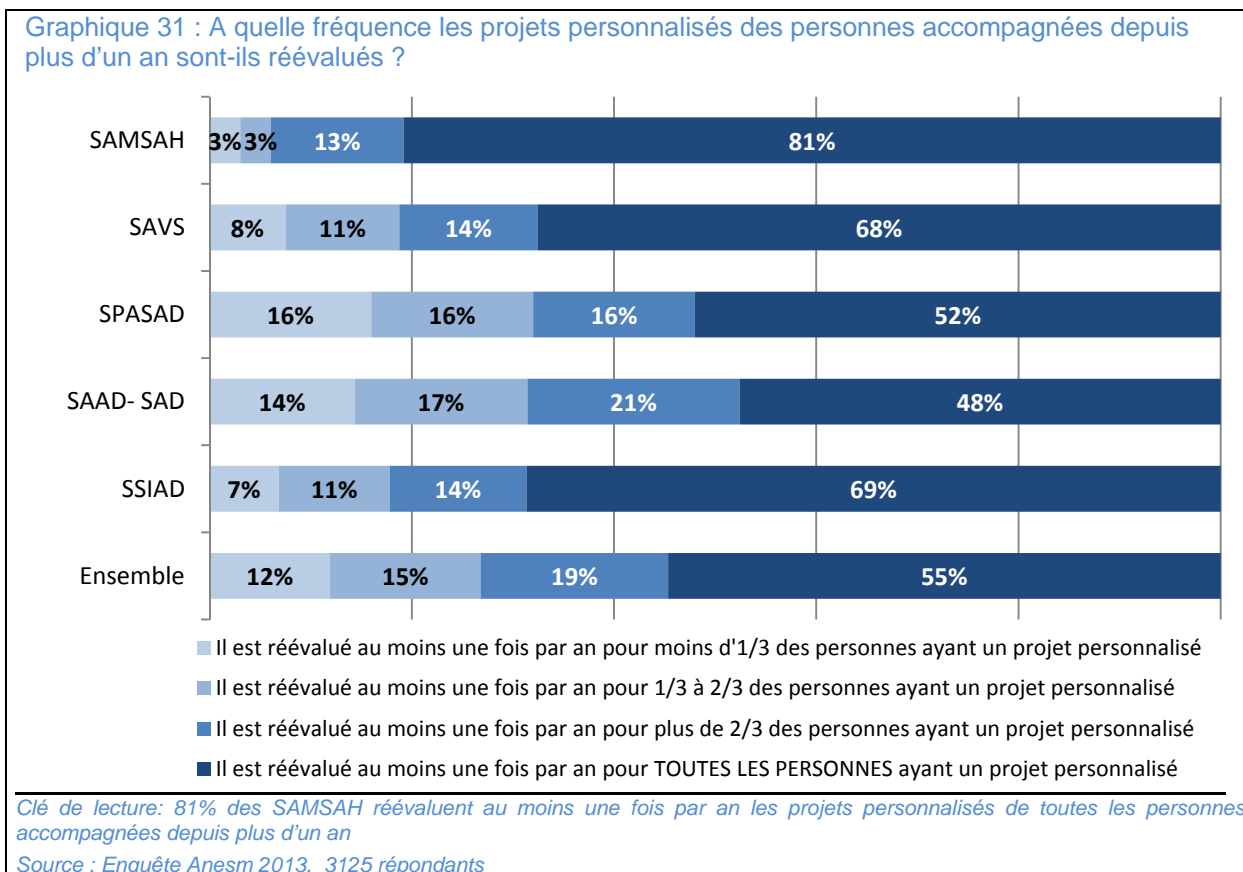
- Plus de la moitié des SAMSAH, SAVS et SSIAD qui interviennent au domicile de personnes bénéficiant de l'aide de bénévoles ne le font jamais.
- Près des 2/3 des SPASAD et des SAAD-SAD qui interviennent au domicile de personnes bénéficiant de l'aide de bénévoles le font parfois ou systématiquement.

Le réseau ADMR, les services qui ne sont pas rattachés à une fédération, une association ou un réseau national, les services de l'UNA, les services de CCAS-CIAS et ceux de l'URIOPSS sont les services qui interviennent le plus souvent au domicile de personnes bénéficiant de l'aide de bénévoles. Pour ces services :

- l'association des bénévoles au projet personnalisé est plus particulièrement importante dans le réseau ADMR dont l'organisation repose sur la triangulation bénévoles / professionnels / usagers : parmi les services associant systématiquement les bénévoles au projet personnalisé, 55% appartiennent au réseau ADMR.

2.4 Suivi et réévaluation du projet personnalisé

2.4.1 La réévaluation annuelle du projet personnalisé



Recommandation

Le rythme de l'évaluation du projet personnalisé est fonction de la nature de ses objectifs et des modalités de sa mise en œuvre. Chaque projet personnalisé a ainsi son propre rythme, et sa périodicité propre d'évaluation. Pour autant, il est recommandé que le projet personnalisé soit évalué au moins une fois par an (Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008).

La réévaluation annuelle du projet personnalisé est plus souvent réalisée par les SAMSAH, les SAVS et les SSIAD que par les SAD autorisés.

74% des services réévaluent au moins une fois par an plus de 2/3 des projets personnalisés. Cependant, seule la moitié des services (55%) est en mesure de réévaluer au moins une fois par an l'ensemble des projets personnalisés. Il existe de fortes disparités d'un type de service à l'autre :

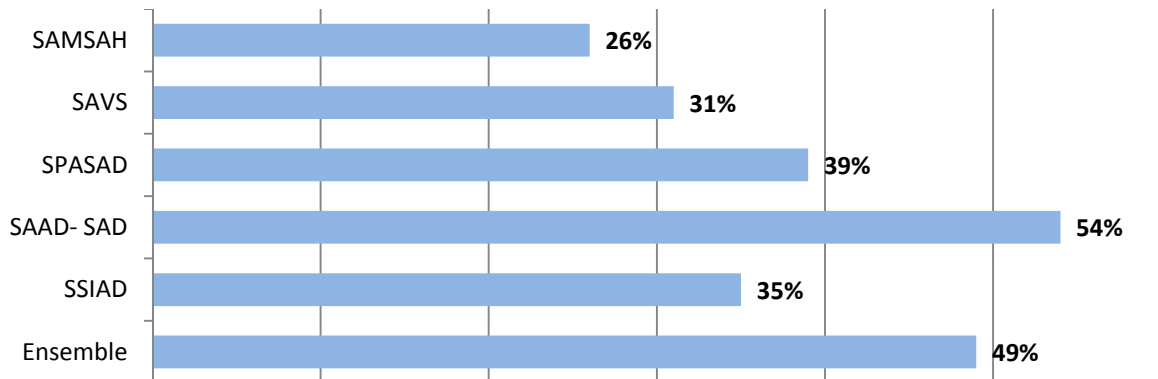
- 81% des SAMSAH réévaluent au moins une fois par an tous les projets personnalisés.
- 69% des SSIAD réévaluent au moins une fois par an tous les projets personnalisés.
- 68% des SAVS réévaluent au moins une fois par an tous les projets personnalisés.
- 52% des SPASAD réévaluent au moins une fois par an tous les projets personnalisés.
- 52% des SAD agréés réévaluent au moins une fois par an tous les projets personnalisés.
- 35% des SAAD autorisés réévaluent au moins une fois par an tous les projets personnalisés.

Pour les SAMSAH accompagnant des personnes en situation complexe de handicap, cette évaluation doit se faire annuellement au minimum⁵⁷. Cela représente la grande majorité d'entre eux puisque 62% de SAMSAH disent accompagner plus de 75% de personnes cumulant des besoins d'accompagnement importants dans les actes de la vie quotidienne et dans l'expression de leurs besoins et attentes, et dans la relation à autrui.

⁵⁷ Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

2.4.2 L'articulation entre la réévaluation du projet personnalisé et la révision du plan d'aide/compensation

Graphique 32 : Proportions de service utilisant une fiche de liaison entre le conseil général / la MDPH / le médecin prescripteur, le service et le bénéficiaire du plan d'aide / plan de compensation / projet pour l'enfant (lorsque le service organise ou participe à la coordination des différents services)



Clé de lecture: 26% des SAMSAH utilisent une fiche de liaison entre le conseil général / la MDPH / le médecin prescripteur, le service et le bénéficiaire du plan d'aide / plan de compensation / projet pour l'enfant (lorsque le service organise ou participe à la coordination des différents services)

Source : Enquête Anesm 2013, 2525 répondants

Recommandation

Contrairement à ce qui est recommandé pour le projet personnalisé, il n'existe pas toujours de procédure de révision des plans d'aide ou des plans de compensation. D'un département à l'autre, ces derniers peuvent être révisés tous les 2 à 5 ans⁵⁸. Ce délai de révision est en décalage avec celui recommandé pour le projet personnalisé. Afin de faciliter l'articulation de ces deux outils, le service, la personne aidée, un proche ou éventuellement un élu local, peuvent demander une révision du plan d'aide ou de compensation. Le service peut mettre en place un bilan de situation avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ou mettre en place une fiche de liaison avec l'équipe médico-sociale du conseil général permettant un échange d'informations avec la personne, sur sa situation (Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm / Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013).

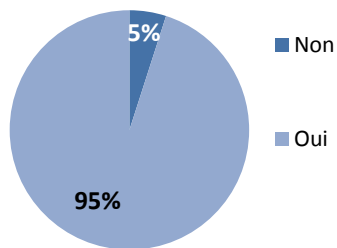
49% des services mettent en place une fiche de liaison entre le conseil général / la MDPH / le médecin prescripteur, le service et le bénéficiaire. Cette fiche peut notamment faciliter l'articulation entre la réévaluation du projet personnalisé et la révision du plan d'aide ou de compensation.

- Cet outil est plus particulièrement mis en place dans le cadre des échanges avec le conseil général concernant les plans d'aide ou le médecin prescripteur :
 - o cette fiche existe pour 47% des services accompagnant principalement des personnes âgées contre 30% des services accompagnant principalement des personnes handicapées.
- Cet outil est plus particulièrement utilisé par les SAAD-SAD (54%).

⁵⁸ MANTOVANI, J., GARNUNG, M., CAYLA, F., et al. *Qualité de mise en œuvre de l'APA à domicile : Positionnement de gestionnaires, professionnels et bénéficiaires pour une approche croisée de la qualité*. Rapport de recherche financé par la DRESS-MiRe-CNSA. Paris : ORSMIP, INSERM, 2011 ; GRAMAIN, A., WEBER, F. *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales des politiques publiques*. Paris : DREES, CNRS, 2013.

2.4.3 Le suivi et les ajustements du projet personnalisé tout au long de l'accompagnement

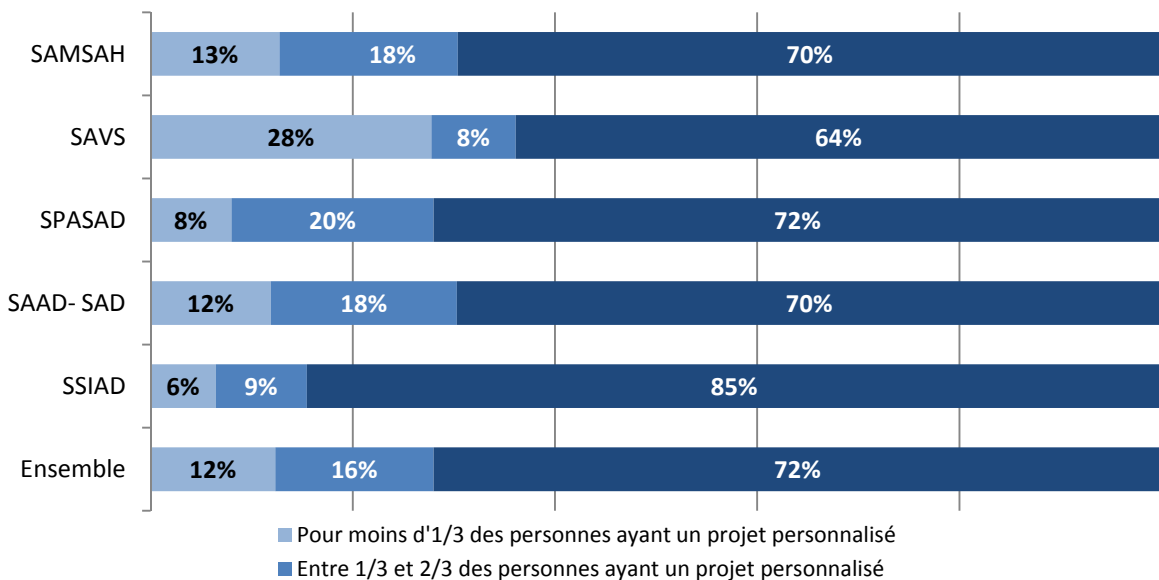
Graphique 33 : Votre service dispose-t-il d'un système de réponse téléphonique permettant de répondre aux demandes des usagers, y compris pour celles non planifiées ?



Clé de lecture : 95% des services disposent d'un système de réponse téléphonique permettant de répondre aux demandes des usagers, y compris celles non planifiées

Source : Enquête Anesm 2013, 3815 répondants

Graphique 34 : Existe-il une actualisation de ce projet en cas de modification de la situation de l'utilisateur (modification importante de ses capacités, de son état de santé...)



Clé de lecture : 70% des SAMSAH actualisent le projet personnalisé en cas de modification de la situation de l'utilisateur (modification importante de ses capacités, de son état de santé...) pour plus de 2/3 des personnes

Source : Enquête Anesm 2013, 3158 répondants

Repère juridique

Le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux précise que l'évaluation externe examine « l'enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphonique, y compris dans le traitement des demandes en urgence ».

Les services disposent de systèmes de remontée d'informations téléphoniques permettant de répondre aux demandes des usagers.

95% des services disposent d'un système de réponse téléphonique permettant de répondre aux demandes des usagers, y compris celles non planifiées. Il n'y a pas de différence majeure entre les différents types de service.

Recommandation

Le service met en place un dispositif de recueil des plaintes : « fiches incidents » ou « réclamations », répondeur téléphonique, courrier électronique ou postal adressé au service, information orale, etc. Le traitement des plaintes est analysé collectivement, une réponse y est apportée dans un temps limité et un suivi de la réponse est organisé (Anesm. Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile. Saint-Denis : Anesm, 2009).

Les services disposent de systèmes de remontée d'informations permettant de gérer les événements indésirables.

88% des services ont mis en place un dispositif de gestion des événements indésirables et des plaintes :

- Ces dispositifs sont plus souvent mis en place dans le secteur des personnes âgées (88%) que des personnes handicapées (74%).

Les services ne mettant pas en place d'enquête de satisfaction, mettent également moins souvent en place un système de remontées d'informations permettant de gérer les événements indésirables : 69% des services ne réalisant pas de questionnaire de satisfaction ont mis en place un système de gestion des événements indésirables et des plaintes (contre 89% de ceux faisant une enquête de satisfaction.)

Recommandation

La dynamique du projet personnalisé est souple et adaptée au rythme de la personne. Entre deux réévaluations, des ajustements du projet personnalisé sont faits en fonction des variabilités de la situation de la personne (Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008)

72% des services actualisent le projet personnalisé en cas de modification de la situation de l'utilisateur pour plus de 2/3 des personnes ayant un projet personnalisé :

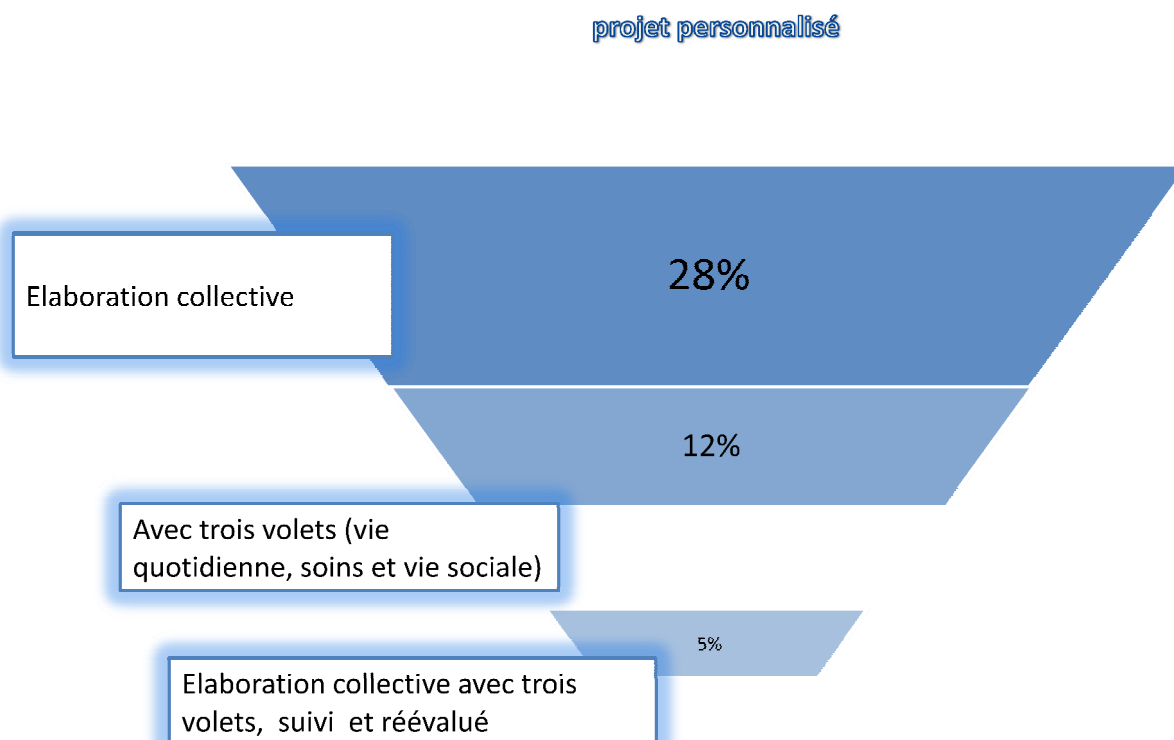
- **Les SSIAD sont les services qui actualisent le plus souvent le projet personnalisé** (85% des SSIAD actualisent le projet personnalisé pour plus de 2/3 des personnes ayant un projet personnalisé).
- **Les services médicalisés actualisent plus souvent le projet personnalisé que les services non médicalisés** (82% des services médicalisés actualisent le projet personnalisé pour plus de 2/3 des personnes ayant un projet personnalisé contre 69% des services non médicalisés).

L'ESSENTIEL : 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. Cela est plus souvent le cas dans les services accompagnant principalement des personnes handicapées (97%) que dans ceux accompagnant principalement des personnes âgées (82%).

On peut observer un bon niveau général de mise en œuvre des recommandations de l'Anesm considérées indépendamment les unes des autres, 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 téléphonique (95%) ou de gestion des événements indésirable (88%).

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



- **28% des services ont élaboré un projet personnalisé de manière collective** en associant : « systématiquement » plusieurs professionnels du service ; « systématiquement » ou « parfois » les partenaires (intervenants des autres services, médecin traitant, équipe médico-social ou pluridisciplinaire) ; les usagers et, le cas échéants, leurs proches⁵⁹.
 - L'élaboration collective du projet personnalisé est plus fréquente dans les SAMSAH, les SPASAD et les SSIAD.
 - Les SAAD-SAD sont les services qui mettent le moins souvent en place une élaboration collective du projet personnalisé.
 - Les services accompagnant moins de 75% de personnes avec des besoins d'accompagnement importants dans la vie quotidienne ET/OU dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui sont moins enclins à construire collectivement le projet personnalisé. Un des arguments les plus cités pour ne pas mettre en place le projet personnalisé est l'absence de complexité de la situation.
 - Les services intervenant en zone rurale sont moins nombreux à élaborer collectivement le projet personnalisé.

- **12% des services mettent en place trois volets dans le projet personnalisé : volet vie quotidienne⁶⁰, volet soins⁶¹ et volet vie sociale⁶².**
 - La mise en place de ces trois volets est moins rare dans les SSIAD.

⁵⁹ 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).

⁶⁰ 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.

⁶¹ 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.

⁶² 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.

