

Centre d'Accueil de Jour Alzheimer

AMISTA

606, avenue du 21 août 1944

13677 Aubagne cedex

N° Finess : 130033178

RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

SOCRATES
L'éthique comme compétence

Décembre 2014

Evaluation externe réalisée par :

SOCRATES
Parc d'Activité des Glaisins
14 rue du Pré Paillard
74940 Annecy-Le-Vieux
Tél. : 04.50.10.47.63
Fax : 04.50.68.41.08
www.socratesonline.com

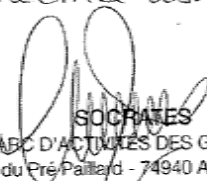
SARL au capital de 15.000€
SIREN 451 389 928 RCS Annecy
TVA FR35451389928
APE 7022Z
N° Formateur 82 74 02004 74
N° ANESM H2010-10-583

Évaluateurs :

Annick MINNITI
Floris THOUMELIN

Document original
Certifié conforme
Version électronique
Fait à Annecy-le-Vieux
Le 27.01.2015

Sabrina Dirand
Directrice associée


SOCRATES
PARC D'ACTIVITES DES GLAISINS
14, rue du Pré Paillard - 74940 Annecy le Vieux
Tél. 04 50 10 47 63 - Fax 04 50 68 51 08
www.socratesonline.com



DECISION n°H2010-10-583 PORTANT HABILITATION A L'EVALUATION EXTERNE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

Vu le code de l'Action sociale et des familles, notamment ses articles L.312-8 et R.312-201,

Vu l'arrêté du 13 avril 2007 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé « Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux »,

Vu la délibération n°20081113-4 du conseil d'administration de l'Anesm en date du 13 novembre 2008 approuvant la procédure d'habilitation et la composition du dossier de demande d'habilitation,

Vu l'avis favorable n°2008-09 du conseil scientifique de l'Anesm en date du 2 octobre 2008 approuvant les conditions et modalités de l'habilitation,

Vu la demande reçue le 4 mai 2009 présentée par l'organisme SOCRATES et le dossier joint à cette demande en vue d'obtenir l'habilitation de l'Anesm pour l'évaluation des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles, en application des dispositions des articles L.312-8 et R.312-201 du code de l'Action sociale et des familles,

Le Directeur de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) décide :

Article 1^{er} : l'organisme SOCRATES sis 14, rue du Pré Paillard – Parc d'activité des Glaisins – 74940 ANNECY-LE-VIEUX, dont le n° Siren est 451389928, est habilité sous le n°H2010-10-583 à procéder à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles.

Cette habilitation est délivrée pour une durée indéterminée sous réserve d'une suspension ou d'un retrait par décision de l'Anesm.

Cette habilitation est valable sur l'ensemble du territoire national français.

Article 2 : la présente décision est notifiée à Madame Sabrina DIRAND.

Article 3 : la liste des organismes habilités à procéder à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles est publiée par insertion au Bulletin officiel du ministère chargé de l'Action sociale et consultable sur le site internet de l'Anesm (www.anesm.sante.gouv.fr).

Fait à Saint-Denis, le 8 septembre 2010

Le Directeur de l'Anesm
Didier CHARLANNE

SOMMAIRE

SECTION 1 : Éléments de cadrage	6
1. L'ETABLISSEMENT EVALUE : Centre d'accueil de jour Alzheimer AMISTA	7
1.1 Présentation administrative	7
1.2 Historique et implantation géographique	8
1.3 La vocation, les missions et prestations proposées	8
1.4 La population accueillie	9
1.5 Le personnel	11
1.6 Les locaux	12
2. Le contexte de l'évaluation externe	13
3. La procédure d'évaluation externe	13
3.1 Le cabinet retenu pour l'évaluation externe	13
3.2 Le questionnaire évaluatif : les choix opérés	17
3.3 Démarche / Méthode	18
3.4 Modalités de recueil des informations (source d'information et consultation des parties prenantes)	19
3.5 Difficultés rencontrées	20
4. Le diagnostic initial	21
4.1 Plan d'amélioration qualité / conclusions de l'évaluation interne	21
SECTION 2 : Résultats de l'analyse détaillée	22
1. STRATEGIE, PROJET ET OUVERTURE SUR L'ENVIRONNEMENT	24
1.1 Effectivité du projet de l'ESSMS	24
1.1.1 Le projet associatif / de groupe ou global	24
1.1.2 Le projet d'établissement	24
1.1.3 Les promesses du projet d'établissement ou de service	25
1.1.4 Les outils de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002	25
1.1.5 La charte des droits et libertés de la personne	25
1.2 Liens entre l'ESSMS et son environnement	26
1.2.1 Les partenariats institutionnels internes et externes	26
1.2.2 Les parties prenantes externes de l'accompagnement	27
1.2.3 Le réseau de proximité	27
1.3 Perception de l'ESSMS et de ses missions par les partenaires, professionnels libéraux et les usagers	28
1.3.1 Point de vue des partenaires	28
1.3.2 Point de vue des usagers et familles	28
2. PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET INDIVIDUALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT	29
2.1 Evaluer avec les usagers leurs besoins et leurs attentes dans le cadre du PE	29
2.1.1 Liens entre les besoins des usagers et le PE / PS	29
2.1.2 Association des usagers dans l'élaboration du PE / PS	29
2.1.3 Réévaluation du PE / PS en intégrant l'évolution des besoins des usagers	29
2.2 Le projet personnalisé	30
2.2.1 Recueil des besoins et attentes des usagers	30
2.2.2 Formalisation du projet	30
2.2.3 Mise en œuvre effective du projet	30

2.2.4	Evaluation et Actualisation du projet	31
2.2.5	Participation de l'utilisateur et de sa famille	31
2.3	Réponses apportées par l'ESSMS aux attentes exprimées par les usagers	32
2.3.1	L'accueil / L'admission	32
2.3.2	L'hébergement	32
2.3.3	La restauration	33
2.3.4	La maintenance et l'entretien des locaux	33
2.3.5	Les animations / les activités	33
2.3.6	Les soins	33
2.4	Capacité de l'ESSMS à faciliter, valoriser l'expression et la participation de l'utilisateur	34
2.4.1	Les modalités de participation et d'expression des usagers	34
2.4.2	Prise en compte des besoins / de la parole de l'utilisateur	34
3.	DEMARCHES QUALITE	36
3.1	Capacité à observer les changements et à adapter son organisation	36
3.1.1	La démarche qualité	36
3.1.2	L'évaluation interne et les suites réservées	36
3.2	Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques (RBPP) de l'ANESM dans la délivrance des prestations	37
3.2.1	Connaissance et diffusion des RBPP	37
3.2.2	Mise en œuvre des RBPP	37
3.2.3	Veille	37
3.3	Modalités de gestion des risques	38
3.3.1	Hygiène et sécurité	38
3.3.2	Prévention des situations de crise	39
3.3.3	Recueil et gestion des événements indésirables	39
	Une fiche de recueil des événements indésirables est mise en place. Elle est connue du personnel. Les événements indésirables sont suivis par la cellule qualité.	39
4.	ORGANISATION, FONCTIONNEMENT ET RESSOURCES HUMAINES	40
4.1	Capacité de l'ESSMS à assurer la cohérence et la continuité des actions	40
4.1.1	Modalités de coordination interne et externe	40
4.1.2	Continuité et cohérence du Soins (care)	40
4.1.3	Gestion du dossier de l'utilisateur	41
4.2	Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective	41
4.2.1	Le management	41
4.2.2	La communication interne	41
4.2.3	Les écrits professionnels	42
4.2.4	La politique RH	42
4.3	Mise en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation relatifs à la fatigue professionnelle 43	
4.3.1	Groupe d'analyse de la pratique	43
4.3.2	Prévention des risques psychosociaux	43
4.3.3	Supervision	43
4.3.4	CHSCT	43
4.3.5	Délégués du personnel / syndicats	44
4.3.6	DUERP	44
4.3.7	Chiffres clés	44
5.	Conclusion : le climat éthique et bientraitance de la structure	45

SECTION 3 : Synthèse ANESM.....	47
Introduction	48
1. Mesure de la qualité et suites réservées à l'évaluation interne	48
2. La prise en compte des RBPP de l'ANESM.....	49
A. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers.....	50
1. Les critères d'élaboration du PE	50
2. La mise en œuvre effective du PEPS : les outils de la loi 2002-2	51
3. Evaluation et actualisation du PE	51
4. L'organisation/la garantie de la qualité en terme de ressources humaines mobilisées.....	52
B L'ouverture du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique	52
1. L'inscription de l'ESMS dans son environnement.....	52
2. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS	53
C. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers	53
1. Effectivité du PP.....	53
2. Les moyens de participation individuel et collectif des usagers et prise en compte des résultats/ accès à l'information.....	54
D. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	54
1. Les conditions de garantie du respect de la dignité et du droit à l'intimité.....	54
2. Gestion des événements indésirables et de la maltraitance	54
3. La politique de prévention des risques relatifs aux spécificités des usagers	54
SECTION 4 : Annexes	55
Annexe 1. L'Abrégé	56
Annexe 2. Contrat d'engagement du prestataire.....	69
Annexe 3. Décision d'attribution du marché.....	70
Annexe 4. Charte des évaluateurs	71
Annexe 5. Processus d'évaluation externe (présentation schématique).....	73
Annexe 6. Calendrier de mise en œuvre	74
Annexe 7. Equipe d'évaluateurs.....	75
Annexe 8. Référentiel d'évaluation externe.....	76
Annexe 9. Liste des pièces techniques fournies par l'ESSMS	78
Annexe 10. Liste des personnes consultées	79



SECTION 1 : Éléments de cadrage

1. L'ETABLISSEMENT EVALUE : Centre d'accueil de jour Alzheimer AMISTA

1.1 Présentation administrative

■ Organisme gestionnaire

Raison sociale	Centre Hospitalier Edmond Garcin
Nom et titre du représentant légal	Alain TESSIER Directeur par intérim
Adresse postale	179 avenue des Sœurs Gastine 13677 Aubagne Cedex
Téléphone	04 42 84 70 00

■ Etablissement évalué

Nom de l'ESSMS	AMISTA		
Adresse postale	Maison du Parc 608, avenue du 21 août 1944 13677 Aubagne	Téléphone	04 42 84 72 76
		Fax	04 42 84 75 55
N° SIRET	26130002400088	N° Finess	130033178
Type d'établissement	Centre d'accueil de jour		
Direction	Directeur : Alain TESSIER		
Email	atessier@ch-aubagne.fr ; direction@ch-aubagne.fr		

Date d'autorisation initiale	6/05/2003	
Date de renouvellement de l'autorisation	NA	
Date de signature de la convention tripartite	dernier renouvellement 2007	
Date de dépôt de l'évaluation interne	Décembre 2013	
Financier	CRAM/CG/usagers	
Budget de fonctionnement	2013 :	2014 :
	259 000€	268 400€

1.2 Historique et implantation géographique

Le centre d'accueil de jour Alzheimer (CAJ) ou AMISTA est situé à l'extérieur du site principal, avenue du 21 août 1944, à Aubagne, dans des locaux de 150 m² appartenant au Centre Hospitalier Edmond Garcin depuis 1981 et intégrés au bâtiment de la Maison du Parc sur un terrain d'environ 9200 m².

Le CAJ d'Aubagne est un établissement médicosocial public dont la gestion globale est confiée à la direction du Centre Hospitalier d'Aubagne. Il fait partie du Pôle Gériatrie de l'hôpital.

Le CAJ a été autorisé en mai 2003 pour 12 places. Toutefois, depuis août 2001, une convention de partenariat était établie entre le Centre Hospitalier et l'association 3A (association Accueil Amitié Alzheimer regroupant cinq Lion's Club de l'est des bouches du Rhône), qui a abouti à la création et à l'ouverture du centre d'accueil de jour Alzheimer en mai 2002.

1.3 La vocation, les missions et prestations proposées

Philosophie de l'accompagnement :

L'accompagnement proposé par le CAJ repose sur trois valeurs fondamentales :

- le respect de l'intimité, de la dignité, de la culture et des choix de la personne ;
- l'aspiration à l'autonomie pour favoriser le maintien à domicile ;
- le soutien aux aidants grâce aux partenariats.

Les missions

L'article L311-1 du code de l'action sociale et des familles décrit les missions de l'établissement :

« L'action sociale et médico-sociale, au sens du présent code, s'inscrit dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale suivantes :

1° Evaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux;

2° Actions médicales, thérapeutiques, adaptées aux besoins de la personne à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;

4° Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;

5° Actions contribuant au développement social et culturel,

L'établissement AMISTA appartient à la catégorie centre d'accueil de jour décrite dans l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Les schémas régionaux et départementaux qui orientent également l'activité du service sont les suivants :

- Le schéma gériatrique départemental ;
- Le Plan Alzheimer.

L'offre de service

AMISTA est une structure à caractère médicosocial qui accueille des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés dans un local à caractère familial. Elle leur propose des activités générant du bien-être, du plaisir et de la détente.

Le bénéficiaire participe à des activités occupationnelles, de loisirs ou diverses activités thérapeutiques de stimulation cognitive et praxique. Il est accompagné pendant les temps de repas (midi et goûter) pris collectivement.

Les ateliers ponctuent la journée selon les rythmes et les goûts de chacun : ateliers ludiques (promenades, chants..) des ateliers cognitifs (mémoire, travail sur les repères dans le temps et dans l'espace, le langage.), ateliers à visée thérapeutique (jeux de société, gymnastique douce, activités manuelles).

La personne est prise en charge à la journée de 1 à 3 fois par semaine de 8h30 à 17h45 (du lundi au vendredi) par une équipe de professionnels qualifiés qui élabore pour chacun un projet d'accompagnement individualisé. Un nombre de prises en charge plus important peut être proposé par dérogation (en situation de crise familiale par exemple). Un service de transport est organisé pour faciliter l'acheminement vers le centre. (le coût est supporté par le CAJ).

1.4 La population accueillie

Capacités d'accueil	12 Places.
Caractéristiques des personnes accueillies	Toute personne physiquement autonome atteinte de maladie d'Alzheimer ou démences apparentées de stade léger à modéré, âgée de plus de 70 ans ou plus, ne présentant pas de troubles du comportement incompatibles avec la vie dans un groupe.

Répartition des personnes accueillies selon leur GIR en 2013 et 2014

Répartition des patients par Groupe Iso Ressource	2013	2014
GIR 1/GIR2	0	0
GIR 3/GIR4	18	28
GIR 5/GIR6	28	24

Données d'activité de l'accueil de jour Amista / Activité 2014

Mois	Nb jours dans mois	Nb de journées réalisées	Cumul de journées réalisées	Nb bénéficiaires	Activité mens. %	Moyenne Patients/jour	Activité cumulée %
Janvier	22	248		25	8.43	12	
Février	20	233	481	28	7.92	12	16.35
Mars	21	238	719	28	8.09	11	24.44
Avril	21	236	955	31	8.02	11	32.46
Mai	19	231	1186	30	7.85	12	40.31
Juin	21	245	1431	31	8.33	12	48.64
Juillet	22	276	1707	32	9.38	13	58.02
Aout	24	258	1965	32	8.77	11	66.79
Septembre	22	271	2236	33	9.21	12	76.00
Octobre	23	261	2497	31	8.87	11	84.87
Novembre	19	214	2711	29	7.27	11	92.14
Décembre	22	230	2941	28	7.82	10	99.96

Activité 2013

Mois	Nb jours dans mois	Nb de journées réalisées	Cumul de journées réalisées	Nb bénéficiaires	Activité mens. %	Moyenne Patients/jour	Activité cumulée %
Janvier	21	251		30	9.04	12	
Février	20	236	487	28	8.50	12	17.54
Mars	22	246	733	28	8.86	11	26.40
Avril	21	217	950	26	7.81	10	34.21
Mai	19	207	1157	25	7.45	11	41.66
Juin	21	207	1364	26	7.45	10	49.11
Juillet	22	251	1615	26	9.04	11	58.15
Aout	21	222	1837	27	7.99	11	66.14
Septembre	22	229	2066	26	8.24	10	74.38
Octobre	22	268	2334	28	9.65	12	84.03
Novembre	20	205	2539	25	7.38	10	91.41
Décembre	22	239	2778	25	8.60	11	100.01

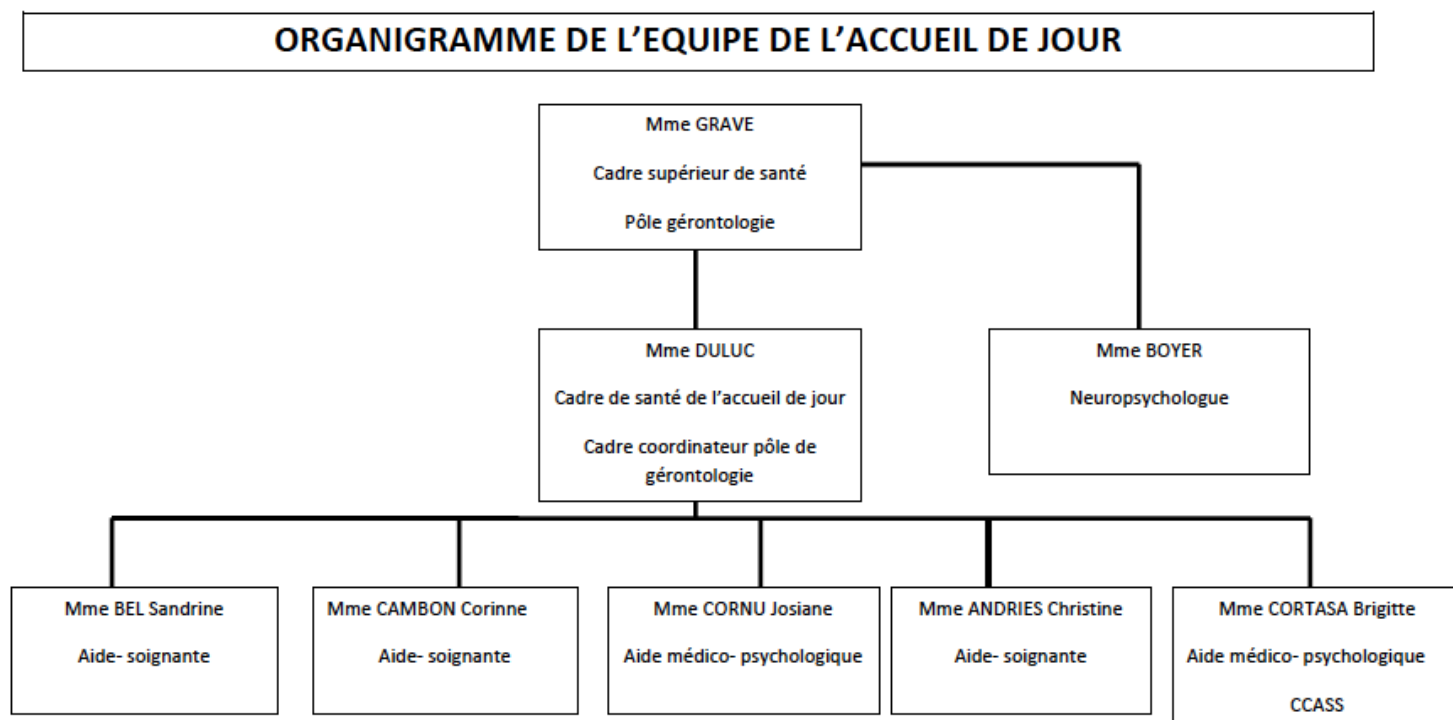
Répartition des personnes accueillies par sexe en 2013 et 2014