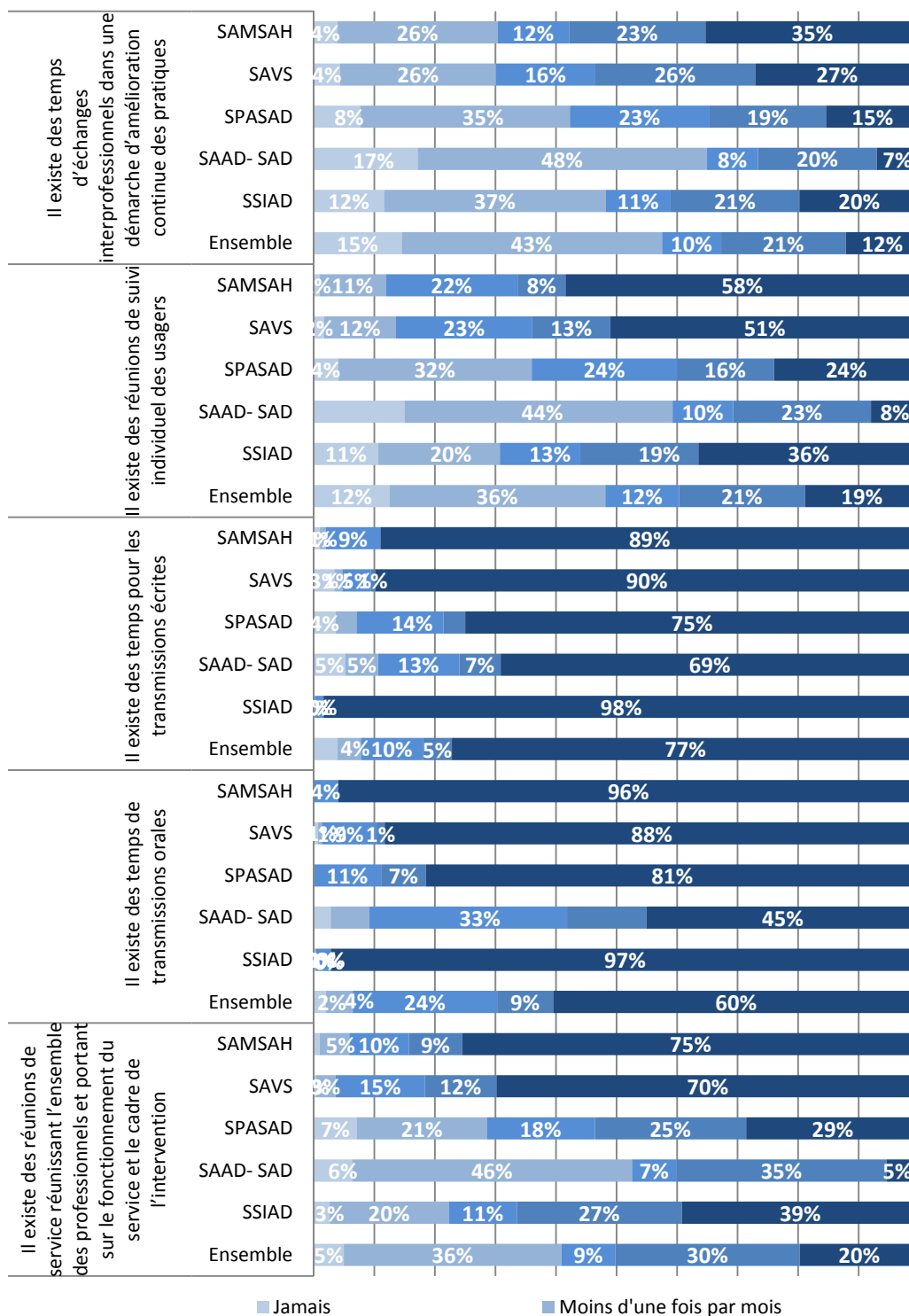
- La mise en place de ces trois volets est plus particulièrement rare dans les SAAD-SAD (et plus particulièrement les SAAD autorisés) et les SAVS. L'une des raisons est que le volet soins n'est pas systématiquement mis en place, la distinction entre les actes de soins et l'accompagnement à la santé n'ayant pas toujours été faite. De même le questionnaire a orienté le volet vie sociale sur les proches qui ont une place d'importance variable dans l'accompagnement des personnes par les SAVS.
 - Les SAAD-SAD privés à but commercial mettent plus régulièrement en place les trois volets du projet personnalisé que les SAAD-SAD privés à but non lucratif ou les services publics.
 - Les services accompagnant moins de 75% de personnes avec des besoins d'accompagnement importants dans la vie quotidienne ET/OU dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui sont moins enclins à formaliser ces trois volets. Un des arguments les plus cités pour ne pas mettre en place le projet personnalisé est l'absence de complexité de la situation.
 - Les services intervenant en zone rurale mettent moins souvent en place les trois volets du projet personnalisé.
- **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 personnalisé⁶³.**
- Les services accompagnant plus de 75% de personnes avec des besoins d'accompagnement importants dans la vie quotidienne ET/OU dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui sont les services qui arrivent le mieux à élaborer collectivement un projet personnalisé avec trois volets et à le réévaluer annuellement.

⁶³ 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.

3. La mise en œuvre du projet d'accompagnement

3.1 Les modalités de coopération, de cohérence et de coordination au sein du service

Graphique 35 : Comment et à quelle fréquence le service favorise le partage, la formalisation et la transmission des informations entre les professionnels ?



Clé de lecture: 35% des SAMSAH réalisent au moins une fois par semaine des temps d'échanges interprofessionnels dans une démarche d'amélioration continue des pratiques

Source : Enquête Anesm 2013, 3620 répondants

Dans le cadre de la démarche d'évaluation interne il est recommandé que le service évalue la cohérence des actions du service et ses modalités d'organisation pour y parvenir (Anesm. L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes. Saint-Denis : Anesm, 2012).

La difficulté à trouver des créneaux horaires adaptés à l'emploi du temps des différents intervenants et les contraintes financières amènent à limiter les temps d'échange entre les professionnels d'un même service⁶⁴. Cette contrainte est plus forte dans le secteur des personnes âgées, en particulier pour les SAAD-SAD.

Concrètement les partages d'informations entre les professionnels prennent principalement la forme de temps de transmissions pour organiser les interventions (qui intervient ? où ? et quand ?) :

- Les temps de transmissions orales ont lieu au moins une fois par semaine pour 60% des services. Cette régularité et ce type de transmissions concernent principalement les SAMSAH (96%), les SSIAD (97%) les SAVS (88%) et les SPASAD (81%). Pour les SAAD-SAD, ce type de transmissions peut avoir lieu entre une fois par semaine (45%) et plusieurs fois par mois (33%).
- Les temps de transmissions écrites (cahier de liaison, dossier de soins, etc.) ont lieu au moins une fois par semaine pour 77% des services :
 - o Les services qui mettent le moins en place des temps de transmissions écrites sont les SAAD autorisés (9% des SAAD autorisés ne mettent jamais en place des temps pour les transmissions écrites ou moins d'une fois par mois. Les autres types de services sont moins de 5% à ne mettre jamais en place ce type de temps de transmissions écrites).
 - o Les SSAD-SAD sont également les services qui forment le moins aux écrits professionnels : 24% des SAAD-SAD alors que les autres services (SSIAD, SPASAD, SAVS, SAMSAH) sont entre 40% et 47% à former aux écrits professionnels.

Les temps d'échanges permettant de prendre plus de recul sur la situation sont moins régulièrement mis en place. Lorsqu'ils le sont, leur fréquence peut être étalée dans le temps, en particulier pour les services accompagnant principalement des personnes âgées :

- Les réunions de suivi individuel des usagers ne sont pas mises en place pour 12% des services. Il s'agit le plus souvent des SAAD-SAD (15% disent ne jamais le faire contre 1%, des SAMSAH, 2% des SAVS, 4% des SPASAD). Il s'agit de réunions collectives incluant des professionnels d'encadrement et des intervenants. Elles sont organisées pour analyser et échanger sur l'accompagnement des usagers et :
 - o ont le plus souvent lieu moins d'une fois par mois pour 36% des services pour les services accompagnant principalement des personnes âgées.
 - o ont lieu au moins une fois par semaine pour 59% des SAMSAH et 51% des SAVS.
 - o concernant les SSIAD, les pratiques vis-à-vis de ce type de réunion sont fortement diversifiées : 11% n'en font jamais, 20% en font moins d'une fois par mois, 13% en font plusieurs fois par mois, 19% en font une fois par mois et 36% en font au moins un fois par semaine.
- Les temps d'échanges interprofessionnels dans une démarche d'amélioration de la qualité n'existent pas toujours dans les services (15%). Il s'agit le plus souvent des SAAD-SAD (17% disent ne jamais le faire contre 4%, des SAMSAH, 4% des SAVS, 6% des SPASAD).

⁶⁴ INPES. *Recherche qualitative exploratoire Handicap-Incapacités- Santé et aide pour l'autonomie (RHISAA)*. Vol. I. Saint-Denis : INPES, 2010.

Ces temps peuvent prendre la forme de groupes d'analyse de la pratique (avec un professionnel extérieur au service), de réunions cliniques (avec un psychologue du service), de groupes d'échanges sur les pratiques professionnelles ou de réunions dédiées aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

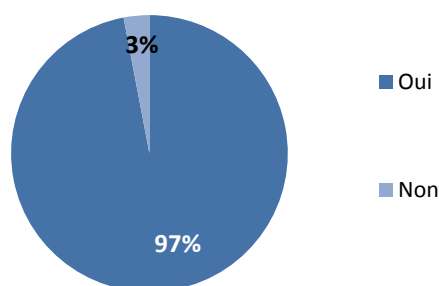
- ils ont le plus souvent lieu moins d'une fois par mois pour 43% des services. C'est la pratique la plus courante pour les SPASAD (35%), les SAAD-SAD (48%) et les SSIAD (37%).
- Pour les SAVS et le SAMSAH la régularité la plus courante pour ces temps d'amélioration des pratiques est au moins une fois par semaine (35% des SAMSAH et 27% des SAVS), une fois par mois (23% des SAMSAH et 26% des SAVS) ou moins d'une fois par mois (26% des SAMSAH et des SAVS).

Enfin les réunions de service incluant l'ensemble des professionnels et portant sur le fonctionnement du service et le cadre de l'intervention peuvent avoir lieu à des rythmes très variables selon le type de service. Les sujets abordés lors de ces réunions peuvent être les missions du service, le suivi des interventions par un professionnel d'encadrement, la transmission de règles d'intervention, le rappel des droits et devoirs des usagers et des professionnels, etc. :

- Cette forme de réunion est ancrée dans les pratiques des SAMSAH (75% le font au moins une fois par semaine) et les SAVS (70% le font au moins une fois par semaine).
- Pour les SPASAD et les SSIAD la réalité est beaucoup moins homogène :
 - 21% des SPASAD et 20% des SSIAD en font moins d'une fois par mois ;
 - 18% des SPASAD et 11% des SSIAD en font plusieurs fois par mois ;
 - 25% des SPASAD et 27% des SSIAD en font une fois par mois ;
 - 29% des SPASAD et 39% des SSIAD en font au moins une fois par semaine.
- Pour les SAAD-SAD, ces réunions ont plutôt lieu moins d'une fois par mois (c'est le cas pour 46% d'entre eux).

3.2 L'annulation d'une intervention ou le remplacement

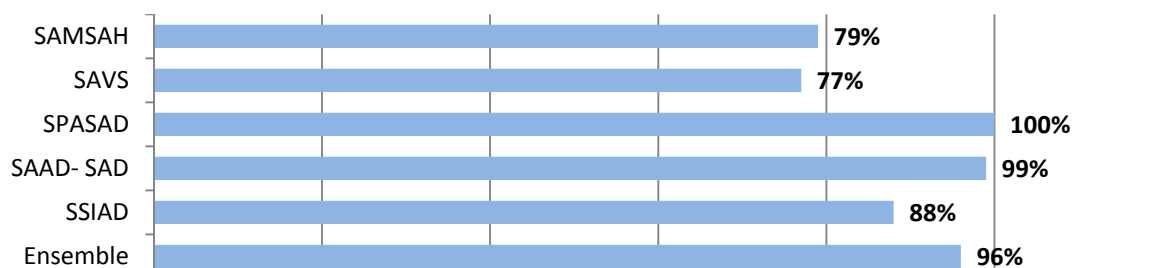
Graphique 36 : Le service a mis en place un dispositif lui permettant de prévenir les usagers et leurs proches de l'annulation d'une prestation qui a été planifiée



Clé de lecture: 97% des services ont mis en place un dispositif lui permettant de prévenir les usagers et leurs proches de l'annulation d'une prestation qui a été planifiée

Source : Enquête Anesm 2013, 3180 répondants

Graphique 37 : Concernant l'annulation d'une prestation qui a été planifiée : Le service a mis en place un système de remplacement pour les prestations d'aides aux actes essentiels ou de soins



Clé de lecture : 79% des SAMSAH ont mis en place un système de remplacement pour les prestations d'aides aux actes essentiels ou de soins en cas d'annulation d'une prestation qui a été planifiée

Source : Enquête Anesm 2013, 2986 répondants

L'annulation d'interventions due à l'absentéisme de dernière minute ou répété, à l'augmentation du nombre d'arrêts maladie, au recours à des professionnels qui ne sont pas du service, etc. sont autant d'éléments qui viennent interroger le management et l'organisation du service, ainsi que le lien entre les professionnels et les usagers (Anesm. Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile. Saint-Denis : Anesm, 2009).

Les services mettent en place des procédures pour s'organiser en cas d'annulation. Cependant 4% des services (et plus particulièrement du secteur du handicap) ne sont pas forcément organisés pour assurer une prestation de soins ou un acte essentiel de la vie quotidienne (transfert, toilette, aide pour aller aux toilettes, etc.).

97% des services ont mis en place un dispositif leur permettant de prévenir les usagers et leurs proches de l'annulation d'une intervention.

Il n'existe pas de différence majeure selon les différentes catégories de service.

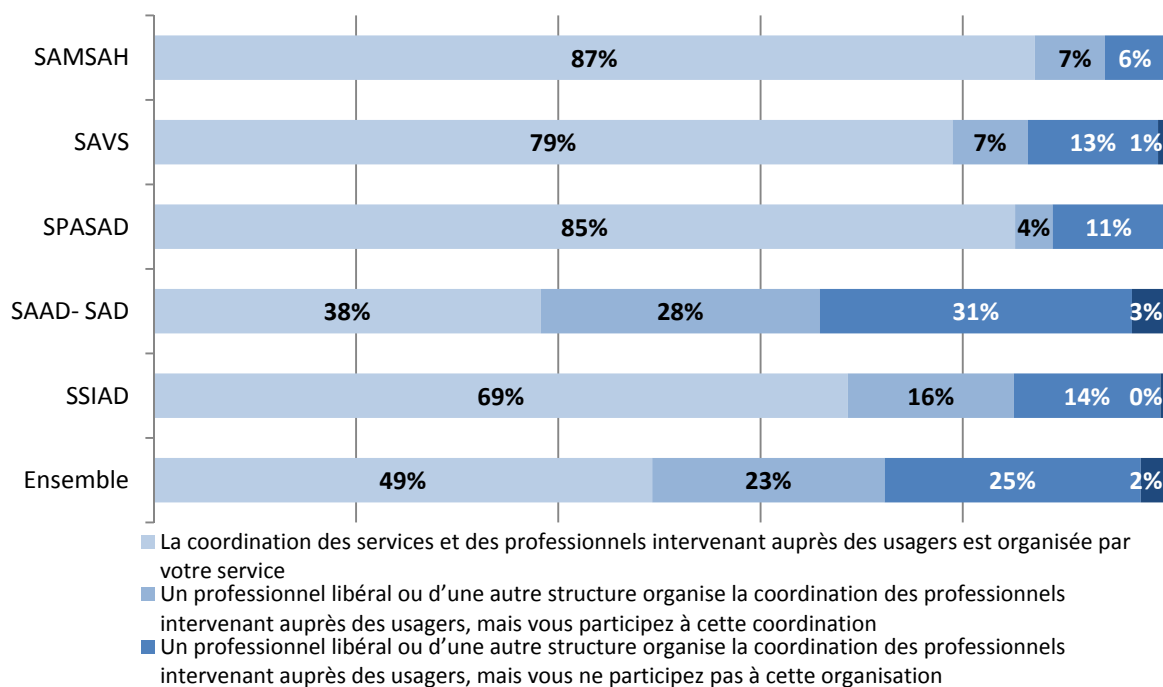
96% des services ont mis en place un système de remplacement pour les prestations d'aides aux actes essentiels ou de soins :

- 21% des SAMSAH et 23% des SAVS n'ont pas mis en place ce type de système (contre 12% des SSIAD et 1% des SAAD-SAD).

3.3 Les modalités de coopération, de cohérence et de coordination (avec les partenaires)

3.3.1 Place du service dans la coordination des différents services et professionnels

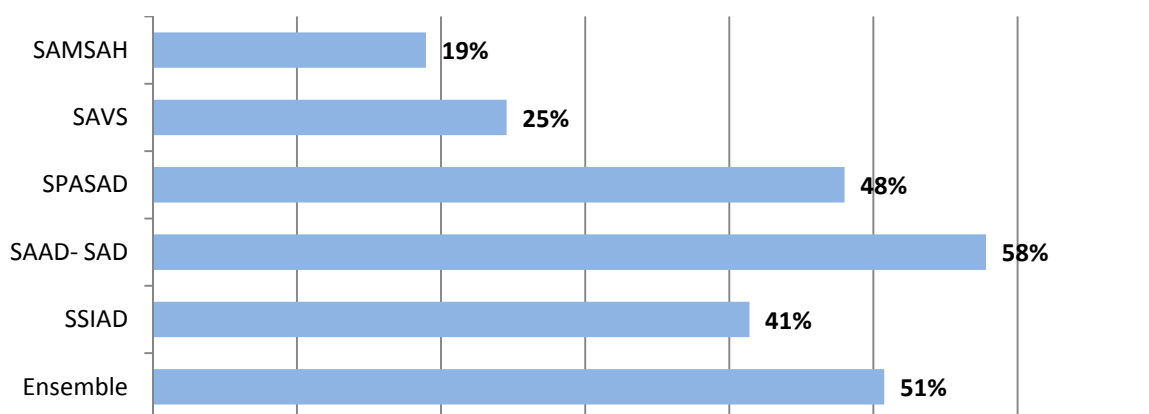
Graphique 38 : Le plus souvent, quelle place votre service a-t-il dans la coordination des interventions ?



Clé de lecture: Pour 6% des SAMSAH, la coordination des professionnels intervenant auprès des usagers est le plus souvent organisée par un professionnel libéral ou d'une autre structure, sans que le SAMSAH y participe.

Source : Enquête Anesm 2013, 3568 répondants

Graphique 39 : La dernière fois qu'il y a eu un retour à domicile après une hospitalisation d'un usager accompagné par votre service, le service a attendu que l'utilisateur ou un de ses proches l'informe du retour à domicile



Clé de lecture: La dernière fois qu'il y a eu un retour à domicile après une hospitalisation, 19% des SAMSAH ont attendu que l'utilisateur ou un de ses proches l'informe du retour à domicile.

Source : Enquête Anesm 2013, 3502 répondants

L'article D 312-3 du CASF donne pour mission à l'infirmier coordonnateur (SSIAD et SPASAD) 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 ou professionnels de santé.

L'article D312-164 précise que les missions du SAVS et du SAMSAH sont d'assurer le suivi et la coordination des actions des différents intervenants de leur service. L'article D312-3 du CASF précise que les missions du SAMSAH sont également de coordonner les soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre.

Le gestionnaire du service d'aide et d'accompagnement à domicile fonctionnant sous le régime de l'autorisation « est responsable de la définition et de la mise en œuvre des modalités d'organisation et de coordination des interventions » (Article D312-6 du CASF). Sans nécessairement effectuer la coordination avec les autres intervenants, il s'assure qu'elle existe et la prend en compte.

Le gestionnaire du service à la personne fonctionnant sous le régime de l'agrément assure la continuité des interventions et la coordination en assurant les activités prévues par la prestation qu'il propose, en proposant des locaux adaptés à la coordination, en définissant et en mettant en œuvre les modalités de coordination de ses interventions. En outre, il prend également en compte les modalités de coordination avec les autres intervenants et en définit les modalités d'association (Arrêté du 26 décembre 2011 fixant le cahier des charges prévu à l'article R. 7232-7 du code du travail).

49% des services disent, qu'en général, ils organisent la coordination des différents services et des différents professionnels intervenant auprès des usagers :

- **Conformément à leur cadre réglementaire, il s'agit le plus souvent des SAMSAH (87%) des SPASAD (85%) et des SSIAD (69%).**
- Les SAVS organisent également souvent la coordination des différents intervenants (79%). Cela est notamment dû à leurs missions qui impliquent différents partenariats, en particulier : le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ; une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ; le soutien des relations avec l'environnement familial et social ; un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion ; le suivi éducatif et psychologique (D312-164 du CASF).
- Les services qui organisent le plus rarement cette coordination sont les SAAD-SAD (38%).

98% des services déclarent que la coordination des interventions est le plus souvent à la charge d'un professionnel et non des usagers ou des proches. Cette déclaration apparaît comme exceptionnelle pour les SAMSAH, SAVS, SPASAD et SSIAD (moins de 1% des services) et rare pour les SAAD-SAD (3% des services).