	2013			2014		
	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL
de 65 à 74 ans	2	2	4	1	2	3
de 75 à 84 ans	7	14	21	4	22	26
de 85 à 95 ans	2	19	21	2	20	23
+ de 95 ans	0	0		0	0	
			46			52

Répartition des personnes accueillies par provenance en 2013 et 2014

Localisation des patients ville habitation	2013	2014
Personnes domiciliées dans la commune d'AUBAGNE	20	25
Personnes domiciliées dans la commune d'AURIOL	5	4
Personnes domiciliées dans la commune de CARNOUX	2	2
Personnes domiciliées dans la commune de GEMENOS	4	6
Personnes domiciliées dans la commune de LA PENNE / HUVEAUNE	2	3
Personnes domiciliées dans la commune de ROQUEFORT LA BEDOULE	3	3
Personnes domiciliées dans la commune de ROQUEVAIRE	2	3
Personnes domiciliées dans la commune de LA DESTROUSSE	2	1
Personnes domiciliées dans la commune de CUGES	1	0
Personnes domiciliées dans la commune de LA BOUILLADISSE	1	1
Personnes domiciliées dans la commune de MARSEILLE EST	2	3
Personnes domiciliées dans la commune de PEYPIN	1	0
Personnes domiciliées dans la commune de SAINT ZACCHARIE	1	1

1.5 Le personnel



La cadre de santé :

Responsable du service, elle en assure le fonctionnement interne. Elle participe à l'élaboration et à la mise en place des projets d'accompagnement thérapeutique individualisés en collaboration avec l'équipe soignante et la neuropsychologue. Elle est l'interlocuteur privilégié des familles, Elle anime les réunions d'équipe et accompagne les soignants dans la mise en place de nouvelles animations. Elle entretient les relations avec les partenaires. (Ex : Fil rouge Alzheimer)

La neuropsychologue :

Elle organise et réalise l'entretien avec la personne accueillie et sa famille à l'admission et dans le cadre du suivi. Elle élabore les projets de vie et les objectifs de soins en collaboration avec l'équipe. Elle accompagne les équipes et soutient les familles. Elle est mise à disposition du CAJ par le pôle de gériatrie.

L'aide-soignant ou l'aide médico-psychologique :

Elle évalue l'autonomie et la participation du bénéficiaire aux ateliers. Elle assure sous la responsabilité du cadre de santé la gestion quotidienne du centre d'accueil. Elle met en œuvre les ateliers et activités thérapeutiques. Elle participe au projet d'animation et à l'élaboration de nouvelles animations.

L'Assistante de soins en gériatrie occupe le poste non pourvu de l'ergothérapeute. Ses compétences dans l'élaboration du projet personnalisé et ses connaissances en matière de prise en charge des patients Alzheimer viennent renforcer les compétences de l'équipe de soins.

L'Auxiliaire de vie rejoint ponctuellement l'équipe pour un accompagnement plus personnel et plus individualisé (mise à disposition par le CCAS, convention passée à l'ouverture du CAJ).

L'Agent administratif :

Il est mis à disposition par le pôle de gériatrie pour le montage et le suivi des dossiers des bénéficiaires. Il assure la facturation.

Effectifs physiques	6
ETP	3,80 + 0,5 de cadre + 0,20 auxiliaire de vie CCAS

1.6 Les locaux

Implanté au rez-de-chaussée de la Maison du Parc, AMISTA bénéficie d'un accès sécurisé dans le hall d'accueil de la structure.

Sur 120 M² il regroupe un coin cuisine, une salle à manger, un coin bureau, un salon et une salle d'atelier, un WC et une salle de bains. Il s'ouvre sur une agréable terrasse donnant sur un jardin arboré.

Le bureau du cadre se situe au rez-de-chaussée de la Maison du Parc. Le bureau de l'agent administratif se situe au secrétariat général au même niveau.

2. Le contexte de l'évaluation externe

L'évaluation externe s'inscrit dans la continuité de la démarche qualité globale initiée par l'hôpital Edmond Garcin. Elle fait suite à l'évaluation interne qui s'est déroulée en 2013.

La démarche d'évaluation externe a été impulsée et pilotée globalement au niveau du centre hospitalier par le service qualité, le cadre supérieur de santé et les cadres responsables de service.

Le pilotage opérationnel de l'évaluation est assuré par le cadre responsable d'AMISTA en lien avec le pôle de gériatrie.

3. La procédure d'évaluation externe

3.1 Le cabinet retenu pour l'évaluation externe

■ Présentation du cabinet

Créé en 2004 par un professeur de philosophie et maître de conférences en gestion, SOCRATES est un cabinet de conseil habilité par l'ANESM (habilitation n° H2010-10-583) depuis 2010, pour procéder à l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Le cabinet SOCRATES accompagne aujourd'hui des établissements et services dans la mise en œuvre des outils de la loi 2002 :

- Conduite de l'évaluation interne ;
- Conduite de l'évaluation externe ;
- Rédaction du projet d'établissement ou de service ;
- Rédaction de livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour ;
- Mise en œuvre de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Le cabinet SOCRATES a développé, depuis sa création, une expertise dans la mise en place et l'animation de démarches d'éthique et de bientraitance (comité d'éthique, formation éthique et bientraitance...). **La réflexion éthique sous-tend l'ensemble des missions d'accompagnement et de conseil du cabinet.**

L'expertise du cabinet dans le secteur sanitaire, social et médico-social est large : formation, conseil, évaluation et recherche.

Notre éthique s'applique aux relations que nous entretenons avec nos clients ou partenaires, à la gestion des projets que nous menons, ainsi qu'à nos relations internes.

Elle se fonde sur les valeurs clé présentées ci-après.

■ **Valeurs et Déontologie des évaluateurs**

Les valeurs du cabinet, portées par les évaluateurs externes tout au long de la démarche d'évaluation, sont les suivantes :



La déontologie du cabinet dans son activité d'évaluation externe, qui conditionne son engagement dans une mission, est la suivante :

1. L'approche des évaluateurs est fondée sur le principe de la reconnaissance positive.
2. Il s'agit bien d'une évaluation externe, et donc d'une forme de contrôle, mais elle doit être conduite sur un mode collaboratif. L'évaluateur et l'organisation évaluée ont en effet le même objectif : l'amélioration continue du service rendu aux personnes accompagnées.
3. La démarche d'évaluation est centrée sur l'intérêt des usagers.
4. Le climat au sein des équipes de professionnels est pris en compte dans la mesure où il conditionne la bientraitance et la capacité à progresser de l'établissement.
5. Le contenu des entretiens n'est jamais restitué nominativement.
6. Les informations « sensibles » sont recoupées.
7. Les évaluateurs sont soumis à un devoir de réserve et de discrétion.
8. Nous nous fixons des objectifs de résultat, en concertation avec nos clients et en cohérence avec leurs projets.

Voir en **annexe** la charte des évaluateurs, signée et mise en œuvre par le cabinet SOCRATES.

■ **Vision de l'évaluation externe**

Les quelques règles méthodologiques qui encadrent la démarche d'évaluation externe sont les suivantes :

1) Lier évaluation externe, évaluation interne... et projet d'établissement / de service...

Extrait du décret n°2007-975 du 15 mai 2007, Chapitre 1, section 2.1 : « *Les champs de ces évaluations doivent être les mêmes. Les évaluations successives doivent permettre d'apprécier les évolutions dans le cadre de l'amélioration continue des prestations.* »

...Qui se traduit, pour SOCRATES, par :

- La rédaction ou la mise à jour du projet d'établissement ou de service, en amont des évaluations.
- L'évaluation du niveau de mise en œuvre des axes de travail du projet d'établissement ou de service par l'évaluation interne et externe.
- L'actualisation du projet d'établissement ou de service en fonction des conclusions de ces évaluations.

2) Une démarche collaborative et partagée...

Extrait du décret n°2007-975 du 15 mai 2007, Chapitre 1, section 1.4 : « *L'évaluation interne implique un diagnostic partagé, la construction d'un cadre de référence spécifique d'évaluation, le choix d'outils de mesure et d'appréciation adaptés. Elle repose sur la mobilisation des partenaires concernés aux différentes étapes de la démarche évaluative.* »

« *L'évaluation contribue à la coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les autorités publiques.* »

...Qui se traduit, pour SOCRATES, par :

- L'association du responsable de l'établissement ou du service à l'élaboration du cadre de référence et au déroulement de l'évaluation ;
- La remise d'un pré-rapport au responsable (ou au comité de pilotage de la démarche), pour remarques éventuelles et échanges sur les préconisations ;
- L'information de l'ensemble des personnels en amont et tout au long de la démarche ;
- La consultation des parties prenantes : usagers, familles et proches, partenaires, professionnels (voir le détail des personnes consultées dans le plan de projet, chapitre 4).