Cependant, ce chiffre est à nuancer :

- Les usagers et les proches aidants assurent un rôle pivot dans la transmission des informations relatives à l'accompagnement de la personne et au suivi de sa santé. C'est également sur l'aidant que peut reposer la responsabilité et l'interprétation des signes pouvant l'amener à appeler ou non les urgences médicales⁶⁵. Ce rôle n'est pas systématiquement perçu négativement, bien que le rapport de Blondel, Delzescaux et

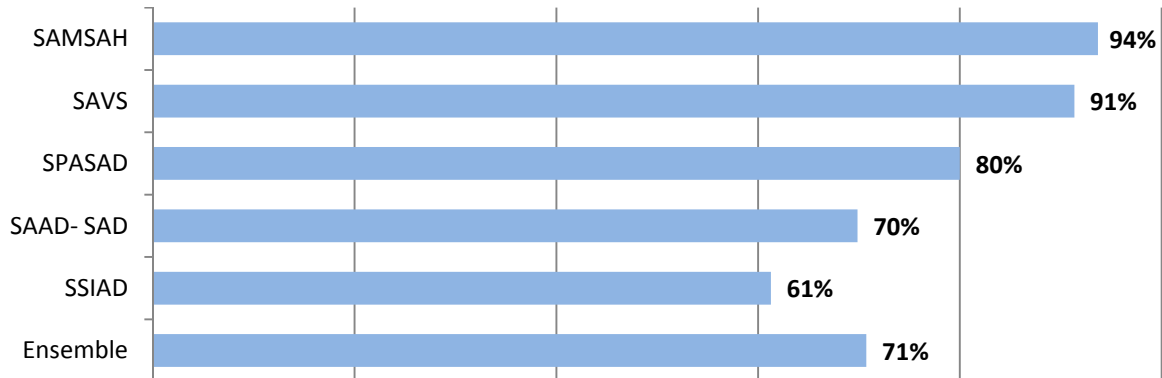
⁶⁵ Notamment BLONDEL, F., DELZESCAUX, S., FERMON, B. *Mesure de la qualité et qualité de la mesure de l'aide au domicile : Construction des points de vue sur la qualité de l'aide à domicile*. Paris : Légos, 2012 ; LAMY, C., GILIBERT, C., et al. *Les besoins et attentes des aidants familiaux de personnes handicapées vivant à domicile*. Lyon : CREAI Rhône-Alpes, 2009.

- Fermon, montre que les aidants souhaiteraient que les professionnels soient en capacité d'alléger le poids des responsabilités liées à la coordination⁶⁶.
- Un autre argument pour nuancer ce chiffre de 98% est le nombre de services ne participant pas à la coordination :
 - o 25% des services disent ne pas participer à la coordination des interventions :
 - Il s'agit le plus souvent des SAAD autorisés (38%) et, dans une moindre mesure des SAD agréés (28%).
 - Enfin, la dernière fois qu'il y a eu un retour à domicile après une hospitalisation, 51% des services à domicile disent avoir attendu que l'utilisateur ou un proche les informent du retour à domicile soulignant que la coordination leur incombe également.
 - o Cette pratique est plus courante dans le secteur des personnes âgées (52%) que celui des personnes handicapées (24%).

⁶⁶ BLONDEL, F., DELZESCAUX, S., FERMON, B. *Mesure de la qualité et qualité de la mesure de l'aide au domicile : Construction des points de vue sur la qualité de l'aide à domicile*. Paris : Légos, 2012.

3.3.2 Les réunions de coordination proposées à l'ensemble des personnes intervenant auprès de l'utilisateur

Graphique 40 : Il existe des réunions de coordination proposées à l'ensemble des personnes intervenant auprès de l'utilisateur



Clé de lecture: 94% des SAMSAH, lorsqu'ils organisent ou participent à la coordination, mettent en place des réunions de coordination proposées à l'ensemble des personnes intervenant auprès de l'utilisateur

Source : Enquête Anesm 2013, 3203 répondants

Recommandation

Il est recommandé d'organiser ou de participer à des temps d'échange, de suivi et de coordination avec les partenaires du service tout en proposant des supports d'informations et/ou en utilisant les supports proposés par les partenaires (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013).

En général, il existe des réunions de coordination proposées à l'ensemble des personnes intervenant auprès de l'utilisateur (intervenants du service, partenaires, bénévoles, proches, etc.).

71% des services organisant ou participant à la coordination déclarent qu'il existe des réunions de coordination qui sont proposées à l'ensemble des personnes intervenant auprès de l'utilisateur :

- Elles se font plus souvent dans le secteur du handicap (91%) que dans celui des personnes âgées (64%).
- Parmi les services ayant des missions de coordination, les SSIAD sont les services déclarant le moins l'existence de réunions de coordination qui seraient proposées à l'ensemble des personnes intervenant auprès de l'utilisateur (61% contre 80% des SPASAD et 94% des SAMSAH). Pourtant les SSIAD participent également aux activités de coordination avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et aux activités conduites par un CLIC (D312-3 du CASF) :
 - o Une des explications serait que les SSIAD assurent une mission de coordination dans le champ des soins alors que la coordination mise en œuvre par les SAMSAH est plus large. D'ailleurs, les SSIAD font partie des services qui mettent le plus en place une fiche de liaison facilitant les admissions et les sorties d'hospitalisation (64%) ou un dispositif pour échanger avec le médecin traitant (76%).
 - o En outre, les temps d'échanges avec les partenaires sanitaires et non sanitaires prennent également la forme d'écrits à travers le cahier de liaison (94% des SSIAD) ou prennent d'autres formes pour 51% des SSIAD (échanges téléphoniques, courriers, emails, échanges informels au domicile, etc.) et ils sont facilités par des conventions de partenariat (90% des SSIAD).

3.3.3 Le cahier de liaison

Graphique 41 : Il existe un cahier de liaison entre les différentes personnes intervenant auprès de l'utilisateur



Clé de lecture: 73% des SAMSAH, lorsqu'ils organisent ou participent à la coordination, mettent en place un cahier de liaison entre les différentes personnes intervenant auprès de l'utilisateur

Source : Enquête Anesm 2013, 3355 répondants

Recommandation

Il est recommandé d'organiser ou de participer à des temps d'échange, de suivi et de coordination avec les partenaires du service tout en proposant des supports d'informations et/ou en utilisant les supports proposés par les partenaires (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013).

La quasi totalité des services utilisent le cahier de liaison

93% des services organisant ou participant à la coordination disent mettre en place un cahier de liaison entre les différentes personnes intervenant auprès de l'utilisateur. Les enquêtes abordant la problématique du cahier de liaison montrent qu'il s'agit d'un outil valorisé par les professionnels, et en particulier par les auxiliaires de vie. Il apparaît plus particulièrement utile pour les personnes âgées ou les personnes handicapées avec des troubles cognitifs et dans les situations où il y a une diversité de structures. Cependant, une des difficultés d'usage du cahier de liaison se situe au niveau de sa lecture : les auxiliaires de vie ne comprennent pas toujours les mots laissés par les infirmiers ou les aides soignants parce qu'il peut y avoir des abréviations ou des termes techniques⁶⁷.

Le cahier de liaison est un outil moins utilisé dans le secteur des personnes handicapées (67% contre 96% dans le secteur des personnes âgées), notamment les SAVS (60%).

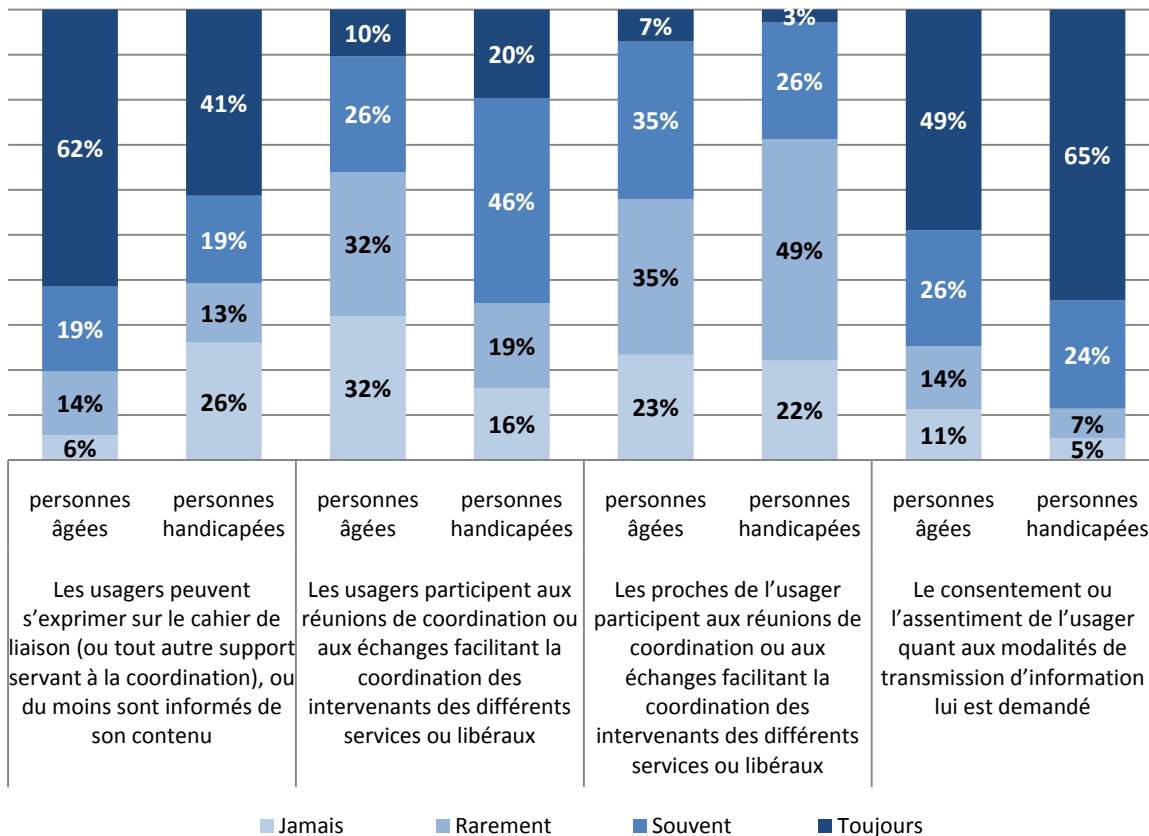
Une des explications est le fait que les SAVS n'interviennent pas systématiquement à domicile, notamment lorsque la personne n'a pas besoin d'un accompagnement important dans les actes de la vie quotidienne. Dans ce cas, la visite à domicile n'est qu'une modalité d'intervention et non un principe comme pour les SAAD-SAD, SSIAD ou SPASAD.

Une autre explication est qu'il s'agit d'une obligation pour les SAD agréés : le cahier des charges de l'agrément mentionne que « pour les prestations régulières réalisées au domicile du bénéficiaire âgé ou handicapé, un cahier de liaison ou un système équivalent est tenu à jour ». Il en est de même pour les services autorisés qui ont fait le choix d'une certification de service (paragraphe 3.4.1 de la norme NF X50-056 ; référence 44 de qualicert).

⁶⁷ INPES. *Recherche qualitative exploratoire Handicap-Incapacités- Santé et aide pour l'autonomie (RHISAA)*. Vol. I. Saint-Denis : INPES, 2010.

3.3.4 L'implication des usagers et des proches dans les réunions de coordination et les cahiers de liaison

Graphique 42 : Lorsque vous organisez ou participez à la coordination des différents services et des professionnels intervenant auprès des usagers, quelle place les usagers ont-ils dans la coordination ?



<p>personnes âgées</p> <p>Les usagers peuvent s'exprimer sur le cahier de liaison (ou tout autre support servant à la coordination), ou du moins sont informés de son contenu</p>	<p>personnes handicapées</p> <p>Les usagers participent aux réunions de coordination ou aux échanges facilitant la coordination des intervenants des différents services ou libéraux</p>	<p>personnes âgées</p> <p>Les proches de l'utilisateur participent aux réunions de coordination ou aux échanges facilitant la coordination des intervenants des différents services ou libéraux</p>	<p>personnes handicapées</p> <p>Le consentement ou l'assentiment de l'utilisateur quant aux modalités de transmission d'information lui est demandé</p>
---	--	---	---

■ Jamais ■ Rarement ■ Souvent ■ Toujours

Clé de lecture: 62% des services intervenant principalement auprès de personnes âgées utilisent un cahier de liaison (ou tout autre support servant à la coordination) sur lequel les usagers peuvent s'exprimer (ou informe les usagers de son contenu)

Source : Enquête Anesm 2013, 3388 répondants

Recommandations

Quels que soient les outils mis en place et leurs degrés de formalisme, il est recommandé d'informer l'utilisateur du contenu de l'échange dont il a été l'objet. Dans ce cadre, le service élabore une procédure permettant aux usagers (à leurs représentants légaux et/ou aux personnes de confiance désignées) d'être impliqués dans les temps d'échange avec les partenaires les concernant, ou du moins d'être informés selon leurs potentialités de compréhension : temps réservé à la personne à la fin de la réunion de coordination, réunion de coordination organisée au domicile de la personne, possibilité d'écrire sur le cahier de liaison, lecture des informations contenues dans le cahier de liaison, etc. (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013 / Anesm. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Saint-Denis : Anesm, 2008).

L'utilisation généralisée des cahiers de liaison est confortée par la place donnée aux personnes accompagnées dans l'usage de cet outil (ou d'un autre support servant à la coordination).

78% des services informent souvent ou toujours les usagers du contenu du cahier de liaison ou leur donnent la possibilité de s'y exprimer :

- Cependant, l'implication des usagers est plus courante pour les services accompagnant principalement des personnes âgées (81% disent le faire souvent ou toujours) que pour ceux accompagnant principalement des personnes handicapées (60% disent le faire souvent ou toujours).
- Malgré les obstacles liés à la communication, les services accompagnant majoritairement des personnes avec des difficultés d'expression⁶⁸ n'associent pas moins les usagers à ce type d'échange.

Bien que les services soient nombreux à déclarer l'existence de réunions de coordination, il n'y a pas nécessairement une place donnée aux usagers lors de ces temps d'échanges.

Seulement 53% des services font souvent ou toujours participer les usagers ou leurs proches aux réunions de coordination ou aux échanges facilitant la coordination des différents intervenants :

- L'implication des usagers est plus courante pour les services accompagnant principalement des personnes handicapées (66% disent le faire souvent ou toujours) que pour ceux accompagnant principalement des personnes âgées (36% disent le faire souvent ou toujours).
- Malgré les obstacles liés à la communication, les services accompagnant majoritairement des personnes avec des difficultés d'expression⁶⁹ accordent une plus grande attention à associer les usagers à ce type d'échanges (ils sont en proportion 1/3 plus nombreux que les autres services à les y faire participer souvent ou toujours).

Repère juridique

Le droit à la confidentialité des informations concernant les usagers est une obligation morale et juridique mentionnée à l'article L311-3 du code d'action sociale et des familles. Ce droit demande à un professionnel de ne pas dévoiler ce qu'un usager a pu dire, ou ce qu'il a pu en entendre, en voir ou en comprendre. Les professionnels demandent donc l'accord de l'utilisateur pour le partage des informations le concernant. L'utilisateur et ses proches sont également informés sur la nécessité pour les professionnels de partager les informations, leurs observations et de se questionner face à des situations problématiques.

Malgré la faible participation des usagers aux réunions de coordination, seuls 10% des services ne recherchent jamais le consentement ou l'assentiment des usagers.

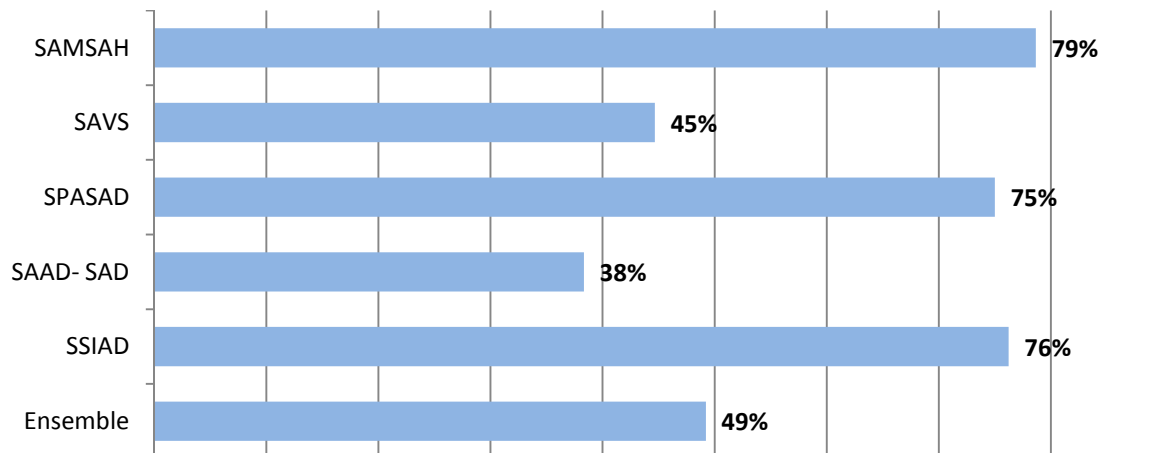
Le consentement ou l'assentiment est plus systématiquement recherché pour les services accompagnant principalement des personnes handicapées (65% disent le faire « toujours » et 89% « toujours ou souvent » pour tous les usagers) que pour ceux accompagnant principalement des personnes âgées (49% disent le faire « toujours » et 75% « toujours » ou « souvent » pour tous les usagers).

⁶⁸ Services ayant déclaré « accompagner plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement important dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui ».

⁶⁹ Services ayant déclaré « accompagner plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement important dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui ».

3.3.4 Les dispositifs pour échanger avec le médecin traitant

Graphique 43 : Il existe un dispositif pour échanger avec le médecin traitant



Clé de lecture: 79% des SAMSAH, lorsqu'ils organisent ou participent à la coordination, utilisent un dispositif pour échanger avec le médecin traitant

Source : Enquête Anesm 2013, 3000 répondants

Recommandation

Il est recommandé d'organiser ou de participer à des temps d'échanges, de suivi et de coordination notamment avec le médecin traitant (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013).

Les services médicalisés ont plus souvent un dispositif pour échanger avec le médecin traitant que les autres services

Dans le cadre du parcours de soins l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale positionne le médecin traitant en coordonnateur du maintien à domicile de la personne. Cependant, il n'assume pas toujours cette fonction, ce d'autant plus pour les médecins libéraux pour lesquels les actes de coordination ne sont pas pris en compte dans leur mode de paiement⁷⁰. En outre les ressources médico-sociales et sociales sur le territoire font fluctuer le réseau du médecin qui n'est pas toujours en mesure de proposer des solutions adaptées à la situation⁷¹. Par ailleurs, l'intervention de plusieurs dispositifs médico-sociaux (notamment SSIAD et SAMSAH) peut participer à une confusion des rôles de coordination⁷². L'absence de médecin ou de professionnel de santé dans un service à domicile peut également limiter le partage d'informations et les temps de coopération avec le médecin traitant.

⁷⁰ INPES. *Recherche qualitative exploratoire Handicap-Incapacités- Santé et aide pour l'autonomie (RHISAA)*. Vol. I. Saint-Denis : INPES, 2010.

⁷¹ BLOCH, M.-A., HENAUT, L., SARDAS, J.-C., et al. *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*. Paris: Fondation de l'Avenir, 2011.

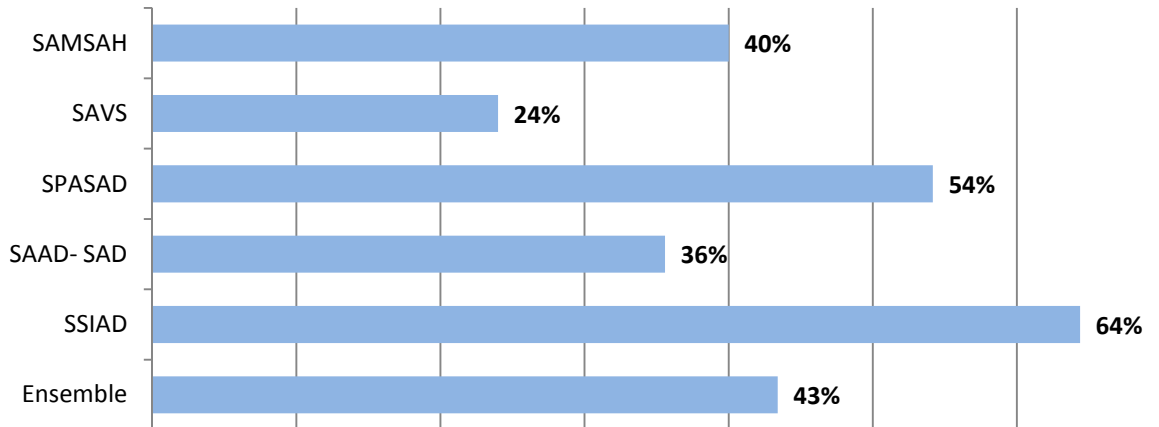
⁷² BLOCH, M.-A., HENAUT, L., SARDAS, J.-C., et al. *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*. Paris: Fondation de l'Avenir, 2011.