3) Une approche personnalisée, mais qui traite de thématiques incontournables

Extrait du décret n°2007-975 du 15 mai 2007, Chapitre 1, section 1.4 : « *L'organisme évaluateur adapte son questionnement à la logique et aux particularités des établissements et services considérés.* »

« Compte tenu des fondements de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L. 311-1 et L. 313-3, l'évaluation externe doit comporter deux volets complémentaires :

- Un volet relatif à l'effectivité des droits des usagers : les conditions de participation et d'implication des personnes bénéficiaires des prises en charge ou accompagnements, les mesures nécessaires au respect du choix de vie, des relations affectives, de l'intimité, de la confidentialité
- Un volet plus particulièrement adapté à l'établissement ou au service considéré (les logiques d'action et les axes de travail). » Chapitre 1, section 2.6

...Qui se traduit, pour SOCRATES, par l'élaboration d'un référentiel d'évaluation personnalisé qui reprend les 15 points du décret et les organise en 5 dimensions :

1. Stratégie, projet et ouverture sur l'environnement
2. Prise en compte des besoins des usagers et individualisation de l'accompagnement
3. Démarche qualité
4. Organisation, Fonctionnement et Ressources Humaines
5. Conclusion : le climat éthique et bienveillant de la structure

3.2 Le questionnement évaluatif : les choix opérés

Le référentiel retenu pour la conduite de l'évaluation externe s'appuie sur le référentiel SOCRATES proposé dans l'offre initiale.

Il est organisé en 5 dimensions, chacune détaillées en thèmes et sous thèmes.

Il a fait l'objet d'un travail d'adaptation et de validation avec l'équipe de direction de l'établissement.

Ce référentiel reprend les 15 thèmes du 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 établissements et services sociaux et médicosociaux, Chapitre II, section 3.

Dimensions	Thèmes
1. Stratégie, projet et ouverture sur l'environnement	1.1 Effectivité du projet de l'établissement ou du service 1.2 Liens entre l'établissement / le service et son environnement 1.3 Perception de l'établissement et de ses missions par les partenaires, professionnels libéraux et les usagers
2. Prise en compte des besoins des usagers et individualisation de l'accompagnement	2.1 Evaluer avec les usagers leurs besoins et leurs attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service 2.2 Le projet personnalisé 2.3 Réponses apportées par l'établissement ou le service aux attentes exprimées par les usagers 2.4 Capacité de l'établissement à faciliter, valoriser l'expression et la participation de l'utilisateur
3. Démarche qualité	3.1 Capacité à observer les changements et à adapter son organisation 3.2 Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM dans la délivrance des prestations 3.3 Modalités de gestion des risques
4. Organisation, Fonctionnement et Ressources Humaines	4.1 Capacité de l'établissement ou du service à assurer la cohérence et la continuité des actions 4.2 Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective 4.3 Mise en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation relatifs à la fatigue professionnelle
5. Conclusion : le climat éthique et bientraitant de la structure	L'ambiance des lieux, le climat ; Le langage, la façon de parler ; La considération, l'attention à la personne ; La personnalisation de l'accompagnement ; Le respect de l'intimité ; Le consentement et la participation ; L'information et la communication.

Voir en **annexe** le référentiel d'évaluation externe.

3.3 Démarche / Méthode

■ Processus et étapes de l'évaluation externe

Le processus retenu pour la conduite de l'évaluation externe d'AMISTA est un processus en 3 étapes. Chacune de ces étapes a été détaillée en sous étapes.

L'évaluation externe a été conduite par Annick Minniti et Floris Thoumelin sur une durée totale de 7,25 jours, répartis de la façon suivante :

Etapes clés de l'évaluation externe	Période	Nombre de jours homme
Phase 1 : Préparation de l'évaluation externe		
- Préparation de la démarche et du cadre évaluatif avec la Direction médicale et qualité	Semaines 26 à 43	2 j
- Analyse des documents techniques		
Phase 2 : Réalisation de la visite d'évaluation externe		
Intervention sur site (information autour de la démarche et évaluation sur site)	Semaine 48 (26/11/2014)	2,5j
Phase 3 : Finalisation de l'évaluation externe		
Analyse des données et rédaction du pré rapport	Semaines 49 à 52	1,25 j
Réalisation des échanges autour du pré rapport	Semaine 52 à 1	0,5 j
Rédaction et finalisation du rapport	Semaine 2	1 j
Total des journées		7,25 jours

Cf. Annexe, graphique processus.

■ Liens Siège / Etablissement

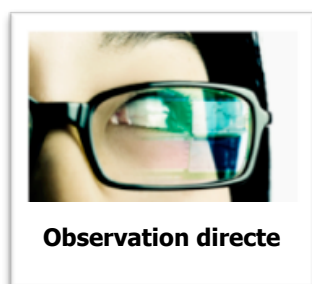
AMISTA est un élément constitutif du Pôle de Gériatrie, intégré dans le dispositif opérationnel des services du centre hospitalier général Edmond Garcin.

3.4 Modalités de recueil des informations (source d'information et consultation des parties prenantes)



Cette source d'information est principalement mobilisée en amont de l'évaluation. L'étude de la documentation existante (*projet d'établissement ou de service, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de prestation, projet personnalisé, rapports d'audits qualité, comptes rendus de CVS, résultats d'évaluation interne, résultats de l'enquête de satisfaction, synthèse annuelle des plaintes, synthèse annuelle des événements indésirables signalés et traités, plan d'amélioration de la qualité, CR comité de pilotage qualité et instance de gestion des risques* ...) permet d'orienter le cadre de l'évaluation, de recueillir des informations et d'optimiser la collecte des données en entretien (les questions sont alors ciblées et approfondies en fonction des résultats de l'étude documentaire).

NOTA : Un certain nombre de documents consultés devront être anonymes et étudiés en présence d'un responsable du corps médical ou paramédical (projets personnalisés notamment), pour des raisons liées au respect de la confidentialité.



Les évaluateurs externes interviennent dans les sites des établissements et services évalués, dans le respect du rythme de la vie collective et individuelle de l'organisation.

Ils s'engagent à respecter les consignes de sécurité et les règles de fonctionnement qui s'y appliquent. Ils observent, dans ces conditions, la vie quotidienne et les temps forts d'une journée (repas, soins, animations,...), peuvent recueillir des données directement auprès des usagers ou des professionnels, et consultent des documents sur place.

L'observation a lieu tout au long de l'évaluation, le jour « banalisé » de la visite, mais aussi lors de chaque réunion.

L'objectif de « l'observation directe » est de mieux comprendre le fonctionnement « *in vivo* » de la structure pour apprécier au plus juste les critères retenus pour l'évaluation et croiser les informations recueillies via d'autres sources.

Il ne s'agit pas d'une « inspection », mais bien d'une évaluation qui doit donner lieu à des échanges entre l'évaluateur et les différentes parties prenantes de l'accompagnement.



L'entretien individuel en face à face se déroule selon une méthode semi directive (un guide d'entretien est élaboré sur la base de la matrice d'évaluation).

Il permet de recueillir des informations générales, stratégiques et consolidées sur le fonctionnement interne et en externe de la structure. Les échanges doivent également permettre d'orienter l'évaluation vers des points plus précis d'analyse, que le responsable souhaiterait obtenir.

Ces entretiens peuvent concerner les salariés ou **les partenaires de la structure** (réseau de professionnels qui interviennent et interagissent avec l'établissement, comme par exemple : réseau de coordination gériatrique local, HAD ou équipe mobile de soins palliatifs, associations, etc.). Ces partenaires seront sélectionnés par l'établissement lui-même.



Les entretiens collectifs sont menés suivant une méthode « semi directive » (un guide d'entretien est construit sur la base du référentiel d'évaluation). Les entretiens permettent de recueillir une information qualitative. 2 publics sont concernés :

- **Les professionnels** (équipe pluridisciplinaire, qui intègre les personnels de soins, administratifs, des fonctions support...).
- **Les usagers et leurs familles** (groupe représentatif de personnes volontaires – possibilité de mobiliser les membres du CVS).

La consultation de plusieurs parties prenantes permet de croiser les regards et d'objectiver les informations retenues.

3.5 Difficultés rencontrées

Les évaluateurs n'ont rencontré aucune difficulté pour réaliser leur mission. L'équipe de direction a mis tous les moyens nécessaires à leur disposition. Les équipes, les usagers n'ont manifesté aucune réticence et ont apporté leur témoignage dans un climat de confiance et de respect mutuel.

4. Le diagnostic initial



Le diagnostic initial permet de poser le cadre de l'évaluation externe en identifiant les principaux éléments de contexte de l'établissement évalué. Il permet également de déterminer les portes d'entrées (les thématiques) précises et/ou spécifiques qui vont être étudiées dans le cadre de l'évaluation.

Dans le cadre de l'évaluation externe d'AMISTA le diagnostic initial s'appuie sur plusieurs supports clés :

- le plan d'amélioration de la qualité issu de l'évaluation interne qui s'est déroulée pendant l'année 2013 ;
- l'enquête de satisfaction effectuée au premier trimestre 2014

Ces éléments ont permis de dégager des hypothèses et thématiques d'analyse (points d'observation ciblés), reprises dans le référentiel d'évaluation externe.