Dans ce contexte de partenariat qui se heurte à plusieurs contraintes, seulement 49% des services organisant ou participant à la coordination ont un dispositif pour échanger avec le médecin traitant :

- Il s'agit le plus souvent des services médicalisés (79% des SAMSAH, 75% des SPASAD, 76% des SSIAD).
- Les services non médicalisés mettent moins régulièrement en place ce type de dispositif (45% des SAVS, 42% des SAD agréés), et plus particulièrement les SAAD autorisés (29%).

3.3.5 Les entrées et sorties d'hospitalisation

Graphique 44 : Il existe une fiche de liaison, ou tout autre support, facilitant les admissions et les sorties d'hospitalisation

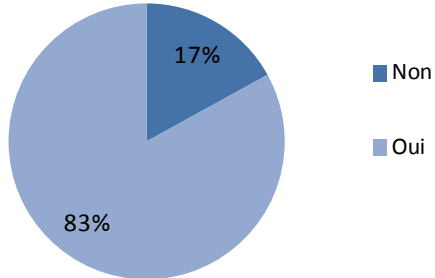


Clé de lecture: 40% des SAMSAH, lorsqu'ils organisent ou participent à la coordination, utilisent un dispositif pour échanger avec le médecin traitant.

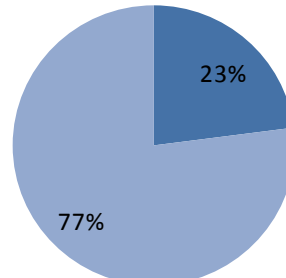
Source : Enquête Anesm 2013, 2491 répondants

Graphique 45 : La dernière fois qu'il y a eu un retour à domicile après une hospitalisation d'un usager accompagné par votre service :

Le service s'est coordonné avec l'hôpital pour connaître la date de sortie et la reprise d'activité du service



Le service a conseillé et accompagné les usagers et leurs proches pour faciliter leurs démarches relatives au retour à domicile



Clé de lecture: La dernière fois qu'il y a eu un retour à domicile après une hospitalisation, 17% des services se sont coordonnés avec l'hôpital pour connaître la date de sortie et la reprise d'activité du service.

Source : Enquête Anesm 2013, 3652 répondants

Pour l'entrée à l'hôpital, Il est recommandé de transmettre à l'hôpital les informations médicales (motifs de l'hospitalisation, principales pathologies, traitements et degré d'adhésion de la personne aux soins), paramédicales (potentialités de la personne, aides techniques et humaines nécessaires, spécificité du handicap, modalités de gestion de l'anxiété et de la douleur) ainsi que les informations nécessaires à son accompagnement à l'hôpital (liens avec les proches, habitudes de vie, existence éventuelle d'une personne de confiance ou de directives anticipées en cas de fin de vie. (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013).

Pour le retour d'hospitalisation, il est recommandé de demander à l'hôpital d'envoyer (sous réserve de l'accord préalable de la personne ou de son représentant légal) un compte rendu d'hospitalisation, une fiche de transmission infirmière, les coordonnées du professionnel de santé à contacter pour obtenir des informations complémentaires. (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013).

En cas d'urgence, une fiche synthétique de liaison présente des informations utiles telles que les principaux antécédents de la personne, son traitement, ses allergies, ses modes de communication (y compris ses capacités et modes d'expression de la douleur), ses habitudes, les personnes à contacter, etc. (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013).

Il est recommandé de préparer le retour à domicile en insistant auprès de l'hôpital sur l'importance de l'organisation de la sortie avec les professionnels ou les proches concernés par le retour : préciser les limites de prise en charge médicale du service, donner les coordonnées téléphoniques et/ou électroniques d'une personne à joindre, etc. (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013).

Seulement 43% des services organisant ou participant à la coordination déclarent qu'il existe une fiche de liaison ou un support facilitant les admissions et sorties d'hospitalisation.

- Les services médicalisés accompagnant notamment des personnes âgées et organisant ou participant à la coordination déclarent plus souvent qu'il existe une fiche de liaison ou un support facilitant les admissions et sorties d'hospitalisation (54% des SPASAD, 64% des SSIAD) que les services médicalisés accompagnant exclusivement des personnes handicapées (40% des SAMSAH).
- Les services non médicalisés mettent moins régulièrement en place ce type de support (24% des SAVS⁷³, 39% des SAD agréés et 29% des SAAD autorisés).

La dernière fois qu'il y a eu un retour à domicile après une hospitalisation :

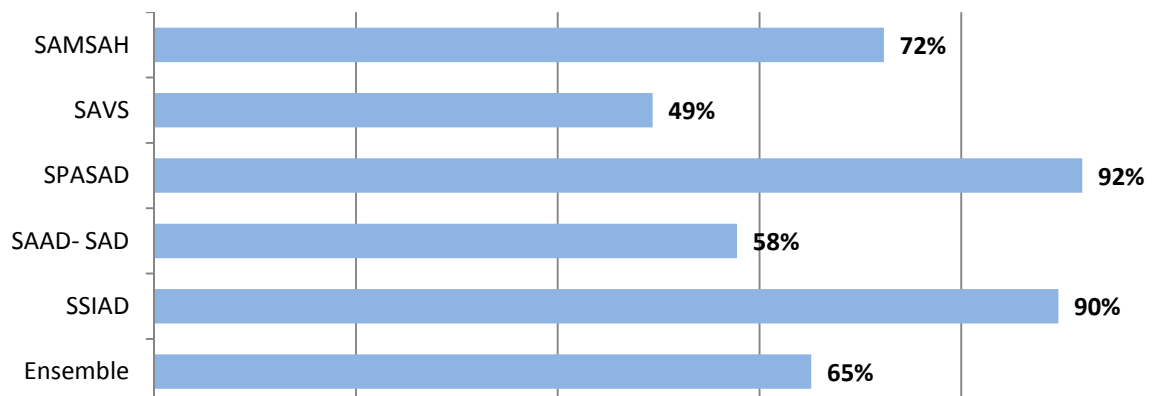
- **83%, des services à domicile disent s'être coordonnés avec l'hôpital pour connaître la date de sortie de la personne et de reprise d'activité du service à domicile.**
- **77% des services à domicile disent avoir conseillé les usagers et leurs proches pour faciliter leurs démarches relatives au retour à domicile suite à l'hospitalisation.**

Il n'existe pas de différence majeure selon les types de services.

⁷³ A noter que la moitié des SAVS ont répondu ne pas se sentir concerné par l'existence d'une fiche de liaison facilitant les admissions et les sorties d'hospitalisation

3.3.6 Les conventions de partenariat

Graphique 46 : Il existe des conventions de partenariat



Clé de lecture: 72% des SAMSAH, lorsqu'ils organisent ou participent à la coordination, ont formalisé des conventions de partenariat

Source : Enquête Anesm 2013, 2229 répondants

Recommandation

Il est recommandé de favoriser la formalisation des partenariats au moyen de conventions. Echanger sur le contenu de ces conventions et leurs modalités d'application afin de les faire évoluer autant que de besoin (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013).

L'enquête ne donne pas de visibilité sur la manière dont les conventions permettent de renforcer les partenariats et la cohérence des actions entre les partenaires. Elle ne donne pas non plus de visibilité sur le nombre de conventions signées par les services. Elle ne donne qu'une information factuelle sur le nombre de services mettant en place au moins une convention avec au moins un partenaire.

65% des services organisant ou participant à la coordination déclarent formaliser des conventions de partenariat.

- Les services qui ont des missions de coordination avec les partenaires sont plus enclins à mettre en place des conventions de partenariats que les autres : 92% des SPASAD, 90% des SSIAD et 72% des SAMSAH contre 49% des SAVS et 58% des SAAD-SAD.
- Les services pour personnes âgées (69%) formalisent plus souvent des conventions que les services pour personnes handicapées (57%).

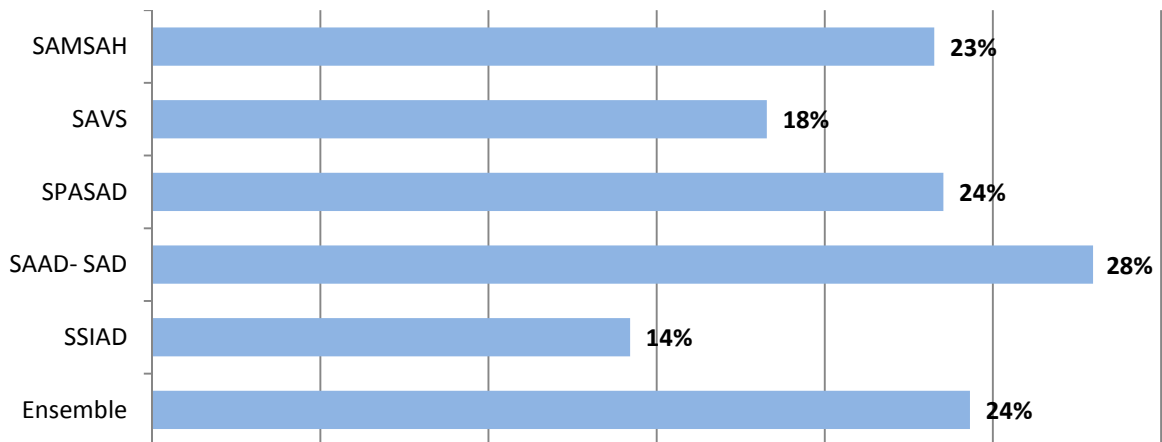
22% des services ont mis en place une convention avec un service de soins palliatifs.

- Les services médicalisés pour personnes âgées formalisent plus souvent des conventions de soins palliatifs (43% des SSIAD et 47% des SPASAD) que les services non médicalisés (19% des SAAD et 4% des SAVS) ou les services pour personnes handicapées (7%).

Cependant peu de conventions ont été mises en place entre l'hôpital et le service pour faciliter les sorties d'hospitalisation (seulement 11% des services), en particulier pour les SAVS (7%).

3.3.7 Les dispositifs facilitant la coordination avec les bénévoles

Graphique 47 : Il existe un dispositif facilitant la coordination avec les bénévoles



Clé de lecture: 23% des SAMSAH, lorsqu'ils organisent ou participent à la coordination et travaillent avec des bénévoles, utilisent un dispositif facilitant la coordination avec les bénévoles.

Source : Enquête Anesm 2013, 1872 répondants

Recommandation

Faciliter la participation des bénévoles au projet personnalisé est l'occasion de croiser les regards et de recueillir leurs points de vue (Anesm. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Saint-Denis : Anesm, 2008 / Anesm. Ouverture de l'établissement à et sur son environnement. Saint-Denis : Anesm, 2009).

Lorsque le service travaille avec des bénévoles et qu'il organise ou participe à la coordination, seulement 24% d'entre-eux mettent en place un dispositif facilitant la coordination avec les bénévoles.

Ces dispositifs sont le plus souvent mis en place par les services appartenant aux réseaux ADMR (65%).

Les services peuvent formaliser des conventions afin de faciliter les partenariats et la mise en place de projets d'accompagnement pour lutter contre l'isolement, identifier un référent professionnel dans le service pour coordonner l'intervention des bénévoles, proposer des temps d'échanges entre bénévoles et professionnels, etc.

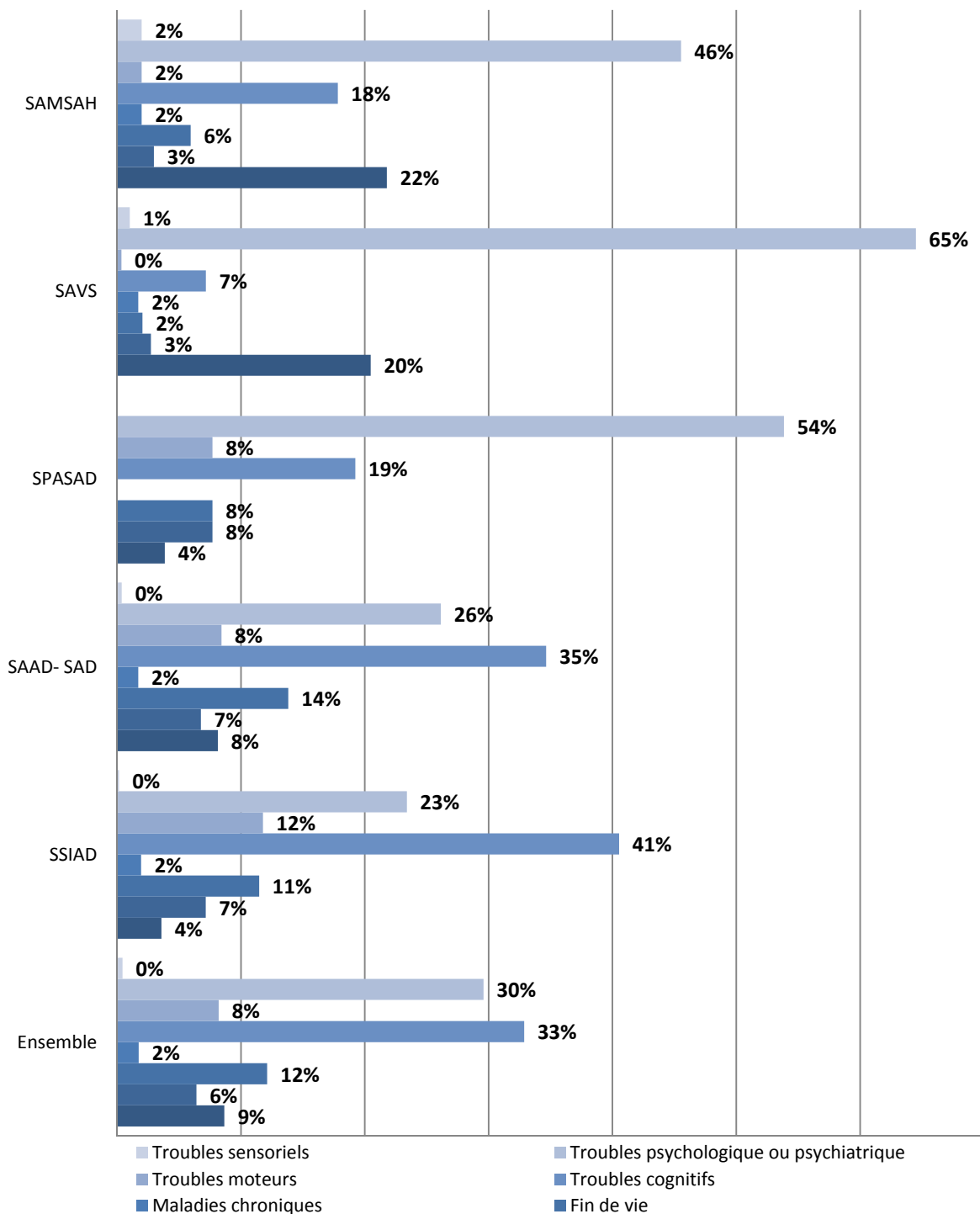
En général, les bénévoles intervenant au domicile de la personne appartiennent à des associations nationales ou implantées localement (France Alzheimer, France Parkinson, Les petits frères des pauvres, La Croix rouge, etc.). Il peut s'agir de visites ponctuelles de convivialité, d'organisation d'événements, d'aide au maintien à la vie sociale, d'une aide dans les démarches administratives, etc.

Dans le cadre, notamment, du réseau ADMR, les bénévoles font partie du réseau de services et ils peuvent également réaliser une évaluation des besoins ou un suivi de la relation entre la personne et le service, aider à réguler les tensions entre les professionnels et les usagers, etc. Le président et le conseil d'administration de l'association définissent les moyens de remontée d'information entre bénévoles et professionnels (réunions, groupes de parole, mails, téléphone, etc.).

3.4 Les difficultés dans la mise en œuvre

3.4.1 Les difficultés liées à certaines spécificités des personnes accompagnées

Graphique 48 : Pour quels profils d'usager les services ont-ils exprimé le plus de difficultés ?



Clé de lecture: 46% des SAMSAH déclarent que leurs intervenants expriment le plus de difficultés à accompagner des personnes atteintes de troubles psychologiques ou psychiatriques

Source : Enquête Anesm 2013, 3548 répondants

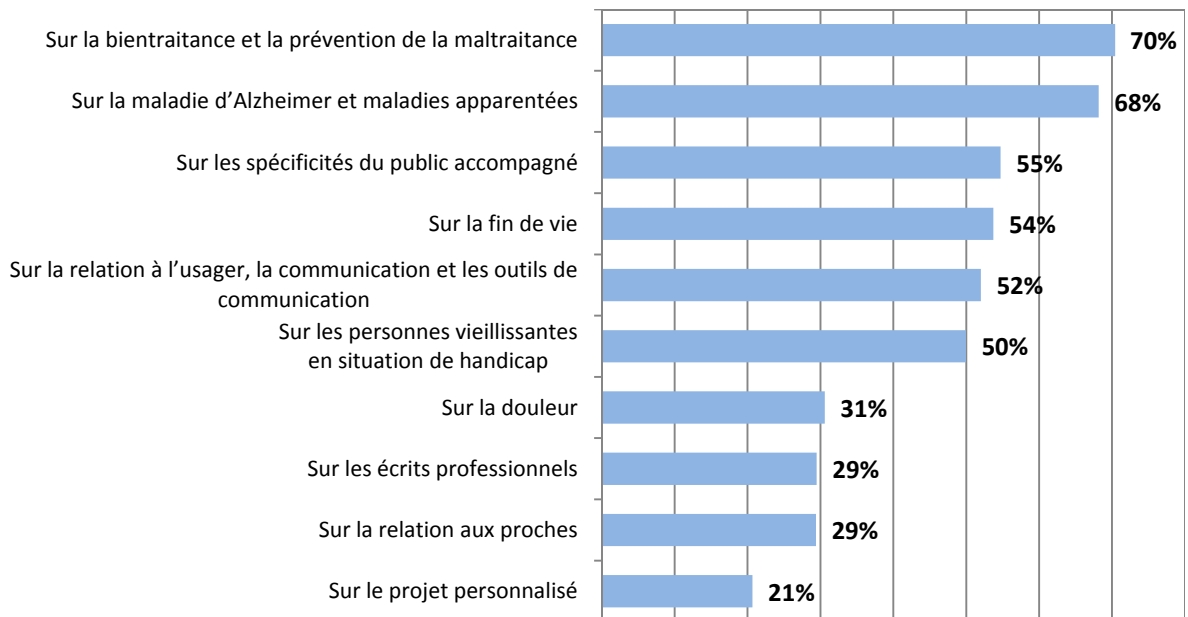
Les services rencontrent principalement des difficultés avec les personnes ayant des troubles cognitifs (33%), des troubles psychiques (30%) et les personnes en fin de vie (12%).

- Pour les SAAD-SAD, les difficultés portent principalement sur l'accompagnement des personnes avec des troubles cognitifs (35% des SAAD-SAD) ou psychiques (26% des SAAD-SAD) et sur l'accompagnement de la fin de vie (14% des SAAD-SAD).
- Pour les SSIAD les difficultés portent principalement sur l'accompagnement des personnes avec des troubles cognitifs (41% des SSIAD), psychiques (23% des SSIAD) ou avec des troubles moteurs (12% des SSIAD) et sur l'accompagnement de la fin de vie (11% des SSIAD).
- Pour les SPASAD, les difficultés portent principalement sur l'accompagnement des personnes avec des troubles psychiques (54% des SPASAD) ou cognitifs (19% des SPASAD).
- Pour les SAMSAH, les difficultés portent principalement sur l'accompagnement des personnes avec des troubles psychiques (46% des SAMSAH) ou cognitifs (18% des SAMSAH) ou avec des problèmes d'addiction (22%).
- Pour les SAVS, les difficultés portent principalement sur l'accompagnement des personnes avec des troubles psychiques (65% des SAVS) et dans une moindre mesure des personnes avec des problèmes d'addiction (20% des SAVS).

Bien que peu mentionnées comme difficulté principale, les difficultés sociales (isolement, précarité économique, difficultés de logement, etc.) sont mentionnées comme plus problématiques pour les SAAD-SAD (7%) et les SSIAD (7%) que pour les SAMSAH (3%) et les SAVS (3%).

3.4.2 Les formations

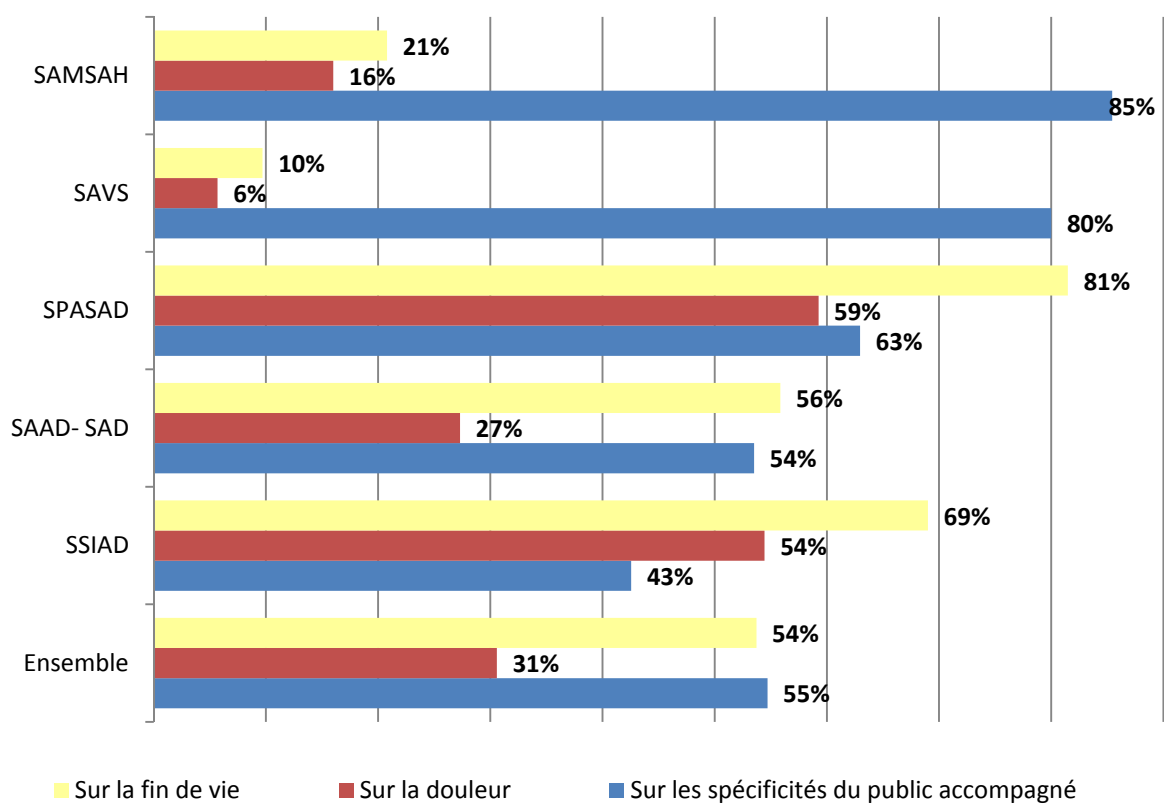
Graphique 49 : Sur quels thèmes, tout ou une partie des intervenants actuellement en poste ont-ils eu une formation de plus de 6 heures, au cours des 3 dernières années :



Clé de lecture: 70% des services ont des intervenants actuellement en poste ayant eu une formation de plus de 6 heures, au cours des 3 dernières années sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance

Source : Enquête Anesm 2013, 3647 répondants

Graphique 50 : Sur quels thèmes, tout ou une partie des intervenants actuellement en poste ont-ils eu une formation de plus de 6 heures, au cours des 3 dernières années :



Clé de lecture: 21% des SAMSAH ont des intervenants actuellement en poste ayant eu une formation de plus de 6 heures, au cours des 3 dernières années sur la fin de vie

Source : Enquête Anesm 2013, 3617 répondants

Il est recommandé de renforcer les compétences des professionnels, notamment celles permettant aux professionnels de communiquer avec les personnes accompagnées ou de mieux accompagner une déficience ou une pathologie (Anesm. Accompagnement à la santé de la personne handicapée. Saint-Denis : Anesm, 2013).

Au cours des trois dernières années, les formations des professionnels ont concerné en priorité la bientraitance et la prévention de la maltraitance pour 70% des services et la maladie d'Alzheimer (ou apparentée) pour 68% des services.

Les possibilités de formation sont dépendantes des stratégies mises en place par le service au regard de la population accompagnée, mais également de l'offre de formation qui existe. Dans ce contexte :

- La formation à la bientraitance et la prévention de la maltraitance concernent plus particulièrement le secteur des personnes âgées (73% contre 57% des services accompagnant principalement des personnes handicapées), dont les SAAD autorisés (81%) et les SPASAD (82%).
- La formation à la maladie d'Alzheimer (ou apparentée) concerne très largement le secteur des personnes âgées (79%). Cependant 6% des SAMSAH et 2% des SAVS disent également avoir formé leurs intervenants à ce type de pathologie au cours des trois dernières années.

Au cours des trois dernières années, 60% des services accompagnant principalement des personnes âgées ont suivi une formation à la fin de vie. Ce type de formation est le plus souvent mis en place par ces services.

- Elle est plus particulièrement investie par les SPASAD (81%), les SAAD autorisés (76%) et les SSIAD (69%). Cependant, on peut noter que 21% des SAMSAH et 10% des SAVS ont proposés ce type de formation à leurs intervenants au cours des 3 dernières années.
- Les SAAD-SAD 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%)⁷⁴.

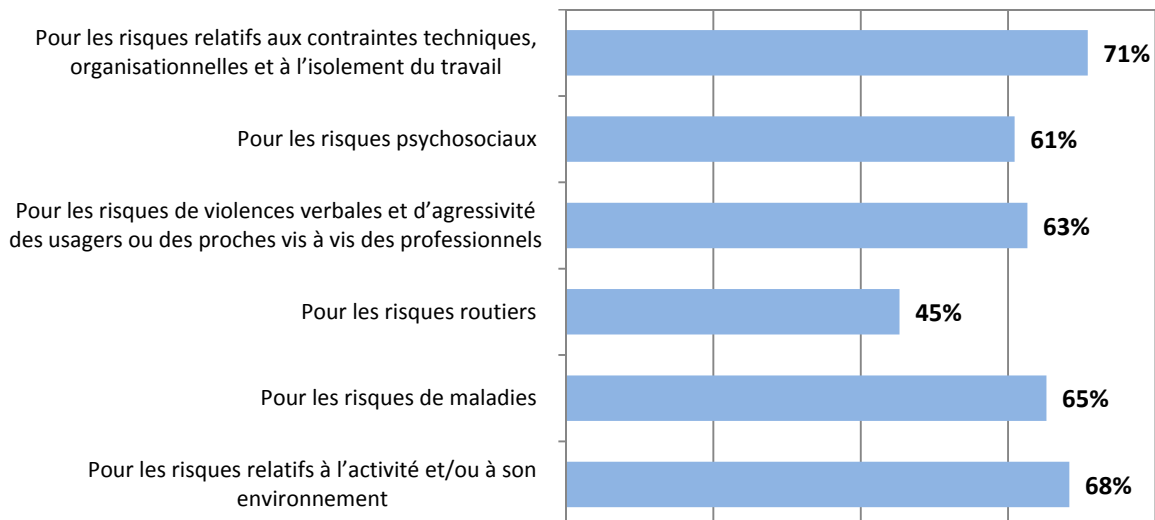
Au cours des 3 dernières années, les SAMSAH (85%) et les SAVS (80%) ont plus souvent formé leurs intervenants aux spécificités du public accompagné que les autres services (62% des SPASAD, 54% des SAAD-SAD, 43% des SSIAD).

Au cours des 3 dernières années, les services médicalisés pour personnes âgées (59% des SPASAD et 54% des SSIAD) ont plus formé leurs intervenants à la douleur que les autres services (16% des SAMSAH, 6% des SAVS, 27% des SAAD-SAD).

⁷⁴ 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.

3.4.3 Les risques professionnels

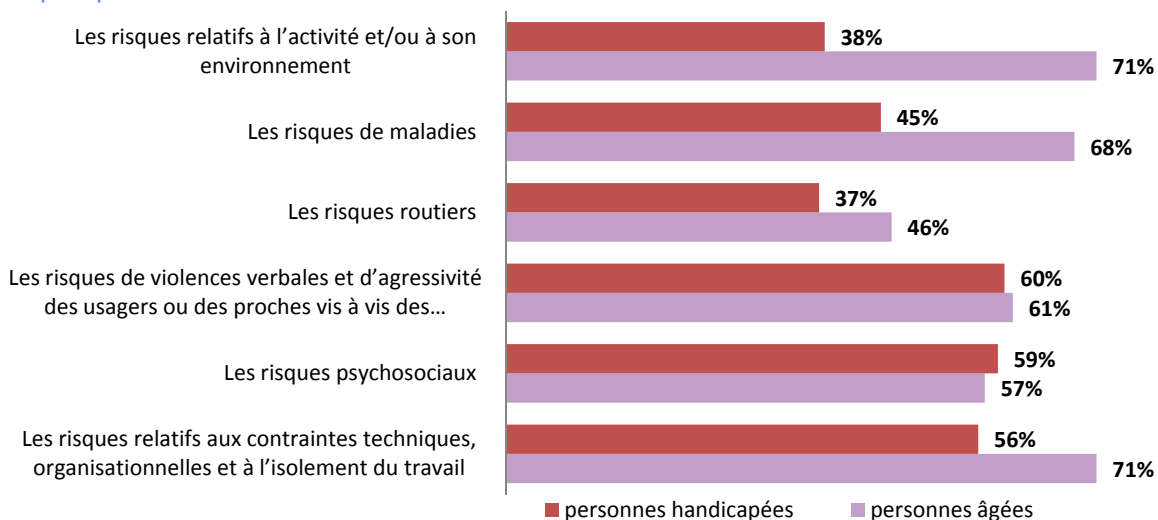
Graphique 51 : Existe-t-il des procédures ou un protocole pour prévenir, repérer et prendre en charge les risques professionnels ?



Clé de lecture: 71% des services ont mis en place une procédure pour les risques relatifs aux contraintes techniques, organisationnelles et à l'isolement du travail

Source : Enquête Anesm 2013, 3679 répondants

Graphique 52 : Existe-t-il des procédures ou un protocole pour prévenir, repérer et prendre en charge les risques professionnels ?



Clé de lecture 38% des services accompagnant principalement des personnes handicapées ont mis en place une procédure pour les risques relatifs aux contraintes techniques, organisationnelles et à l'isolement du travail

Source : Enquête Anesm 2013, 3397 répondants

Dans le cadre de la démarche d'évaluation interne il est recommandé que le service porte une appréciation sur les actions mises en place et leurs effets concernant les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes (Anesm. L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes. Saint-Denis : Anesm, 2012).

Plus de 60% des services mettent en place une procédure ou un protocole pour prévenir, repérer et prendre en charge :

- **les risques relatifs aux contraintes techniques, organisationnelles et à l'isolement du travail** (temps de trajet, horaires d'intervention, temps d'interventions, manutention, gestes répétitifs, relations de travail, etc.) ;
- **les risques psychosociaux** (stress, harcèlement, violence au travail, etc.) ;
- **les risques de violences verbales et d'agressivité des usagers ou des proches vis-à-vis des professionnels ;**
- **les risques de maladies** (contagion, maladie de peau, parasites, exposition au sang, etc.) ;
- **les risques relatifs à l'activité et/ou à son environnement** (utilisation de produits chimiques, accidents électriques, brûlures, présence d'animaux, accessibilité logement, chute de plein pied, troubles musculosquelettiques, etc.).

Les risques routiers (sommolence, conduite avec un téléphone portable, etc.) bénéficient moins de procédures ou de protocoles pour les prévenir, les repérer et les prendre en charge : seulement 45% des services l'ont prévu. Les procédures ou protocoles pour ce type de risque sont plus souvent prévus pour les services intervenant en zone rurale (46%) que ceux intervenant en zone urbaine (39%).

Le secteur des personnes âgées est plus attentif aux problématiques des risques professionnels au domicile que le secteur des personnes handicapées :

- sur les 10 dernières admissions, 60% des services accompagnant principalement des personnes âgées ont systématiquement réalisé un repérage des risques professionnels au domicile de la personne contre 35% des services accompagnant principalement des personnes handicapées.
- des différences existent entre les services accompagnant principalement des personnes handicapées et ceux accompagnant principalement des personnes âgées sur les procédures ou protocoles pour prévenir, repérer et prendre en charge :
 - o les risques relatifs aux contraintes techniques, organisationnelles et à l'isolement du travail : 71% des services pour personnes âgées en disposent contre 56% des services pour personnes handicapées ;
 - o les risques relatifs à l'activité et/ou à son environnement : 71% des services pour personnes âgées en disposent contre 38% des services pour personnes handicapées ;
 - o les risques de maladie : 68% des services pour personnes âgées en disposent contre 45% des services pour personnes handicapées ;
 - o les risques routiers : 46% des services pour personnes âgées en disposent contre 37% des services pour personnes handicapées.

L'ESSENTIEL : 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%).

Une des manières de surmonter ces difficultés est la formation des professionnels. Elles concernent en priorité la bientraitance et la prévention de la maltraitance (70%) et la maladie d'Alzheimer ou apparentée (68%).

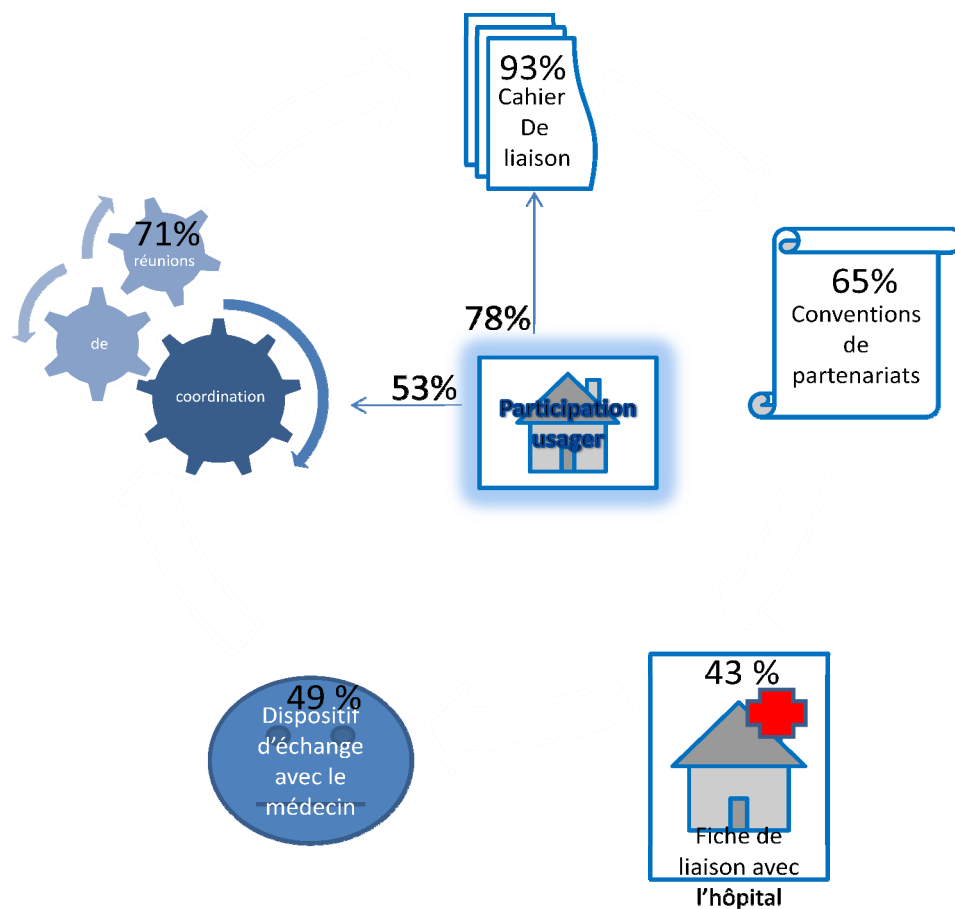
La bientraitance passe également par l'organisation que le service met en place en interne et avec les partenaires.

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%)**. 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 mensuelle pour 36% des services accompagnant principalement des personnes âgées.
- Les temps d'échanges interprofessionnels dans une démarche d'amélioration de la qualité sont moins régulièrement mis en place (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'échange ou, lorsqu'ils existent, c'est de manière moins régulière.
- On peut noter que 4% des services (et plus particulièrement du secteur du handicap) ne sont pas forcément organisés pour assurer une prestation de soins ou un acte essentiel de la vie quotidienne (transfert, toilette, aide pour aller aux toilettes, etc.) en cas d'annulation de la prestation initialement prévue.

Coopération avec les partenaires :

Conformément à leur cadre réglementaire, les SAMSAH (87%) les SPASAD (85%) et les SSIAD (69%) organisent la coordination des différents services et des différents professionnels intervenant auprès des usagers.



Le cahier de liaison est un outil incontournable des services à domicile (93%) à l'exception des SAVS (60%) qui n'interviennent pas systématiquement au domicile des personnes. **Les réunions de coordination** (71%) et la mise en place de **conventions** (65%) sont également des modes de coopération fréquents.

Parmi ces modes de coopération, les usagers sont plus souvent associés au cahier de liaison qu'aux réunions de coordination :

- 78% des services informent régulièrement les usagers du contenu du cahier de liaison ou leurs donnent la possibilité de s'exprimer dedans.
- 53% des services font souvent ou toujours participer les usagers ou leur proche aux réunions de coordination ou aux échanges facilitant la coordination des différents intervenants.

Les services mettent moins fréquemment en place un support facilitant les admissions et sorties d'hospitalisation (43%) ou un dispositif pour échanger avec le médecin traitant (49%).

Les services disposant de professionnels de santé construisent plus régulièrement des rapports privilégiés avec le médecin traitant (78,5% des SAMSAH, 76% des SPASAD, 76% des SSIAD) ou **les hôpitaux** (64,5% des SSIAD, 55% des SPASAD, 39,5% des SAMSAH) que les autres services.

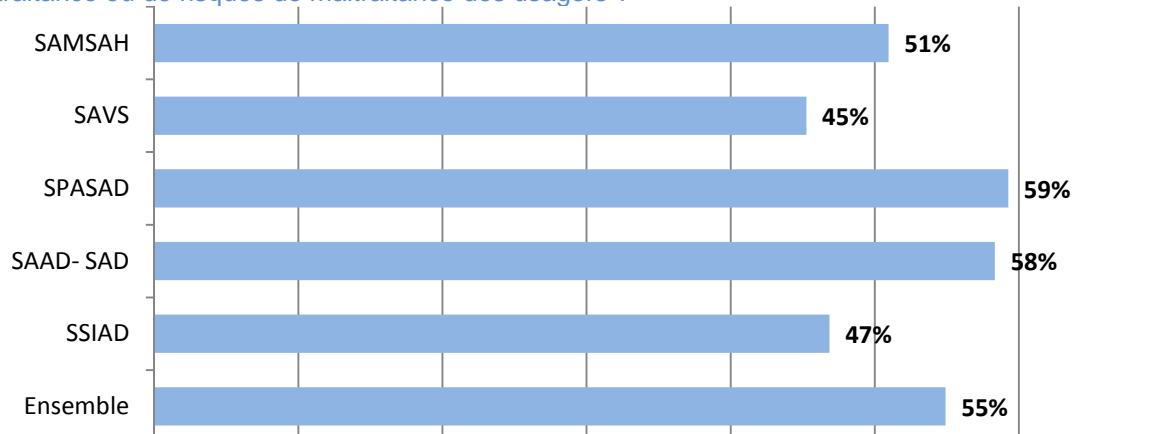
4. Les situations de maltraitance

En 2009, l'Anesm publie une recommandation sur la « Mission du responsable de service et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile ».

75% des signalements concernant des maltraitements sur des personnes âgées et 85% des signalements concernant des maltraitements sur des personnes handicapées surviennent au domicile⁷⁵. Cependant, ce chiffre est élevé dans la mesure où plus de personnes vivent à leur domicile qu'en établissement. En outre, le fait de vivre à domicile, ne veut pas nécessairement dire qu'un professionnel intervient au domicile ou qu'un professionnel travaillant dans un service social et médico-social intervient au domicile.