4.1 Plan d'amélioration qualité / conclusions de l'évaluation interne

Au regard de l'évaluation interne les équipes ont pu mettre en évidence 13 axes d'amélioration :

- Le service ne sera associé aux évaluations des pratiques professionnelles du pôle qu'en 2014 et particulièrement en ce qui concerne le risque de chute et la nutrition (fiche action n°1 et fiche action n°7) ;
- Une réflexion est menée pour mettre en conformité le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement au regard de la réglementation (fiche action n°2 et n°12) ;
- Les agents notent tous les motifs d'appel téléphoniques, mais il n'existe pas de procédure écrite permettant ensuite d'assurer un suivi de ces appels notamment les appels relatifs à des réclamations (fiche action n°3) ;
- Le projet d'accompagnement thérapeutique individualisé est réalisé et actualisé. Cependant sa communication et son suivi doivent être améliorés (fiche action n°4 et n°13) ;
- La place de parking pour les personnes à mobilité réduite n'est plus visible sur le parking situé devant l'entrée de la maison du parc (fiche action n°5) ;
- La systématisation des enquêtes de satisfaction auprès des personnes accueillies ou des aidants ainsi que la communication des résultats doivent être améliorées (fiche action n°6) ;
- Bien que le service n'accueille que peu de stagiaires, il n'existe pas de livret d'accueil formalisé à destination des stagiaires et des nouveaux personnels (fiche action n°8) ;
- La procédure de préadmission est connue et appliquée par tous. Cependant il n'y a pas de procédure formalisée (fiche action n°9) ;
- La communication des objectifs du projet de service et de pôle aux personnes accueillies et à leur famille est à améliorer (fiche action n°10) ;
- La sécurité des biens des personnes accueillies n'est pas optimale (fiche action n°11).

Pour chacune de ces situations, des objectifs sont définis et des actions d'amélioration sont proposées par le groupe de travail de la fiche action en cours, à l'équipe soignante et validées en réunion de service.



SECTION 2 : Résultats de l'analyse détaillée

CONSIGNES DE LECTURE

L'analyse détaillée se présente en 13 thèmes, correspondant aux 15 points énoncés dans le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux, Chapitre II, section 3.

Ces 13 thèmes font également référence au référentiel d'évaluation externe, validé avec la structure évaluée et utilisé comme guide par les évaluateurs externes pour la conduite de leur évaluation (voir référentiel en **annexe**).

Pour chacun des thèmes, une présentation en 4 temps est proposée :

1. **Le constat** : synthèse des données recueillies par les évaluateurs auprès des personnes interrogées, de leur observation sur site et de leur lecture des différents documents.
2. **Les points forts** ;
3. **Les points de progrès** éventuels ;
4. **Les préconisations**.

NOTA : Si l'évaluateur ne constate aucun point fort ou point faible devant particulièrement être mis en exergue, la case correspondante sera complétée par le libellé « Pas de commentaire ».



Les informations présentées dans ce paragraphe s'appuient sur les données collectées le 26/11/2014 :

- Résultats des entretiens collectifs avec les professionnels ;
- Résultats des entretiens individuels avec les professionnels ;
- Résultats des entretiens collectifs externes (familles et partenaires) ;
- Résultats d'observation sur site et de la visite de la structure évaluée.

Ces informations sont complétées par les analyses documentaires des pièces techniques fournies par l'établissement (voir liste en **annexe**).

1. STRATEGIE, PROJET ET OUVERTURE SUR L'ENVIRONNEMENT

1.1 Effectivité du projet de l'ESSMS

Synthèse
A1
Abrégé
T3 et 7

1.1.1 Le projet associatif / de groupe ou global

Le centre hospitalier Edmond Garcin développe, depuis de nombreuses années, une politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la gestion des risques, qui fait partie intégrante de la culture d'établissement.

Cette politique se construit autour du projet d'établissement 2011-2015 commun à l'ensemble des pôles. Toutes les composantes définissent comme axes fondamentaux la qualité et la gestion des risques. C'est à partir de ces priorités que se structure le développement des activités (projet médical, projet social, projet de soins, projet des systèmes d'information) :

1. Amélioration continue de la qualité : poursuite de l'amélioration des pratiques professionnelles et des organisations, poursuite de l'amélioration de la prise en charge de la douleur, développement de l'évaluation de la satisfaction des usagers, communication, mise en œuvre d'une gestion documentaire informatisée (développement et évolution des sites internet et intranet).

2. Amélioration continue de la sécurité et gestion des risques : poursuite de la prévention du risque infectieux et surveillance des infections nosocomiales, poursuite de la sécurisation du circuit du médicament, organisation de la gestion des risques associés aux soins, déploiement de la cartographie des processus à risque, mise en œuvre d'une gestion des risques et de la sécurité sanitaire informatisée (pérennisation et coordination des actions)

3. Développement durable : poursuite de la coopération avec la ville et la communauté d'agglomération, sensibilisation et développement des comportements éco responsables.

Synthèse
A1, A3
Abrégé
T3 et 7

1.1.2 Le projet d'établissement

En Janvier 2011, l'établissement a redéposé son Projet d'Etablissement 2011-2015 auprès de l'ARS. Celui-ci est décliné avant tout comme un projet de soins du fait d'une prédominance des services sanitaires. Un plan d'actions pluriannuel «amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » regroupe l'ensemble des actions à mener.

Le CAJ se trouve concerné par plusieurs objectifs :

- Organiser les soins dans un souci de bientraitance, de respect et de dignité ;
- Dispenser de soins de qualité en coordination avec les professionnels de l'établissement ;
- Contribuer à l'amélioration des prises en charge, notamment au travers des évaluations des pratiques ;
- Mettre en place l'éducation thérapeutique du patient Alzheimer ;
- Participer à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans le domaine des soins, des organisations et du management.
- Consolider la politique d'encadrement en stage en lien avec les IFSI pour développer l'attractivité des étudiants ;
- Mettre en place d'une politique d'encadrement responsabilisante ;
- Contribuer à la mise en œuvre du projet médical en participant aux projets d'évolution ou de développement dans le champ de compétence ;
- Contribuer à la mise en œuvre des autres volets du projet d'établissement en participant au plan de retour à l'équilibre.

- Améliorer le recueil et l'exploitation des fiches de signalement des événements indésirables.

Synthèse

A2

Abrégé

T3 et 7

1.1.3 Les promesses du projet d'établissement ou de service

Le service est engagé dans une réelle politique de soins, marquée par un travail en réseau et en complémentarité.

Le CAJ s'engage à :

- établir un projet d'accompagnement thérapeutique individualisé pour chaque personne prise en charge ;
- mettre en œuvre des activités adaptées à chacun ;
- accueillir les aidants pour une meilleure prise en compte des répercussions familiales de la maladie ;
- orienter le patient Alzheimer ou sa famille vers les partenaires du réseau pour optimiser l'accompagnement.

Synthèse

A2

Abrégé

T3 et 7

1.1.4 Les outils de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002

Les outils de la loi de 2002-2 sont opérationnels. Le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour ont été réactualisés récemment.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie est annexée au livret d'accueil. Le droit d'expression des usagers et des familles se fait dans une relation de confiance avec l'équipe et par la mise en place d'une enquête de satisfaction annuelle. En tant que service hospitalier le CAJ permet aux usagers d'accéder aux formes de participation existantes dans l'institution : commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge (CRUQPC).

Les personnes accueillies au CAJ sont prises en charge dans le cadre d'un projet d'accompagnement individualisé.

La recherche du consentement éclairé du bénéficiaire (avec le soutien et l'accord de l'aidant principal) est stipulée dans le règlement de fonctionnement. Le droit de l'usager à accéder aux informations le concernant est précisé ainsi que les modalités de recours.

Les documents remis lors de la visite de préadmission sont commentés par le cadre de santé et un membre de l'équipe.

Les listes des personnes qualifiées pour la région PACA sont en cours de constitution pour les 6 départements et ne sont pas diffusées à ce jour. Néanmoins, en cas de litige, l'ARS communique à la personne concernée le nom d'une personne qualifiée.

Synthèse

D4

Abrégé

T3 et 7

1.1.5 La charte des droits et libertés de la personne

La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée dans le service et annexée au livret d'accueil.

Le service base son accompagnement sur trois valeurs fortes :

- le respect de l'intimité, de la dignité, de la culture et des choix de la personne ;
- l'aspiration à l'autonomie pour favoriser le maintien à domicile ;
- le soutien aux aidants grâce à ses partenariats.

Ces valeurs sont mises en œuvre à travers trois principes :

- l'accompagnement de la personne, et non la substitution à la personne ;
- l'évaluation des potentialités et des limites de la personne ;
- la personnalisation de l'accompagnement.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Les outils de la loi de 2002-2 sont mis en place. Ils sont expliqués aux bénéficiaires et à leur famille.	Les listes des personnes qualifiées pour la région PACA sont en cours de constitution pour les 6 départements et ne sont pas diffusées à ce jour. Néanmoins en cas de litige, l'ARS communique à la personne concernée le nom d'une personne qualifiée.
Préconisations : ce point ne dépendant pas de l'établissement, il n'y a pas lieu de faire une préconisation particulière.	

Synthèse
B1
Abrégé
T4

1.2 Liens entre l'ESSMS et son environnement

1.2.1 Les partenariats institutionnels internes et externes

Le Centre d'accueil de jour Alzheimer travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée sur le territoire concerné à savoir :

- Le CLIC de l'est Marseillais, Aubagne, La Ciotat ;
- Les établissements de santé du territoire de proximité comportant une consultation mémoire de proximité ;
- Le CGD dans les cas de prise en charge dans ces unités Alzheimer (UHR) ;
- Les EHPAD publics et privés implantés sur le territoire de proximité (Ex : La Verte Colline et son CAJ ouvert à des patients Alzheimer lourds)
- Les CCAS des communes du territoire de proximité ;
- Les SSIAD (SSIAD du centre hospitalier, SSIAD du CCAS et services HAD) ;
- Les médecins de ville à travers les associations de médecins libéraux ;
- Le fil rouge Alzheimer maître d'œuvre de la plateforme d'accompagnement et de répit.

L'orientation 6 du CPOM signé en juillet 2012 développe la consolidation de la filière de soins gériatriques par l'inscription dans la prise en charge coordonnée de la maladie d'Alzheimer et la création d'un réseau médico-social. Le CLIC de l'est Marseillais, le CCAS de la ville d'AUBAGNE ont été les partenaires associés au projet.

Depuis sa création le fil rouge Alzheimer et le centre d'accueil de jour fonctionnent en véritable réseau de coordination. Une interactivité s'organise permettant :

- l'orientation des aidants vers la plateforme d'accompagnement et de répit pour les aider à soulager leur quotidien via les différentes aides mises en place ;
- à l'inverse, l'orientation des familles vers AMISTA lorsque les personnes ont besoin d'accueil de jour ou de consultations gériatriques diverses ;
- l'organisation de réunions trimestrielles de coordination entre le CAJ et le fil rouge Alzheimer pour une optimisation du suivi et de l'accompagnement des familles et de leurs proches ;
- le travail en collaboration pour la création et l'évaluation des ateliers de stimulation cognitive et d'activités physique en ville ;

- l'aide et accompagnement des aidants familiaux à domicile dans les situations de sortie d'hospitalisation ;
- le choix pour les aidants familiaux entre les professionnels du Fil rouge et ceux d'AMISTA (dont le neuropsychologue et le cadre de santé.) pour bénéficier d'une écoute et de conseils adaptés.

L'implantation du CAJ au sein de la Maison de Parc permet une intégration naturelle dans la filière gériatrique interne optimisant de ce fait la continuité du parcours de soins des patients Alzheimer.

1.2.2 Les parties prenantes externes de l'accompagnement

L'appartenance au pôle de gériatrie permet l'intervention du médecin gériatre, des auxiliaires médicaux, de la neuropsychologue.

1.2.3 Le réseau de proximité

Une convention associe le CAJ à une société de taxi qui propose un co-voiturage pour conduire les usagers de leur domicile à la Maison du Parc. Les chauffeurs peuvent se rendre disponibles pour favoriser les sorties découvertes. Ils n'ont cependant aucune fonction d'encadrement validée par la direction.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Le CAJ s'inscrit dans l'orientation 6 du CPOM signé en juillet 2012 dont l'objectif est la consolidation de la filière de soins gériatriques par l'inscription dans la prise en charge coordonnée de la maladie d'Alzheimer et la création d'un réseau médico-social ; - Lien privilégié avec le Fil rouge Alzheimer.	Sans commentaire.

1.3 Perception de l'ESSMS et de ses missions par les partenaires, professionnels libéraux et les usagers

1.3.1 Point de vue des partenaires

Depuis sa création le fil rouge Alzheimer et le centre d'accueil de jour fonctionnent en véritable réseau de coordination. Une véritable complémentarité développe un climat de confiance et de respect mutuel. La qualité de la prise en charge du CAJ est reconnue et appréciée.

1.3.2 Point de vue des usagers et familles

Les usagers trouvent très vite leur place dans le groupe. L'ambiance familiale chaleureuse permet une intégration rapide et déclenche de réels sentiments de plaisir. Les personnes accueillies font confiance au personnel. Ils apprécient les activités proposées dans la mesure où l'altération des fonctions cérébrales n'est pas trop marquée. Les familles se disent rassurées. Elles connaissent les soignantes et témoignent d'un accueil amical lors de leurs passages. Elles sont particulièrement sensibles à leur disponibilité et à leur bienveillance. Elles sont très satisfaites de l'accompagnement proposé.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Satisfaction des usagers et des familles ; - Collaboration optimum avec le Fil rouge.	Organisation d'une passerelle entre le CAJ et La Verte Colline.
Préconisations : Réfléchir aux modalités de partenariat avec La Verte Colline (qui prend le relai quand les limites de prise en charge AMISTA sont atteintes) afin d'accompagner ce temps charnière souvent douloureux.	

2. PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET INDIVIDUALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

2.1 Evaluer avec les usagers leurs besoins et leurs attentes dans le cadre du PE

Synthèse
A1
Abrégé
T3

2.1.1 Liens entre les besoins des usagers et le PE / PS

Le CAJ inscrit dans son projet de service l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou syndrome apparenté et l'aide aux aidants.

AMISTA met tout en œuvre pour proposer une prise en charge bienveillante et efficiente aux personnes âgées atteintes de ces troubles neurologiques. L'isolement des aidants et l'évolution péjorative de la pathologie rendent nécessaire la mise en place d'un dispositif d'accompagnement adapté pour préserver aussi longtemps que possible l'autonomie et soutenir le maintien à domicile.

Le partenariat avec la plateforme Le Fil Rouge tient compte de la complexité de cette pathologie qui touche autant le malade que sa famille.

Dans le projet médical 2011-2015, il est envisagé la création d'un accueil de jour Alzheimer pour malades évolués. A ce jour l'autorisation d'ouverture n'a pas encore été donnée.

Un document propre au CAJ, appelé Projet Accompagnement Thérapeutique Individualisé, définit les objectifs de l'animation, les ressources (l'équipe, la neuropsychologue, le cadre de santé, les partenariats du CAJ), les locaux, le budget alloué en lien avec les activités, l'organisation de l'animation.

Synthèse
A1
Abrégé
T3

2.1.2 Association des usagers dans l'élaboration du PE / PS

Les usagers ne sont pas en capacité de participer à l'élaboration du projet de service. Ils témoignent cependant de leur satisfaction au quotidien, pendant les activités qui leur sont proposées. Les familles entrent en relation facilement avec les membres de l'équipe qui recueillent leurs ressentis, leurs critiques, et leurs attentes.

Synthèse
A3
Abrégé
T3

2.1.3 Réévaluation du PE / PS en intégrant l'évolution des besoins des usagers

Les usagers sont associés à la mise à jour du projet de service *via* la démarche d'évaluation intégrée à chaque activité. Leur niveau de dépendance, l'altération des fonctions psychiques rendent difficiles une implication directe.

Les familles sont interrogées à travers l'enquête de satisfaction diligentée chaque année. Les résultats de cette enquête permettent de faire évoluer le projet d'établissement. La dernière est révélatrice d'un bon niveau de satisfaction. Globalement, les familles sont satisfaites de la prise en charge par le CAJ AMISTA. Les quelques critiques émises ont permis de dégager les axes d'amélioration suivants :

- Augmenter la participation des familles aux réunions institutionnelles ;
- Améliorer la communication par le biais du cahier de liaison pour rendre compte des activités proposées, et particulièrement des événements majeurs (une synthèse sur la participation de la personne accueillie au centre pourrait être proposée) ;
- Etudier la possibilité d'une communication par messagerie informatique entre le personnel et les familles. Le CAJ est équipé de liaisons intranet et internet. Une famille communique,

avec le cadre de santé sur ce mode. Ce choix de communication pourrait s'envisager pour l'ensemble des familles ;

- Voir avec les prestataires transport si l'organisation des tournées peut être améliorée.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Le projet de service du CAJ est dédié à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il s'inscrit dans un partenariat constructif visant à adapter l'accompagnement aux malades et à leur famille.	Poursuivre l'accompagnement pour les patients moins autonomes (ex : incontinence)
Préconisations : Réfléchir à la possibilité d'évolution des critères d'admissibilité pour répondre aux attentes des familles.	

2.2 Le projet personnalisé

2.2.1 Recueil des besoins et attentes des usagers

Le recueil de l'histoire de vie est réalisé par la neuropsychologue, une fois la décision d'admission prise. Un bilan neurologique est pratiqué dont MMSE, NPIE, échelle de dépression, ... Ces deux temps sont présentés à l'équipe afin de déterminer les objectifs de l'accompagnement et les types d'ateliers retenus.

Une période d'essai d'une durée d'un mois, à raison d'un accueil un jour par semaine, est proposée. Le nombre de jours est revu à la fin de cette période.

Un projet de vie individualisé est formalisé pour toute personne admise au centre d'accueil de jour, au plus tard un mois après l'admission (ce qui correspond à la fin de la période d'essai). Le chef de pôle gériatrique réalise pour chaque nouvelle admission une consultation mémoire.

2.2.2 Formalisation du projet

Le projet de vie de la personne est formalisé dans un document papier. Il est constitué à partir du bilan neurologique, du graphique BEI rempli par l'équipe, du NPI soignant. Une fiche est consacrée à la présentation des objectifs (sociaux, familiaux, médicaux, institutionnels, psychologiques), du projet d'accompagnement thérapeutique individualisé et de l'évaluation au regard des activités suivies par le bénéficiaire. La dernière page permet d'inscrire les modalités de la poursuite de la prise en charge au sein du CAJ.