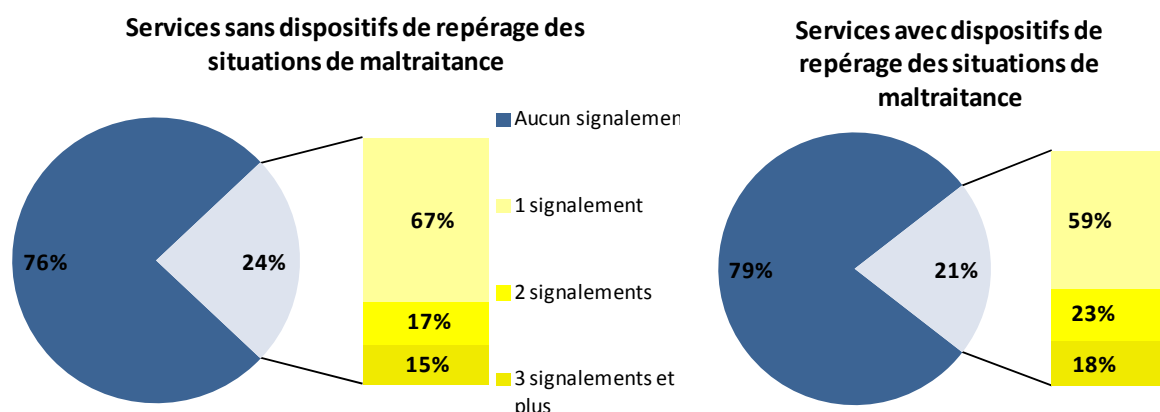
4.1 Les dispositifs ou outils de repérage de la maltraitance

Graphique 53 : Utilisez-vous des dispositifs ou des outils de repérage et de détection des situations de maltraitance ou de risques de maltraitance des usagers ?



Clé de lecture: 51% des SAMSAH utilisent des dispositifs ou des outils de repérage et de détection des situations de maltraitance ou de risques de maltraitance des usagers
Source : Enquête Anesm 2013, 3794 répondants

Graphique 54 : Nombre de signalements pour suspicion de maltraitance selon la mise en place de dispositifs ou d'outils de repérage et de détection des situations de maltraitance ou de risques de maltraitance des usagers



Clé de lecture: 24% des services n'ayant pas mis en place de dispositifs de repérage des situations de maltraitance ont effectué un ou plusieurs signalements en 2012. Parmi ces services, 67% ont effectué un seul signalement.
Source : Enquête Anesm 2013, 3655 répondants

⁷⁵ HABEO. Rapport d'activité 2011. Villejuif : Habéo, 2012.

55% des services utilisent des dispositifs ou des outils de repérage et de détection des situations de maltraitance ou de risques de maltraitance des usagers. Il s'agit le plus souvent des SAAD-SAD (58%) et des SPASAD (59%).

Les principales situations de maltraitance que ces dispositifs ou outils visent sont :

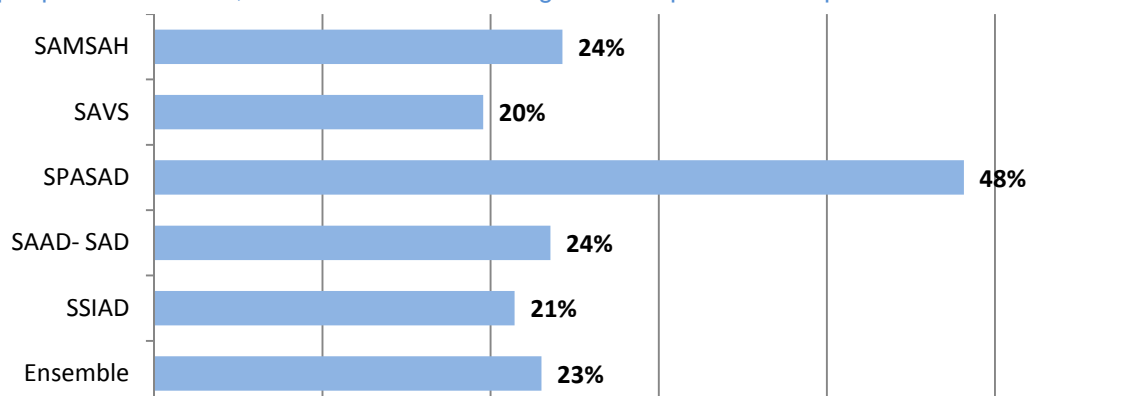
- Les violences psychiques et/ou morales (pour 91% des services utilisant un dispositif de repérage) ;
- Les violences physiques (pour 89% des services utilisant un dispositif de repérage) ;
- Les négligences (87% des services utilisant un dispositif de repérage) ;
- Les violences matérielles et/ou financières (pour 75% des services utilisant un dispositif de repérage).

Parmi les services ayant effectué un ou plusieurs signalement(s), 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.

- Parmi les services ayant effectué un ou plusieurs signalement(s), 41% des services avec un dispositif de repérage ont réalisé 2 signalements ou plus contre 33% sans dispositifs.

4.2 Le nombre de signalements pour suspicion de maltraitance

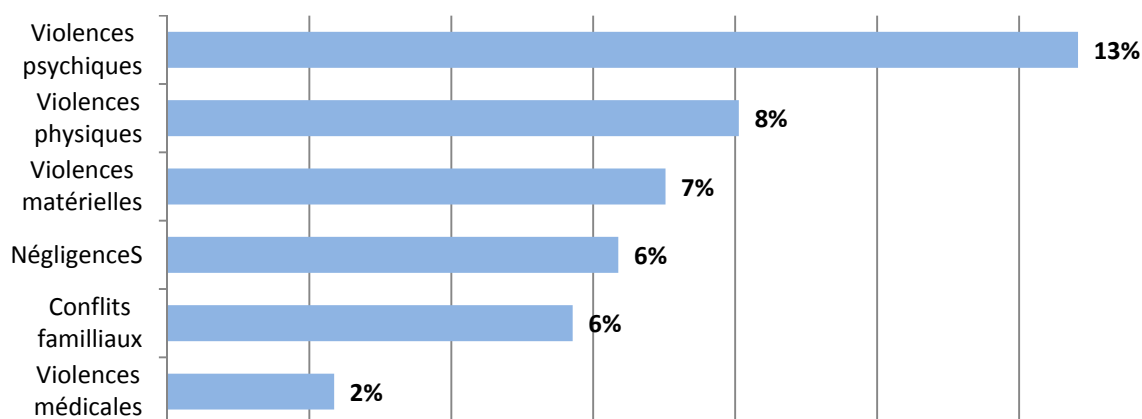
Graphique 55 : En 2012, avez-vous effectué un signalement pour une suspicion de maltraitance ?



Clé de lecture: 24% des SAMSAH ont effectué un signalement pour une suspicion de maltraitance

Source : Enquête Anesm 2013, 3803 répondants

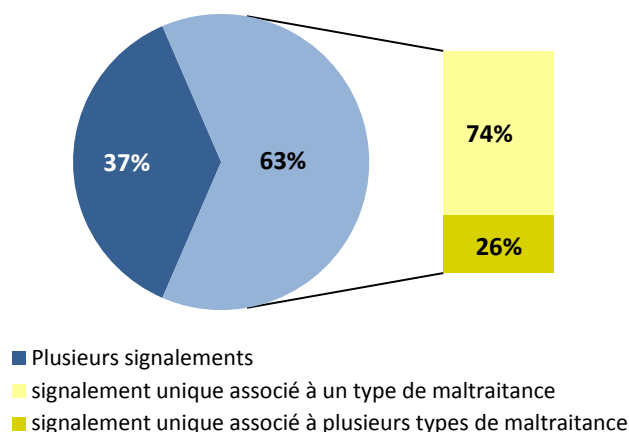
Graphique 56 : Caractéristiques des situations de maltraitance ayant donné lieu à un signalement



Clé de lecture: 13% des services ont été confronté à une ou des situation(s) de violences physiques ayant donné lieu à un signalement

Source : Enquête Anesm 2013, 3803 répondants

Graphique 57 : Répartition du nombre de signalements de maltraitance effectués par les services ayant réalisé un signalement en 2012



Clé de lecture: En 2012, 63% des services ayant fait un signalement pour suspicion de maltraitance en ont fait uniquement un seul. 74% de ces signalements concernaient un seul type de maltraitance

Source : Enquête Anesm 2013, 841 répondants

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 :

- 48% des SPASAD ;
- 33% des SAAD autorisés et 20% des SAAD agréés ;
- 24% des SAMSAH ;
- 21% des SSIAD ;
- 20% des SAVS.

Les enquêtes de l'observatoire de la fondation Médéric Alzheimer observent que 42% des SAAD-SAD et 51% des SSIAD déclaraient avoir été confrontés en 2011 à des cas de maltraitance ou de négligence pour au moins un de leurs usagers atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés⁷⁶.

Cette question sur le signalement pour une suspicion de maltraitance donne un aperçu des maltraitances visibles par le service. Cependant, dans certaines situations, des problématiques éthiques peuvent aboutir à des situations de maltraitances involontaires et qui ne sont pas toujours identifiées comme telles par les professionnels. Pour le domicile, les deux grandes problématiques sont par exemple la gestion des clés (limitation de la liberté d'aller et venir) et des médicaments (observance, iatrogénie, etc.)⁷⁷. Les enquêtes de l'observatoire de la fondation Médéric Alzheimer montrent que 65% des SAAD-SAD et 60% des SSIAD ont au moins un usager pour lequel ils ont dû mettre en place une restriction d'aller et venir. Pour 50% des SAAD-SAD et 34% des SSIAD cette mesure consiste à fermer la porte à clé⁷⁸. Une restriction de la liberté d'aller et venir peut devenir une maltraitance si le service ne s'assure pas de sa nécessité tout au long de l'accompagnement en réévaluant régulièrement ces conditions⁷⁹.

A l'échelle nationale, les premières maltraitances constatées sont les maltraitances psychologiques, suivies des maltraitances financières pour les personnes âgées et physiques pour les adultes handicapés. Cependant, une maltraitance est rarement isolée et est souvent associée à d'autres. Par exemple, l'abus financier, plus fréquent au domicile qu'en institution, peut être associé à des négligences, des maltraitances psychologiques et physiques⁸⁰.

En 2012, parmi les services qui ont effectué un signalement, environ 2 suspicions de maltraitance ont été signalées, en moyenne par service. Au total, pour l'année 2012 :

- 13% des services déclarent avoir été confrontés à une ou des situation(s) de violences psychiques et/ou morales ayant donné lieu à un signalement ;
- 8% des services déclarent avoir été confrontés à une ou des situation(s) de violences physiques ayant donné lieu à un signalement ;

⁷⁶ 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.; Fondation Médéric Alzheimer. Soins infirmiers 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.

⁷⁷ HENNION, A., VIDAL-NAQUET, P. *Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie*. Paris : CSI, MINES-ParisTech, 2012. 348 p.

⁷⁸ 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.; Fondation Médéric Alzheimer. Soins infirmiers 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.

⁷⁹ Anesm. *Accompagnement à la santé de la personne handicapée*. Saint-Denis : Anesm, 2013 ; Anesm. *L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. Qualité de vie en Ehpad. Volet 4*. Saint-Denis : Anesm, 2012. ANAES, FHF. *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et sociaux, et obligation de soins et de sécurité*, Conférence de consensus (Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille), Paris, 24 et 25 novembre 2004. Paris : 2004. 32 p.

⁸⁰ HABEO. *Rapport d'activité 2011*. Villejuif : Habéo, 2012.

- 7% des services déclarent avoir été confrontés à une ou des situation(s) de violences matérielles et/ou financières ayant donné lieu à un signalement ;
- 6% des services déclarent avoir été confrontés à une ou des situation(s) de conflits familiaux, de risque pour l'enfant et de détérioration des liens parents-enfants ayant donné lieu à un signalement ;
- 6% des services déclarent avoir été confrontés à une ou des situation(s) de négligences ayant donné lieu à un signalement ;
- 2% des services déclarent avoir été confrontés à une ou des situation(s) de violences médicales ou médicamenteuses⁸¹ ayant donné lieu à un signalement ;

Aussi bien pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées, les principales maltraitances que ces personnes subissent sont psychologiques, financières et physiques⁸². Pour les personnes handicapées, les violences psychologiques recouvrent également souvent la privation de la citoyenneté (droit de vote, accès à la vie sociale, être considéré comme un acteur économique, etc.)⁸³.

En 2012, 63% des services ayant fait un signalement pour suspicion de maltraitance en ont fait uniquement un seul. Pour cet unique signalement :

- **74% de ces signalements ne faisait l'objet que d'un type de maltraitance ;**
- **26% de ces signalements relevaient de maltraitances multiples :**
 - o 15% de deux maltraitances ;
 - o 7% de trois maltraitances ;
 - o 4% plus de trois maltraitances.

L'enquête montre qu'il existe une corrélation entre l'association de violences médicales⁸¹ et les négligences⁸⁴.

En effet, les violences médicales peuvent prendre différentes formes : non prise en compte de la douleur, abus médicamenteux, manque de soins de base tels que l'hygiène buccodentaire, des pieds, toilette, etc.

Cependant, il s'agit moins d'une malveillance volontaire que la non prise en compte des effets et de l'impact de certains actes. Par exemple, le manque de formation des professionnels à l'évaluation de la douleur ou à la prise en charge de certaines pathologies, les troubles du comportement de la personne aidée, l'intimité trop importante pour l'aidant de certains actes comme la toilette de ses parents, l'épuisement de l'aidant, la non connaissance de certains savoir faire de la part de l'aidant, etc.

⁸¹ 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.

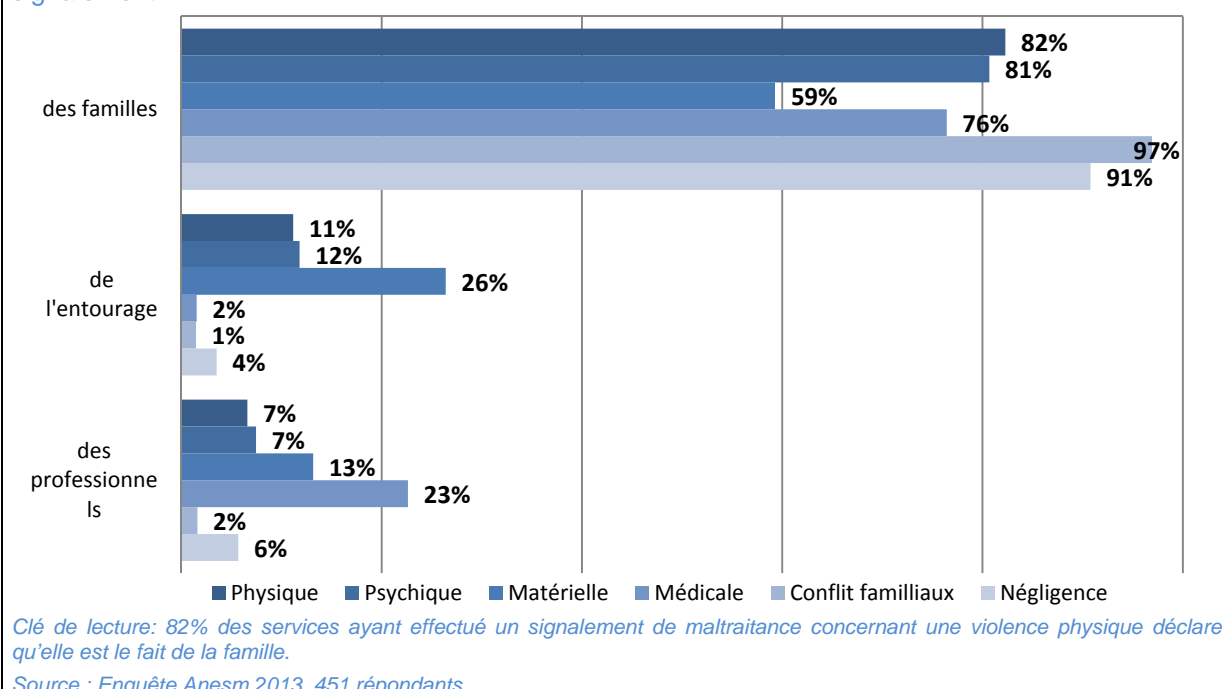
⁸² HABEO. *Rapport d'activité 2011*. Villejuif : Habéo, 2012.

⁸³ HABEO. *Rapport d'activité 2011*. Villejuif : Habéo, 2012.

⁸⁴ Cette association est également observée par HABEO. *Rapport d'activité 2011*. Villejuif : Habéo, 2012.

4.3 La provenance des maltraitements

Graphique 58 : Provenance de la maltraitance lorsque le service a effectué uniquement un seul signalement



Selon les déclarations des services, la maltraitance est, toutes formes confondues, majoritairement le fait des familles ou de l'entourage : **pour plus de 80% des signalements, les services déclarent que les maltraitements sont le fait des familles**. Ces résultats vont dans le même sens que les enquêtes de l'observatoire de la fondation Médéric Alzheimer⁸⁵.

Lorsque les maltraitements proviennent des proches, il s'agit le plus souvent de l'aidant principal (les enfants pour les personnes âgées et le conjoint pour les personnes handicapées)⁸⁶.

Cependant, les maltraitements sont également le fait de professionnels :

- **Pour 23% des signalements concernant les violences médicales ou médicamenteuses⁸¹ ;**
- **Pour 13% des signalements concernant les violences matérielles et/ou financières ;**
- **Pour 7% des signalements concernant les violences physiques ;**
- Pour 7% des signalements concernant les violences psychiques et/ou morales ;
- Pour 6% des signalements concernant les négligences ;
- Pour 2% des signalements concernant les conflits familiaux, de risques pour l'enfant et de détérioration des liens parents-enfants.

Le rapport Habéo montre que lorsqu'elle est le fait de professionnels, il s'agit le plus souvent de professionnels provenant de l'emploi en gré à gré ou mandataires⁸⁷.

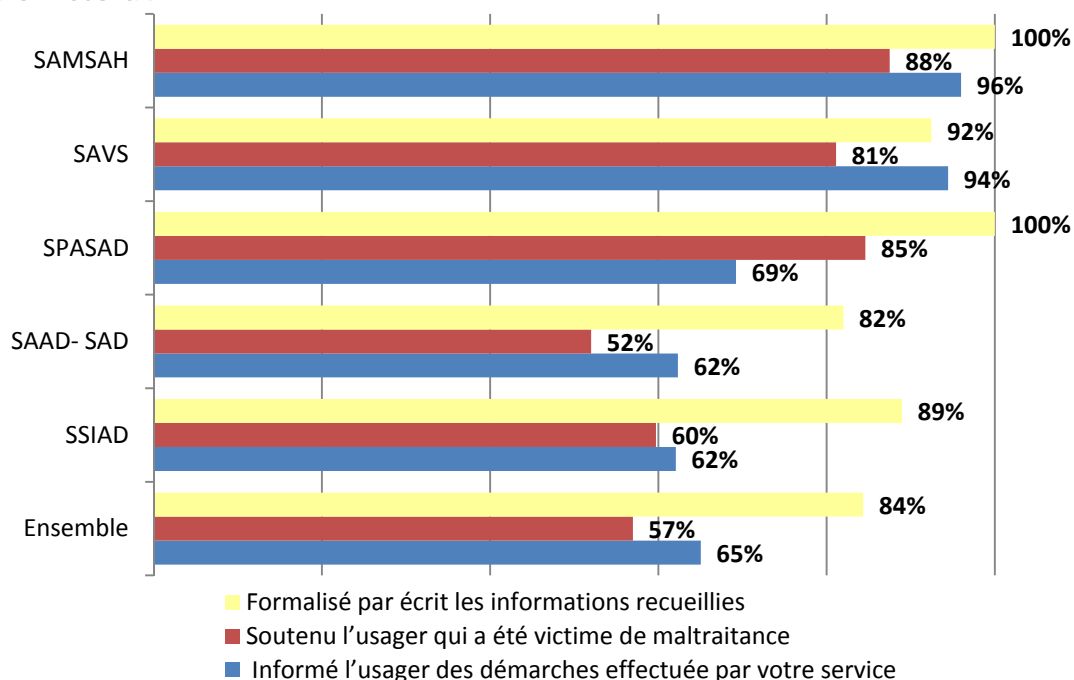
⁸⁵ Fondation Médéric Alzheimer. Aide à domicile et maladie d'Alzheimer. *Lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, -décembre, n°25 ; Fondation Médéric Alzheimer. Soins infirmiers à domicile et maladie d'Alzheimer. *Lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, Mars 2013, n°26.

⁸⁶ HABEO. *Rapport d'activité 2011*. Villejuif : Habéo, 2012.

⁸⁷ HABEO. *Rapport d'activité 2011*. Villejuif : Habéo, 2012..

4.4 L'accompagnement de l'utilisateur par le service en cas de maltraitements

Graphique 59 : Lorsque vous avez effectué un signalement pour une suspicion de maltraitance, qu'avez-vous fait ?



Clé de lecture: 100% des SAMSAH ayant effectué un ou plusieurs signalement(s) de maltraitance ont formalisé par écrit les informations recueillies.