2.2.3 Mise en œuvre effective du projet

La neuropsychologue intervenant à hauteur de 0.20 ETP au niveau du CAJ est une personne ressource auprès de l'équipe en termes d'apport méthodologique dans la mise en place d'ateliers, de documents d'observations, d'apports de connaissance sur la personne et les troubles présentés, d'élaboration de nouvelles activités proposées par l'équipe. Pour les différents ateliers, des groupes homogènes ayant le même profil cognitif sont constitués par l'équipe et la neuropsychologue. Actuellement 19 ateliers sont mis en place.

Synthèse
C1
Abrégé
T5

2.2.4 Evaluation et Actualisation du projet

Le projet de vie est réactualisé *a minima* chaque année. Pour chaque atelier, des fiches techniques décrivent l'activité et les moyens de sa réalisation. Des fiches d'évaluation globale de l'activité et d'évaluation individuelle de la personne permettent de suivre l'adaptation de l'activité à la personne et au groupe. L'évaluation individuelle est systématiquement réalisée avant de revoir le projet personnalisé et à minima de façon annuelle (répondant ainsi à l'action 12 de l'EI).

L'utilisation du Graphique Bilan d'Evolution Individuelle permet de visualiser rapidement l'évolution de la personne. Il est utilisé également par les membres de l'équipe. Des fiches alertes ont été mises en place et déployées chaque fois qu'une augmentation/aggravation des troubles est relevée. Dans le suivi de cette fiche et de l'évaluation réalisée, un bilan avec la famille est proposé afin d'envisager les adaptations possibles dans l'accompagnement et les éventuelles réorientations.

Synthèse
C2
Abrégé
T5

2.2.5 Participation de l'utilisateur et de sa famille

Une synthèse de l'évaluation est envoyée à la famille/personne référente. A la demande de la famille, une rencontre avec la cadre de santé est organisée ainsi qu'avec la neuropsychologue. La synthèse est systématiquement présentée au bénéficiaire.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Le projet de vie est construit pour chaque bénéficiaire ; les évaluations sont programmées et réalisées à minima de façon annuelle ; - Des fiches d'évaluation globale de l'activité et d'évaluation individuelle permettent de suivre l'adaptation de l'activité à la personne et au groupe ; - La neuropsychologue intervenant à hauteur de 0.20 ETP au niveau du CAJ est une personne ressource auprès de l'équipe ; - La synthèse du projet est envoyée au médecin traitant et présenté au bénéficiaire et sa famille/aidant naturel.	- Il serait intéressant de trouver dans les objectifs ceux exprimés par le bénéficiaire.
Préconisations : - S'assurer, chaque fois que possible, et transcrire l'accord du bénéficiaire à la diffusion de la synthèse de son projet au référent familial.	

2.3 Réponses apportées par l'ESSMS aux attentes exprimées par les usagers

2.3.1 L'accueil / L'admission

La demande d'admission est faite par l'aidant principal de la personne (famille, proche, représentant légal). Le bassin d'intervention du CAJ couvre les communes : Aubagne, Carnoux, Roquevaire, Auriol, Cuges les Pins, La Penne sur Huveaune, Gemenos, Roquefort la Bédoule, La Bouilladisse, Saint-Zacharie, Cadolive, Marseille.

Le dossier d'admission peut être retiré au centre ou dans les locaux du Fil Rouge. Il contient :

- un questionnaire médical réservé au médecin traitant ;
- divers questionnaires permettent de collecter les informations administratives, les données personnelles ;
- un livret d'accueil ;
- un règlement de fonctionnement et la charte des droits et libertés de la personne accueillie en annexe ;
- un contrat de séjour en deux exemplaires.
- une plaquette d'information de la plate-forme d'accompagnement et de répit du Fil rouge Alzheimer.

Un RDV de préadmission doit être pris par téléphone avec le cadre de santé. La première rencontre met en présence le patient Alzheimer, l'aidant familial (de préférence l'aidant principal) le cadre de santé et un membre de l'équipe du CAJ. Cet entretien permet de recueillir des éléments importants pour la mise en place d'un accompagnement adapté : troubles du comportement, difficultés rencontrées dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne, retentissements sur la vie familiale...

C'est l'occasion d'enregistrer les attentes de chacun, de négocier le nombre de jours d'accueil à programmer en accord avec la famille et selon les disponibilités du CAJ. L'équipe propose alors une visite des lieux. La candidature du patient est soumise à l'accord du médecin responsable du pôle en regard du compte-rendu de l'entretien.

Une période d'essai est ensuite mise en place sur une durée de 1 mois à raison d'1 jour d'accompagnement /semaine. Une consultation est préconisée avec un médecin gériatre de la structure pour un bilan mémoire associé à des tests neurologiques réalisés par un neuropsychologue.

2.3.2 L'hébergement

Le CAJ est installé dans des locaux de 150 M2 de type « appartement », afin de créer un lieu de vie de type familial. Il se compose d'une salle d'accueil et de détente, d'une pièce aménagée en une partie cuisine ouverte et une autre servant pour les repas et les activités ; dans ce lieu se trouve le bureau de l'équipe. Une salle attenante a été mise en place, qui permet de réaliser également des activités. Un coin vestiaire et une pièce douche et sanitaires pour les résidents viennent compléter ce lieu. Un accès direct sur une terrasse et un espace vert privatif facilite le déroulement de temps d'activités en extérieur.

Ces lieux mériteraient d'être aménagés en tenant compte des modalités permettant d'induire une atmosphère apaisante et répondant aux besoins des bénéficiaires (travail sur les couleurs, sur les repères, ...) sans surcharge.

2.3.3 La restauration

Les repas sont pris en salle à manger avec le personnel dans une ambiance conviviale. Le service restauration est délégué à un prestataire externe. L'acheminement du container repas est sécurisé.

Le personnel est chargé du déconditionnement et du service. Les soignants surveillent le comportement des bénéficiaires (appétence, difficulté à mâcher, à déglutir etc.) Le CAJ a mis en place en 2013 un atelier nutrition. Les bénéficiaires sont pesés mensuellement ; l'équipe apporte une attention toute particulière au temps du repas.

Le repas est assuré dans la quiétude favorisant ainsi l'autonomie de chacun en regard de ses capacités et de ses rythmes. Ce temps a une incidence sur la socialisation des personnes qui entrent plus facilement en relation avec leurs voisins.

L'enquête de satisfaction a montré que l'ensemble des personnes accueillies étaient satisfaites de la nourriture servie et appréciaient la prévenance des soignants. Ponctuellement via les fiches d'événements indésirables la restauration est pointée cependant comme une prestation qui pourrait être améliorée.

2.3.4 La maintenance et l'entretien des locaux

AMISTA bénéficie des services généraux de l'hôpital. Le service maintenance se charge du suivi, des contrôles réglementaires et des petites réparations.

2.3.5 Les animations / les activités

La journée est organisée autour d'activités thérapeutiques. Ces activités sont à visée de stimulation cognitive, de création de lien social, de renforcement des capacités et de « l'image de soi ». Nous pouvons citer :

- des activités de la vie ordinaire, principalement axées sur le temps de repas : mettre et débarrasser la table, utilisation du lave-vaisselle, nettoyer le sol ;
- des ateliers cognitifs organisés à partir d'activités thérapeutiques permettant de stimuler la mémoire, les repères dans le temps et l'espace, favoriser le langage ;
- des activités ludiques et récréatives en fin de matinée ;
- des ateliers ludiques à visée thérapeutique en début d'après-midi comme différents jeux de sociétés, de la gymnastique, des promenades, des activités manuelles.

Un temps dit « de détente, de calme » est organisé chaque jour après le déjeuner. C'est un temps permettant le déroulement d'activités de la vie de tous les jours comme regarder la télévision, faire du tricot, siester, lire le journal, etc... Des activités en extérieur – dans le parc de l'établissement ou dans les communes voisines – sont également organisées. En 2013, 11 sorties ont été organisées à l'extérieur de la ville d'Aubagne et ont concerné 17 personnes.

Chaque année, une petite vingtaine d'ateliers différents sont organisées. 87% des personnes les trouvent assez variés (tout à fait et plutôt d'accord) et 100% se disent intéressées par les ateliers.

Le déroulement de la journée est noté sur un tableau blanc dans la salle à manger, mais il n'est pas organisé comme outil de repérage, de compréhension du rythme de la journée.

2.3.6 Les soins

Le Centre d'Accueil de Jour est ouvert 250 jours par an, du lundi au vendredi de 8h30 à 18 heures.

La file active 2013 est de 46 personnes âgées de plus de 70 ans, dont 18 personnes en GIR 3/4 et 28 en GIR 5/6. 2778 journées ont été réalisées soit une moyenne de 11 personnes présentes chaque

jour. La moyenne d'âge est de 83 ans. Vingt-trois sorties ont eu lieu en 2013, principalement vers l'accueil de jour Verte Colline et dans des EHPAD. Il n'y a pas de liste d'attente.

Le CAJ prend en charge les personnes résidant sur Aubagne, Auriol, Carnoux, Cassis, Cuges-Les-Pins, Gémenos, La Penne-sur-Huveaune, Roquefort-La-Bédoule, Roquevaire.

Les personnes accueillies présentent des troubles cognitifs de légers à modérés ; l'aggravation des troubles et l'incontinence sont deux éléments induisant la fin de la prise en charge dans ce centre.