Source : Enquête Anesm 2013, 808 répondants

Recommandation

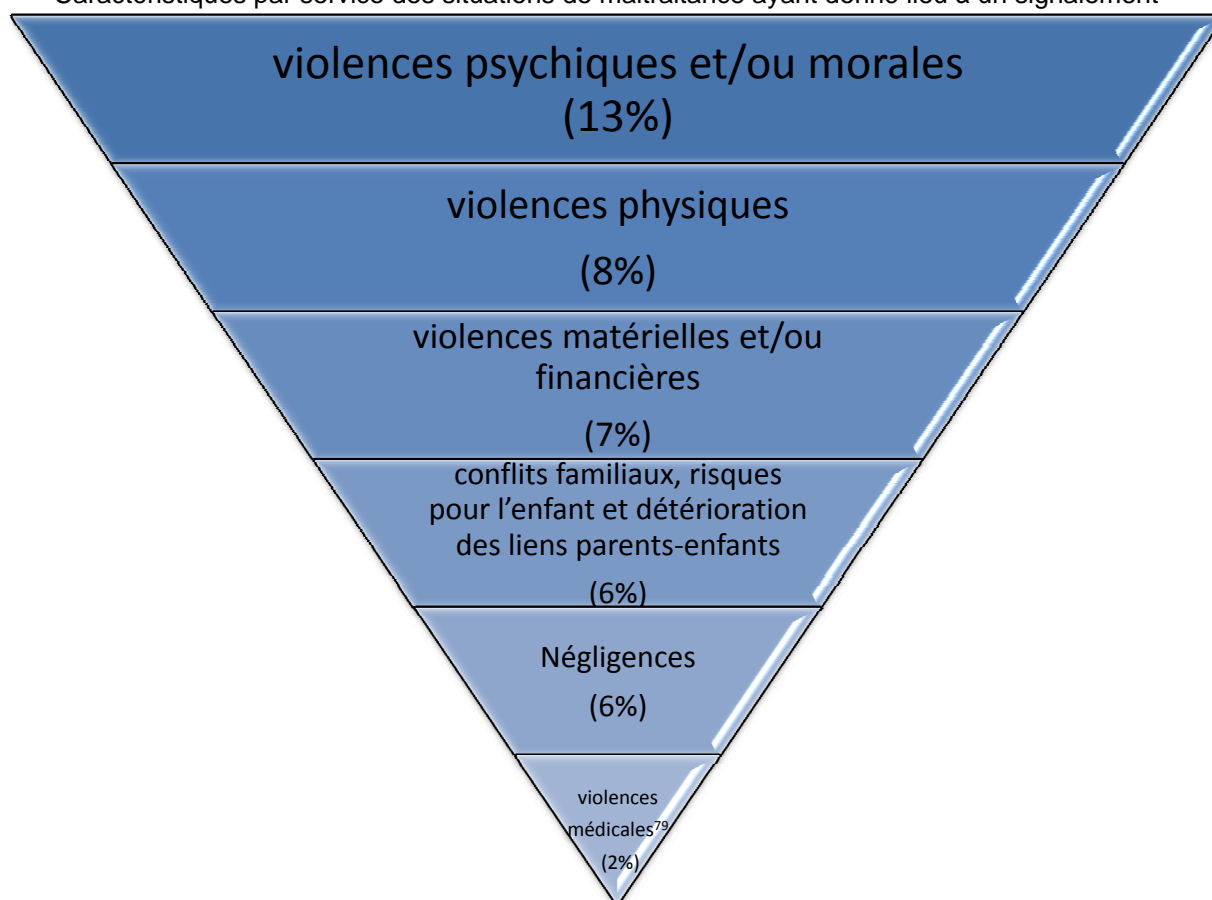
Lorsque l'encadrement a connaissance d'un fait de maltraitance, il est recommandé, notamment, d'informer l'utilisateur et de le soutenir (Anesm. Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile. Saint-Denis : Anesm, 2009).

Suite à un signalement pour une suspicion de maltraitance :

- **84% des services ayant effectué un signalement formalisent par écrit les informations recueillies :**
 - o Il n'existe pas de différence majeure entre les différentes catégories de services.
- **Seulement 57% des services ayant effectué un signalement soutiennent l'utilisateur qui a été victime de maltraitance :**
 - o Les SAMSAH (87%) et les SAVS (81%) soutiennent plus souvent les usagers victimes de maltraitance que les SAD agréés (54%) ou des SAAD autorisés (49%).
- **L'utilisateur n'est pas informé des démarches effectuées par le service ayant effectué un signalement pour 35% d'entre eux :**
 - o Les SAMSAH et les SAVS n'informent pas les usagers victimes de maltraitance pour seulement 5% d'entre eux contre 31% des SPASAD, 38% des SSIAD, 38% des SAAD-SAD.

L'ESSENTIEL : les situations de maltraitements signalées

Caractéristiques par service des situations de maltraitance ayant donné lieu à un signalement



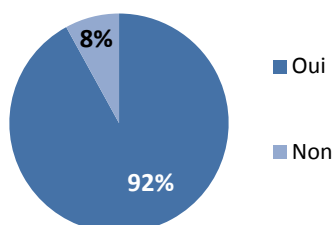
En 2012, **23% des services ayant répondu à l'enquête disent avoir effectué un signalement pour une suspicion de maltraitance pour au moins un de leurs usagers**. Un tiers des situations relève de maltraitements multiples associant plusieurs formes de maltraitance (médicales ou médicamenteuses ; matérielles et/ou financières ; les violences physiques ; psychiques et/ou morales ; les négligences ; les conflits familiaux, de risques pour l'enfant et de détérioration des liens parents-enfants)

Selon les déclarations des services, la maltraitance est, toutes formes 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.

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

5.1 Les enquêtes de satisfaction

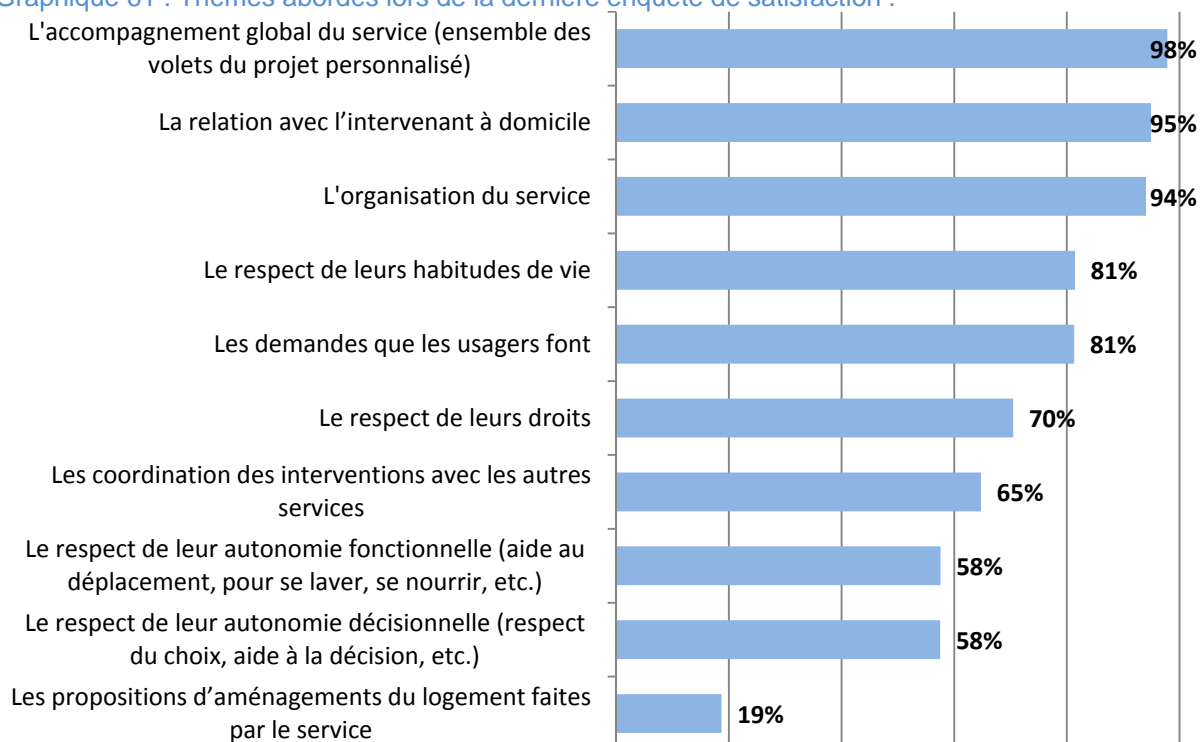
Graphique 60 : Une enquête de satisfaction auprès des usagers est mise en place par votre service :



Clé de lecture: 92% des services mettent en place une enquête de satisfaction auprès des usagers

Source : Enquête Anesm 2013, 3774 répondants

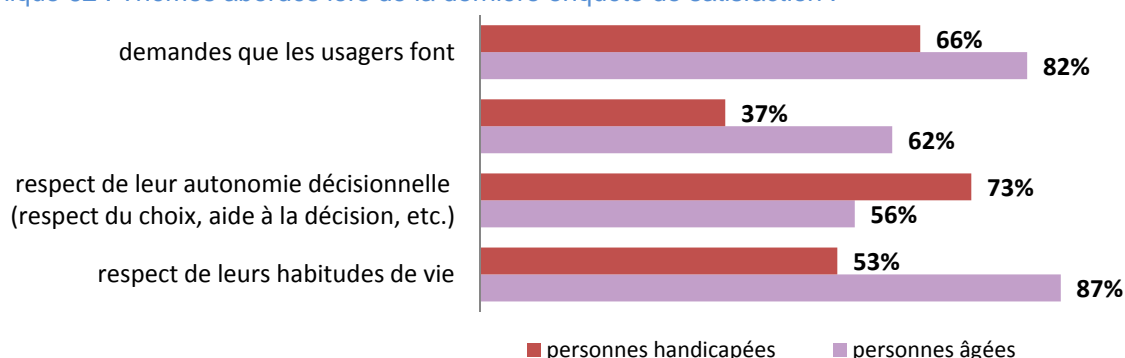
Graphique 61 : Thèmes abordés lors de la dernière enquête de satisfaction :



Clé de lecture: 98% des services ont abordé l'accompagnement global du service lors de la dernière enquête de satisfaction auprès des usagers

Source : Enquête Anesm 2013, 3716 répondants

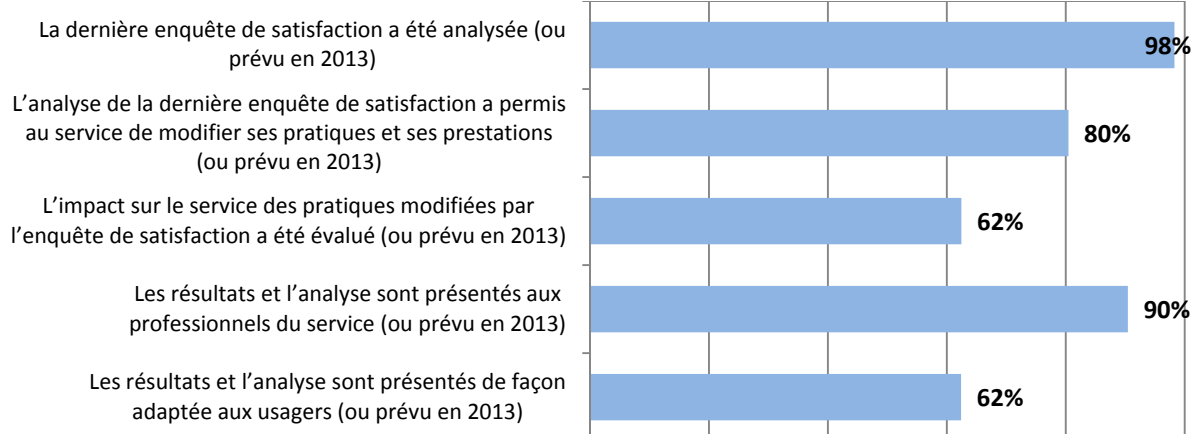
Graphique 62 : Thèmes abordés lors de la dernière enquête de satisfaction :



Clé de lecture : 66% des services accompagnant principalement des personnes handicapées ont abordé les demandes faites par les usagers lors de la dernière enquête de satisfaction

Source : Enquête Anesm 2013, 2905 répondants

Graphique 63 : Comment la dernière enquête de satisfaction proposée aux usagers a-t-elle été utilisée ?



Clé de lecture: 98% des services ont analysé la dernière enquête de satisfaction (ou compte le faire en 2013).

Source : Enquête Anesm 2013, 3442 répondants

L'enquête de satisfaction est une obligation pour les SAD agréés⁸⁸ et les services autorisés prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participation (CVS, groupe d'expression, consultation)⁸⁹. Dans tous les cas, cela reste la forme de participation la plus courante pour les services.

92% des services mettent en place une enquête de satisfaction auprès des usagers :

- Ce mode de participation est moins utilisé par les SAMSAH (69%) et les SAVS (67%) que par les SAAD-SAD (96%), les SSIAD (93%) et les SPASAD (100%).

Recommandation

Dans le cadre de la démarche d'évaluation interne il est recommandé que le service définisse des indicateurs permettant de porter une appréciation sur l'évolution des actions mises en place et leurs effets notamment pour : le respect des droits des usagers, la relation entre les professionnels et les usagers, la cohérence des actions du service, sur les réclamations, sur le respect de l'autonomie et des habitudes de vie (Anesm. L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes. Saint-Denis : Anesm, 2012).

Les thématiques les plus souvent abordées dans les questionnaires sont la satisfaction par rapport :

- **à l'accompagnement global⁹⁰** pour 98% des services qui mettent en place une enquête de satisfaction.
- **à leur relation avec l'intervenant à domicile** pour 95% des services qui mettent en place une enquête de satisfaction.
- **à l'organisation du service** (heure d'arrivée, retard, annulation d'une intervention, etc.) pour 94% des services qui mettent en place une enquête de satisfaction.

⁸⁸ L'arrêté du 26 décembre 2011 fixant le cahier des charges prévu à l'article R. 7232-7 du code du travail précise que les services agréés font « procéder au moins une fois par an à une enquête auprès des bénéficiaires sur leur perception de la qualité des interventions ».

⁸⁹ D. 311-3 et D. 311-21 du CASF.

⁹⁰ L'accompagnement global comprend l'ensemble des volets du projet personnalisé

- **aux demandes que les usagers font** (réclamation, demande de changement d'intervention, délai de traitement de la demande, etc.) pour 81% des services qui mettent en place une enquête de satisfaction.
- **au respect des habitudes de vie** (horaires du lever, des repas, de la toilette, du coucher, goût alimentaire, tâche ménagère, etc.) pour 81% des services qui mettent en place une enquête de satisfaction.
- **au respect de leurs droits** (vie privée, intimité, sécurité, libre choix, etc.) : 70% des services qui mettent en place une enquête de satisfaction.

Le taux de satisfaction pour ces différents items est de plus de 75% pour plus de 80% des services.

Des différences existent entre le secteur des personnes âgées et celui des personnes handicapées concernant la prévalence de certains thèmes dans l'enquête de satisfaction :

- L'autonomie décisionnelle (respect du choix, aide à la décision, etc.) est plus souvent abordée dans les enquêtes de satisfaction des services accompagnant principalement des personnes handicapées :
 - o 73% d'entre eux abordent le respect de l'autonomie décisionnelle (contre 56% des services accompagnant principalement des personnes âgées).
- Le respect de l'autonomie fonctionnelle (aide au déplacement, pour se laver, se nourrir, etc.), les demandes faites par les usagers et le respect des habitudes de vie sont plus souvent abordés dans les enquêtes de satisfaction des services accompagnant principalement des personnes âgées :
 - o 62% des services accompagnant principalement des personnes âgées ayant mis en place une enquête de satisfaction abordent le respect de l'autonomie fonctionnelle (contre 37% des services accompagnant principalement des personnes handicapées)
 - o 82% d'entre eux abordent les demandes faites par les usagers (contre 66% des services accompagnant principalement des personnes handicapées).
 - o 87% des services accompagnant principalement des personnes âgées ayant mis en place une enquête de satisfaction abordent les habitudes de vie (contre 53% des services accompagnant principalement des personnes handicapées)

Recommandation

Il est recommandé d'analyser collectivement le questionnaire de satisfaction (Anesm. Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique. Saint-Denis : Anesm, 2012 / Anesm. La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie. Saint-Denis : Anesm, 2010 / Anesm. Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale. Saint-Denis : Anesm, 2008).

L'enquête de satisfaction est analysée par l'ensemble des services.

La dernière enquête de satisfaction qui a été réalisée a été analysée ou sera analysée par 98% des services. Il n'y a pas de différence majeure entre les différents types de service.

Il est recommandé de communiquer sur les résultats de manière adaptée aux professionnels et aux usagers (Anesm. Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique. Saint-Denis : Anesm, 2012 / Anesm. La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie. Saint-Denis : Anesm, 2010 / Anesm. Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale. Saint-Denis : Anesm, 2008).

L'enquête de satisfaction est généralement présentée aux professionnels, mais plus rarement aux usagers.

Les résultats et l'analyse de la dernière enquête de satisfaction ont été présentés de façon adaptée aux usagers pour 62% des services (ou le sera en 2013) et présentés aux professionnels pour 90% des services (ou le sera en 2013) :

- Concernant la présentation des résultats aux professionnels, il n'y a pas de différence majeure entre les différents types de service.
- Concernant la présentation des résultats aux usagers, cette pratique est plus souvent faite dans le secteur des personnes handicapées (78%) que dans celui des personnes âgées (62%).

Il est recommandé d'apporter des solutions face aux problèmes qu'a pu soulever le questionnaire (Anesm. Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique. Saint-Denis : Anesm, 2012 / Anesm. La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie. Saint-Denis : Anesm, 2010 / Anesm. Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale. Saint-Denis : Anesm, 2008).

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

80% des services ont modifié leurs pratiques et leurs prestations suite à l'analyse de la dernière enquête de satisfaction (ou l'analysera en 2013).

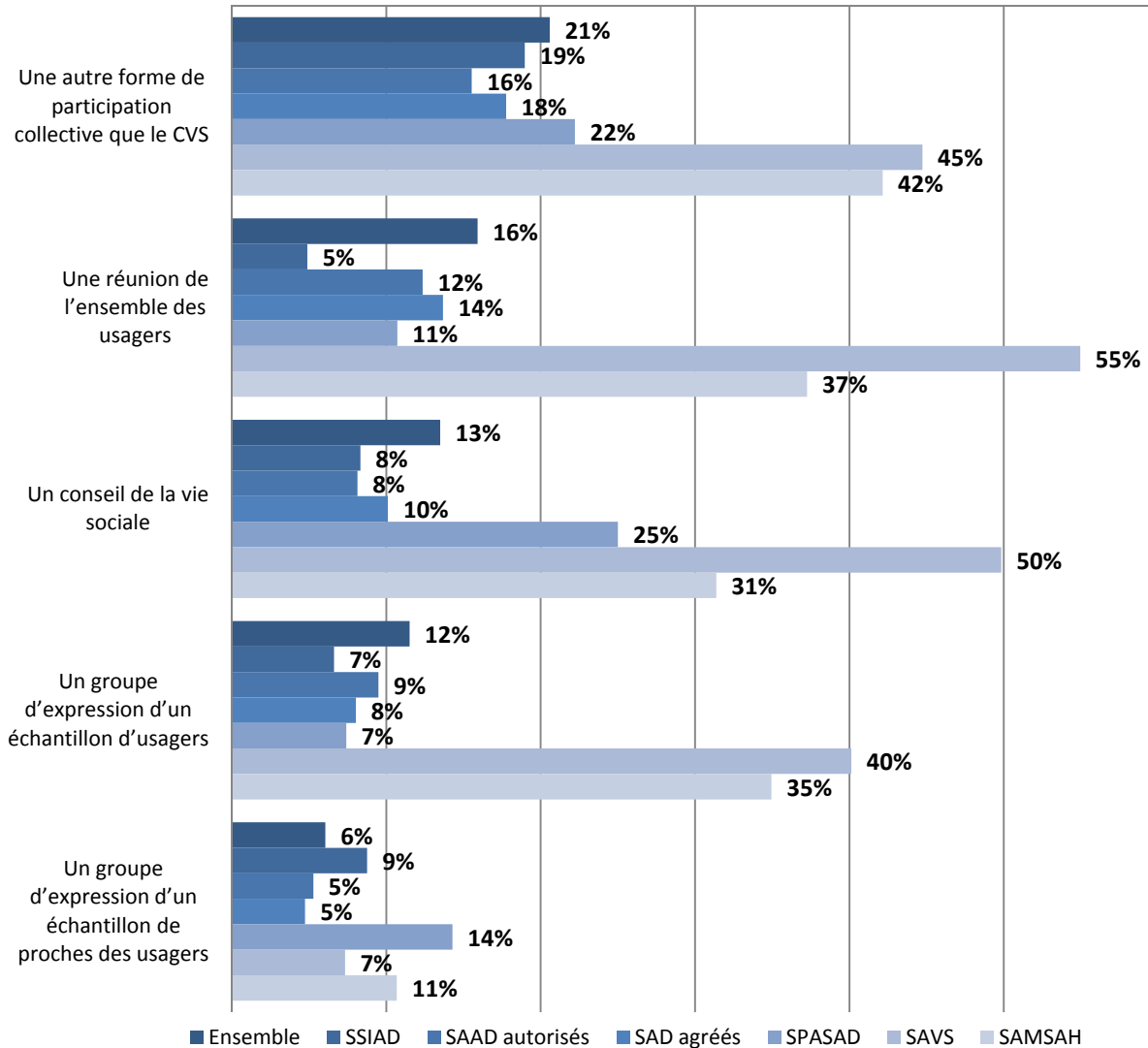
62% des services ont évalué l'impact sur le service des pratiques modifiées par l'enquête de satisfaction (ou le fera en 2013).

Pour ces deux modalités, il n'y a pas de différence majeure entre les différents types de service.

5.2 Les autres formes de participation

5.2.1 La mise en place d'autres formes de participation

Graphique 64 : Actuellement, quelles modalités de participation collective de l'utilisateur sont mises en place par le service ?



Clé de lecture: 21% des services mettent en place une autre forme de participation collective que le CVS

Source : Enquête Anesm 2013, 3728 répondants

Il est recommandé de diversifier les modes de communication collectifs et de privilégier la parole des usagers, mais de prendre également en compte l'expression des proches (sans la confondre avec celle des usagers) (Anesm. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Saint-Denis : Anesm, 2008).

Si le public accompagné le permet, le service met en place un CVS ou d'autres formes de participation collectives en complément ou en substitution de l'enquête de satisfaction. En Ehpad, il est d'ailleurs recommandé de développer d'autres formes de participation collective car les usagers pourront exprimer des choses différentes en fonction de l'instance (Anesm. La vie sociale des résidents. Qualité de vie en Ehpad. Volet 3. Saint-Denis : Anesm, 2012).

D'autres formes de participation des usagers à l'évolution du fonctionnement du service peuvent se mettre en place, bien que le nombre de services à le faire reste minoritaire.

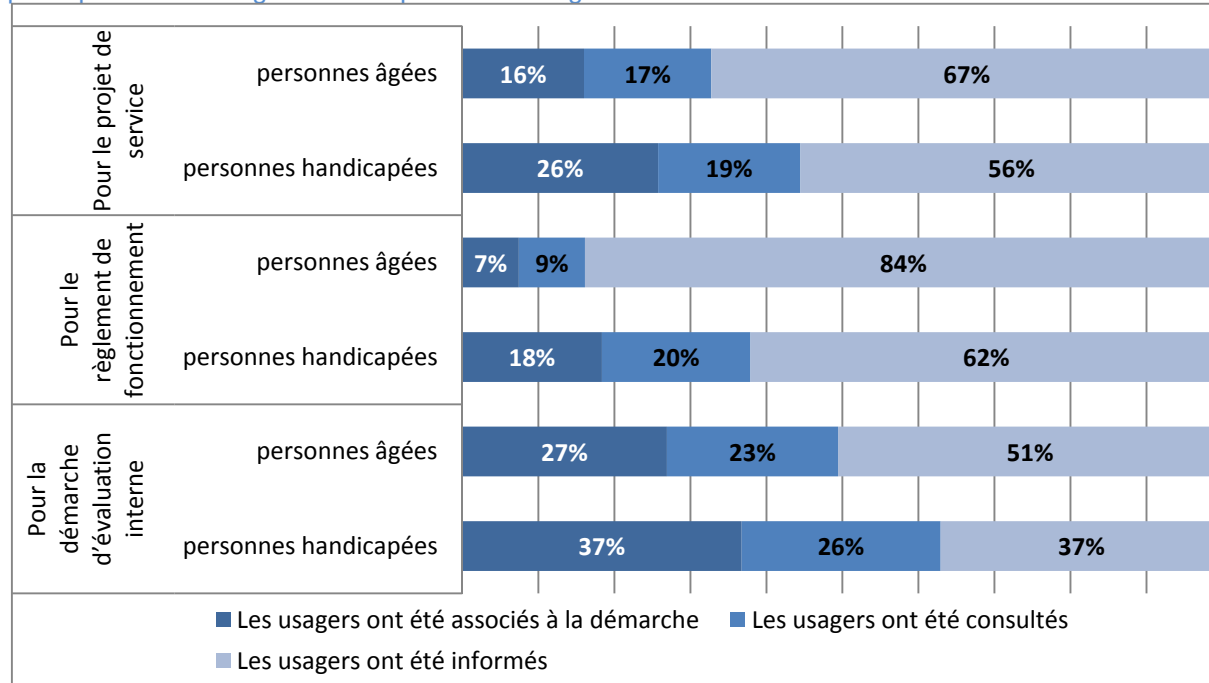
- 16% des services mentionnent la mise en place de réunions de l'ensemble des usagers (dont 37% de SAMSAH et 55% de SAVS).
- 13% des services mentionnent l'existence d'un CVS (dont 31% de SAMSAH et 50% de SAVS).
- 12% des services mentionnent l'existence de groupes d'expression d'un échantillon d'usagers (dont 35% de SAMSAH et 40% de SAVS).
- 6% des services mentionnent l'existence de groupes d'expression d'échantillon de proche d'usagers.

Au final, 42% des services disent proposer une autre forme d'expression que l'enquête de satisfaction, en particulier pour les services accompagnant principalement des personnes handicapées (83% contre 33% des services accompagnant principalement des personnes âgées).

Même si 60% des services proposent uniquement une enquête de satisfaction, les formes de participations peuvent également se combiner : 37% des services disent combiner l'enquête de satisfaction à d'autres formes de participation.

5.2.2 La participation des usagers à l'évaluation interne, au règlement de fonctionnement et au projet de service

Graphique 65 : Depuis l'ouverture du service, dans quel projet lié au fonctionnement du service, la participation des usagers a-t-elle pu être envisagée ?



Clé de lecture: 16% des services accompagnant principalement des personnes âgées ont associé les usagers à l'élaboration du projet de service

Source : Enquête Anesm 2013, 2815 répondants

Recommandations et Repères juridiques

Le projet de service (L311-8 du CASF), le règlement de fonctionnement (L311-7, R311-33 à R311-37 du CASF) et la démarche d'évaluation interne (L312-8 et D312-204 du CASF) sont des obligations pour les services relevant du régime de l'autorisation. Les services fonctionnant sous le régime de l'agrément sont dispensés d'évaluation interne (D347-2 du CASF) et l'arrêté du 26 décembre 2011 fixant le cahier des charges prévu à l'article R. 7232-7 du code du travail ne demande pas l'élaboration d'un projet de service ou d'annexer un règlement de fonctionnement au livret d'accueil.

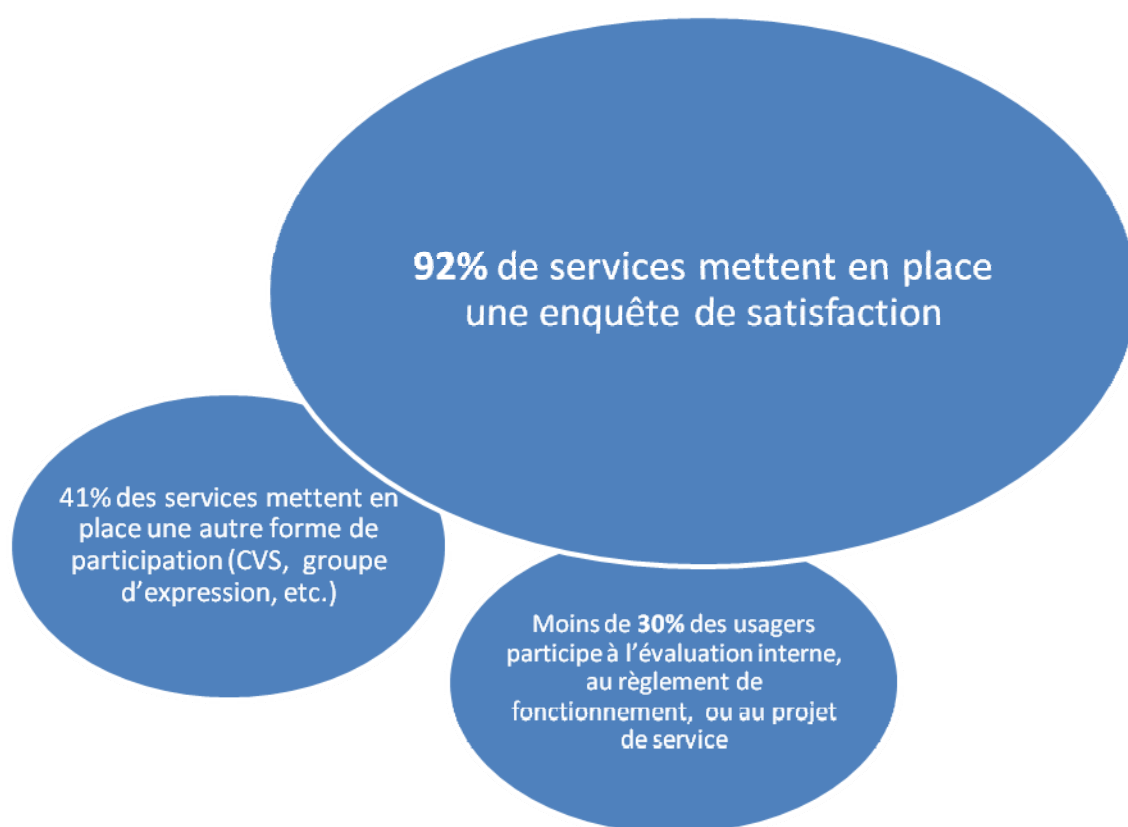
Il est recommandé que l'élaboration du projet de service, le règlement de fonctionnement et la mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne incluent la participation directe ou indirecte des usagers en proposant des formes adaptées à leur implication. (Anesm. Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service. Saint-Denis : Anesm, 2010 / Anesm. 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. Saint-Denis : Anesm, 2009).

Les usagers sont relativement peu associés à la démarche d'évaluation interne (30% de services l'ont mise en place), à l'élaboration du projet de service (18% de services l'ont mis en place) et du règlement de fonctionnement (9% de services l'ont mis en place).

Les services accompagnant principalement des personnes handicapées associent plus souvent les usagers pour ces différentes démarches :

- 37% des services accompagnant principalement des personnes handicapées et ayant mis en place la démarche d'évaluation interne y ont associé les usagers (contre 27% des services accompagnant principalement des personnes âgées).
- 26% des services accompagnant principalement des personnes handicapées et ayant formalisé un projet de service, ont associé les usagers à son élaboration (contre 16% des services accompagnant principalement des personnes âgées).
- 18% des services accompagnant principalement des personnes handicapées et ayant formalisé un règlement de fonctionnement, ont associé les usagers à son élaboration (contre 7% des services accompagnant principalement des personnes âgées).

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



L'enquête de satisfaction est la forme de participation la plus courante pour les services (92%). Cependant, d'autres formes de participation des usagers à l'évolution du fonctionnement du service peuvent se mettre en place (41%). Bien que plus rare, il peut également s'agir de la démarche d'évaluation interne (30%) de l'élaboration du projet de service (18%) ou du règlement de fonctionnement (9%).

L'enquête de satisfaction est analysée par l'ensemble des services (98%).

L'enquête de satisfaction est généralement présentée 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%).

Annexe 1 - Présentation des services d'aide et de soins à domiciles

Services	Description de l'activité	Publics accompagnés
Services d'aide d'accompagnement domicile (SAAD) et à	<p>Ils concourent au soutien à domicile, à la préservation ou à la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.</p> <p>Ils assurent au domicile ou à partir de leur domicile des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne (aide au lever, aide à l'habillage, aide à l'hygiène, etc.), hors ceux réalisés sur prescription médicale par les services de soins.</p>	<p>Personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou en perte d'autonomie.</p> <p>Personnes adultes en situation de handicap.</p>
services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	<p>Ils assurent sur prescription médicale des prestations de soins infirmiers (soins techniques ou soins de base relationnels) au domicile de la personne ou éventuellement en établissement non-médicalisé (foyer logement, domicile collectif, etc.). Ils ont pour vocation tant d'éviter l'hospitalisation, que de faciliter les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation ; ils visent aussi à prévenir ou retarder la perte d'autonomie et l'admission dans des établissements sociaux et médico-sociaux lorsque cette entrée ne correspond pas au souhait des personnes.</p>	<p>Personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou d'une affection de longue durée.</p>
services polyvalents de soins et d'aide à domicile (SPASAD)	<p>Ils assurent les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile et d'un service de soins infirmiers à domicile.</p>	
Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	<p>Ils contribuent à la réalisation du projet de vie des personnes par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels.</p>	<p>Personnes adultes en situation de handicap.</p>
Services d'accompagnement médico social pour adultes handicapés (SAMSAH)	<p>Ils assurent un accompagnement médical, paramédical et social.</p>	

Annexe 2 - Données structurelles des services enquêtés

Places autorisées et personnes accompagnées par service :

Type de service	Moyenne du nombre de places autorisées	Moyenne du nombre de personnes handicapées	Moyenne du nombre de personnes âgées
SAVS	46	50	
SAMSAH	27	34	
SPASAD		55	644
		(en moyenne, 195 usagers sont accompagnés conjointement par le SAAD et le SSIAD)	
SAAD autorisés (prestataires)		43	425
SAD agréés (prestataires)		16	127
SSIAD	58	5	51

En 2013, les SAMSAH, SAVS et les SSIAD ayant répondu à l'enquête ont une capacité d'accompagnement moyenne de 54 places autorisées :

- Les SAMSAH déclarent accompagner en moyenne 34 personnes handicapées.
- Les SAVS déclarent accompagner en moyenne 50 personnes handicapées.
- 63% des SPASAD accompagnent plus de 90% des personnes âgées. Ils déclarent accompagner en moyenne 644 personnes âgées et 55 personnes handicapées. En moyenne 195 personnes sont accompagnées conjointement par le SAAD et le SSIAD du SPASAD.
- 63% des SAAD-SAD accompagnent plus de 90% des personnes âgées et 2% plus de 90% des personnes handicapées :
 - o Les SAAD autorisés déclarent accompagner en moyenne 425 personnes âgées et 43 personnes handicapées.
 - o Les SAD agréés déclarent accompagner en moyenne 127 personnes âgées et 16 personnes handicapées.
- 89% des SSIAD accompagnent plus de 90% de personnes âgées et 2% plus de 90% de personnes handicapées. Les SSIAD déclarent accompagner en moyenne 51 personnes âgées et 5 personnes handicapées.

Besoin d'accompagnement des personnes accompagnées :

Type de service	Pourcentage de services accompagnant plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement importants dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui	Pourcentage de services accompagnant plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement importants dans la vie quotidienne	Pourcentage de services accompagnant plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement importants dans la vie quotidienne et dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui
SAVS	72%	43%	35%
SAMSAH	88%	71%	62%
SPASAD	63%	96%	62%
SAAD autorisés (prestataires)	50%	79%	46%
SAD agréés (prestataires)	49%	75%	46%
SSIAD	65%	99%	63%

En 2013, les services accompagnent principalement des personnes ayant des difficultés dans la vie quotidienne, en particulier les SSIAD et les SPASAD :

- 78% des services accompagnent plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement importants dans la vie quotidienne.
- Ce chiffre passe à 99% pour les SSIAD et 96% pour les SPASAD.

Par ailleurs 55% des services accompagnent plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement importants dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui. Il s'agit le plus souvent des SAMSAH (88%) et des SAVS (72%).

49% des services accompagnent plus de 75% de personnes ayant des besoins d'accompagnement importants dans la vie quotidienne et dans l'expression de leurs besoins et attentes et dans la relation à autrui. Il s'agit le plus souvent de services médicalisés : 63% des SSIAD, 62% des SAMSAH et 61% des SPASAD.

Répartition des services par zone d'intervention :

Type de service	Zone urbaine	Zone rurale	Zone mixte
SAVS	24%	20%	56%
SAMSAH	24%	5%	71%
SPASAD	34%	24%	43%
SAAD autorisés (prestataires)	19%	34%	47%
SAD agréés (prestataires)	30%	20%	50%
SSIAD	23%	30%	46%

En 2013, 24% des services interviennent en zone rurale, 26% en zone urbaine et 49% en zone urbaine et rurale.

Répartition des services ayant une certification ou un CPOM :

Type de service	Pourcentage de services avec une certification de service	Pourcentage de services avec une autre certification	Pourcentage de services ayant un CPOM
SAVS		7%	17%
SAMSAH		9%	22%
SPASAD	36%	8%	15%
SAAD autorisés (prestataires)	27%	7%	9%
SAD agréés (prestataires)	28%	8%	3%
SSIAD	12%	10%	13%

En 2013, 30% des services déclarent avoir une certification (de service ou non). Les SPASAD et SAAD-SAD sont les services les plus engagés dans une démarche de certification.

Annexe 3 : les contributeurs à l'élaboration de l'enquête

⇒ Conduite des travaux

Equipe projet de l'ANESM :

Cyril DESJEUX, responsable de projet

Mahel BAZIN, chargé d'étude statistique

Nicolas BOUTIN, chargé d'étude statistique

Marie-Pierre HERVY, responsable du service Pratiques professionnelles

Géraldine MAGNIER, responsable de service Pratiques professionnelles

Nagette DERRAZ, secrétaire du service Pratiques professionnelles

Analyse documentaire :

Patricia MARIE, documentaliste

Coordination éditoriale

Yaba BOUESSE, chargée de communication / webmaster

Direction des travaux : Didier CHARLANNE, Directeur de l'Anesm

⇒ Participants

Comité d'organisation

- LÉON Christophe, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- RICOUR Loïc, Défenseur des droits
- SCHOEFFTER Philippe, Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)
- TERRASSON Dominique, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Groupe de travail

- ANDRIANT Vololona, Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire
Confédération syndicale des familles (FNAAFP/CSF)
- BANCEL ARAMPAMOORTY Tharshini, Fédération des établissements hospitaliers et
d'aide à la personne (Fehap)
- COLLOMB Maud, Aide à domicile en milieu rural (ADMR)
- COUDRE Jean-Pierre, Atmosphère
- GAYET Carole, Institut national de recherche et de sécurité (INRS)
- JUNG Elodie, Association française des aidants
- MALNOU Annabelle, Fédération hospitalière de France (FHF)
- MANGIN Rémi, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (Una)
- MARION Evelyne, Association des paralysés de France (APF)
- MÜLLER Alice, Croix-Rouge française

- PODEVIN-DELANNOY Ghyslaine, Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)
- ROCHETTE Aurore, Adessadomicile
- VILLEZ Alain, Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss)

Groupe de lecture

- LE BERRE Yann, responsable projets évaluation-qualité Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei)
- FOHRENBACH Michel, Union nationale des associations de familiales (Unaf)
- JAMOT Jean-Claude, Générations mouvement - Les aînés ruraux
- MALATIA Christian-Jacques, Unaf
- MOLLARD-PALACIOS Judith, Association France Alzheimer et maladies apparentées

Services ayant participé à la phase de test

- « A Domicile 45 », SAAD prestataire, Orléans, Loiret
- « Association L'Élan Retrouvé », SAVS, Paris 9
- « S.S.I.A.D S.O.S.M. », Ssiad, Sens, Yonne
- « Association l'Autre Regard », Samsah A. Nouste, Mont-de-Marsan, Landes

Annexe 4 : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles applicables aux services d'aide et de soins à domicile

- Anesm. *Mise en œuvre 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*. Saint-Denis : Anesm, 2008.
- Anesm. *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées*. Saint-Denis : Anesm, 2008.
- Anesm. *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Saint-Denis : Anesm, 2008.
- Anesm. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint-Denis : Anesm, 2008.
- Anesm. *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*. Saint-Denis : Anesm, 2009.
- Anesm. *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile*. Saint-Denis : Anesm, 2009.
- Anesm. *Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service*. Saint-Denis : Anesm, 2010.
- Anesm. *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement*. Saint-Denis : Anesm 2010.
- Anesm. *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Saint-Denis : Anesm, 2010.
- Anesm. *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes*. Saint-Denis : Anesm, 2012.
- Anesm. *Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique*. Saint-Denis : Anesm, 2012.
- Anesm. *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée*. Saint-Denis : Anesm, 2013.
- Anesm. *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, repérage et accompagnement*. Saint-Denis : Anesm, 2014.
- Anesm. *Le soutien des aidants non professionnels*, Saint-Denis : Anesm (fin 2014).