Nous relevons dans le projet de pôle, l'objectif d'améliorer la qualité des soins dans les différents services. Des Evaluations des Pratiques Professionnelles sont mises en place.

Voir également point 3.3.1 sur les risques spécifiques.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- L'accompagnement est organisé afin de maintenir, voire développer l'autonomie de la personne et de proposer des activités thérapeutiques de stimulation cognitive, sociale, physique ; - Un panel important d'ateliers est organisé. Des groupes homogènes sont organisés par activité ; - Les bénéficiaires semblent satisfaits des activités proposées.	- Le tableau de présentation du déroulement de la journée n'est pas adapté aux capacités communicationnelles des personnes.
Préconisations : - Donner du sens au tableau d'affichage de la journée en adaptant sa présentation aux capacités des bénéficiaires (police, pictogramme, photos, etc...).	

2.4 Capacité de l'ESSMS à faciliter, valoriser l'expression et la participation de l'utilisateur

2.4.1 Les modalités de participation et d'expression des usagers

Une enquête de satisfaction a été réalisée en 2013 auprès des bénéficiaires, par deux stagiaires en psychologie, ce qui a pu faciliter l'expression des personnes. Le taux de réponse est de 95%. Une enquête auprès des familles, menée en 2013 par le CAJ à travers la remise de 46 questionnaires (distribués par l'intermédiaire du cahier de liaison et par courrier avec enveloppe pré timbrée pour les réponses). Le taux de réponse est de 41,3% ; en baisse au regard de celui de 2012 qui était de 65,4%.

La gestion des plaintes et réclamations orales est également formalisée à travers une procédure complétée d'un logigramme, décrivant les modalités d'analyse, de traitements et des réponses. Deux réclamations orales ont été faites en 2014 : l'une concernant les transports et l'autre un traitement non administré – les deux ont été traitées.

2.4.2 Prise en compte des besoins / de la parole de l'utilisateur

Dans l'enquête réalisée auprès des bénéficiaires, il est noté que pour 78% des personnes l'humeur s'est améliorée contre 13% qui ont un avis différent. Pour 80% l'entrain s'est amélioré, 17% ne trouvent pas d'amélioration dans l'entrain. 65% remarquent avoir fait des progrès.

En réponse à la demande d'améliorer la communication pour rendre compte des activités proposées, une réunion des familles a été organisée au cours de laquelle l'équipe soignante a présenté un power point sur l'accompagnement thérapeutique individualisé et les ateliers mis en place au CAJ. Une synthèse de cette réunion a été envoyée aux familles via le cahier de liaisons.

Des photos des temps forts sont régulièrement prises (sorties, instants conviviaux, ...) et mises dans les cahiers de liaison.

Une réunion annuelle est organisée avec les familles.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Une enquête de satisfaction annuelle est réalisée auprès des bénéficiaires et/ou des familles ; - La communication avec les familles est également déployée à travers le cahier de liaison, la rencontre annuelle ; - L'enquête de satisfaction réalisée en 2013 auprès des bénéficiaires, par deux stagiaires en psychologie, a obtenu un taux de réponse de 95% ; - La gestion des plaintes et réclamations orales est formalisée à travers une procédure.	- Le taux de réponse de l'enquête réalisée auprès des familles est en baisse : 41,3% en 2013 et 65,4% en 2012.
Préconisation : Réfléchir à d'éventuelles autres modalités de recueil de l'avis des familles, venant relayer l'enquête de satisfaction.	

3. DEMARCHE QUALITE

3.1 Capacité à observer les changements et à adapter son organisation

3.1.1 La démarche qualité

L'ingénieur responsable du service qualité et le cadre supérieur de santé ont impulsé la démarche au niveau du pôle de gériatrie en utilisant la même méthodologie pour le CAMSP, le SSIAD, l'AJA.

La démarche d'évaluation interne a permis l'élaboration d'un PAQ et la mise en forme de fiches actions. L'avancée de ces actions est pointée chaque trimestre par le cadre supérieur de santé et l'ingénieur qualité en lien avec le cadre de santé garant de la poursuite des opérations et l'atteinte des objectifs.

Un plan d'action pluriannuel «amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » regroupe l'ensemble des actions à mener en lien. Le CAJ est impliqué pour certains objectifs définis par le pôle pour 2014, à savoir :

- organiser les soins dans un souci de bientraitance de respect et de dignité qui se traduit concrètement par :
 - o L'évaluation des ateliers du projet d'accompagnement du projet d'accompagnement thérapeutique ;
 - o La création de nouvelles fiches d'animation ;
 - o L'intégration des bénévoles à AMISTA.
- dispenser des soins de qualité en coordination avec les professionnels de l'établissement : AMISTA s'inscrit dans la démarche de projet de GPMC et doit prévoir la révision des fiches de poste dans cette logique ;
- contribuer à l'amélioration des prises en charge, notamment au travers des évaluations des pratiques professionnelles et des organisations. Cela se traduit pour le CAJ par un projet de maintien des connaissances du personnel en matière de gestes d'urgence, par la poursuite de l'EPP nutrition, chute. C'est aussi l'engagement à procéder à une auto-évaluation des personnels sur la bientraitance ;
- renforcer les formations en lien avec les objectifs de pôle dans une démarche de bientraitance (humanité, maladie d'Alzheimer) ;
- préparer et accompagner l'évaluation externe.

3.1.2 L'évaluation interne et les suites réservées

L'évaluation interne a demandé plus d'une année de travail avec une forte mobilisation de tous les professionnels. Ce temps a permis aux équipes de déterminer ensemble leurs critères de prise en charge et de fonctionnement au regard de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques. Elle a aussi renforcé le sentiment d'appartenance du service à un pôle et à un établissement.

Les fiches actions propres au CAJ sont les suivantes :

1. Inclure AMISTA dans le dispositif EPP « chute » du pôle de gériatrie ;
2. Mettre en forme et actualiser le livret d'accueil ;
3. Organiser la gestion des réclamations au sein du service ;
4. Définir l'organisation de la communication et le suivi du projet thérapeutique individualisé ;
5. Obtenir un marquage des places « handicapés » ;
6. Organiser le recueil de la satisfaction des personnes accueillies, familles, aidants ou représentants légaux ;
7. Inclure AMISTA dans le dispositif EPP « nutrition » du pôle de gériatrie ;
8. Formaliser la procédure d'accueil des stagiaires et des nouveaux personnels dans le service ;

9. Améliorer les modalités de communication des objectifs du projet de pôle et de service aux personnes accueillies et à leur famille ;
10. Renforcer la sécurité au niveau des vestiaires des personnes accueillies et du personnel ;
11. Organiser le suivi des projets thérapeutiques.

L'ensemble de ces actions ont été engagées et menées à terme pendant l'année 2014.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Dynamisme de la démarche qualité ; - Mobilisation des professionnels ; - Réactivité de l'encadrement : les actions d'amélioration sont achevées ou en cours.	Sans commentaire.

3.2 Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques (RBPP) de l'ANESM dans la délivrance des prestations

3.2.1 Connaissance et diffusion des RBPP

Les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm ne sont pas utilisées en support dans les réflexions que mène le service. Un guide des RBPP est à disposition dans le bureau du cadre, mais il n'est pas consulté spontanément par l'équipe.

3.2.2 Mise en œuvre des RBPP

Les observations réalisées, les rencontres avec le personnel, la lecture documentaire nous indiquent que les personnels sont bientraitants dans leurs actions quotidiennes.

L'équipe exprime une réelle attention à ne pas mettre la personne en difficulté. Pour cela, le projet d'accompagnement thérapeutique Individualisé est régulièrement réévalué afin de réajuster les activités proposées aux capacités de la personne. Nous notons que 100% des personnes ayant répondu à l'enquête de satisfaction en 2013 disent que l'aide apportée correspond à leurs attentes et que cette aide est toujours bienveillante. Un des objectifs du pôle de gériatrie est de réaliser une charte éthique pour l'ensemble des services.

La bientraitance est également mise en place à travers :

1. le groupe de réflexion « bientraitance » existant au sein du pôle de gériatrie et auquel participent deux agents du SSIAD ;
2. le comité d'éthique du centre hospitalier E.Garcin dont un membre est un cadre du pôle gériatrie ;
3. le déploiement sur plusieurs années de la formation humanité.

3.2.3 Veille

Un intranet permet à chaque professionnel un accès à divers documents. Une connexion internet permet un accès direct aux publications de l'ANESM. L'équipe a été sensibilisée à cet accès. La liste des RBPP est mise à disposition des soignants dans un classeur dans les locaux du CAJ.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Une volonté forte de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance ; - Une formation « humanitude » renouvelée régulièrement ; - L'équipe exprime une réelle attention à ne pas mettre la personne en difficulté. Les bénéficiaires disent que l'aide apportée correspond à leurs attentes et que cette aide est toujours bienveillante.	- Peu voire pas d'utilisation de certaines RBPP qui pourraient venir enrichir, soutenir les réflexions de l'équipe sur ses pratiques professionnelles.
Préconisation : - Encourager la consultation des documents « RBPP » mis à disposition et les utiliser comme support de réflexions des pratiques soignantes.	

3.3 Modalités de gestion des risques

Un Comité de coordination des Vigilances, de gestion des Risques et de la Qualité (COVIRQ) est animé au niveau du centre hospitalier E. Garcin. Des référents participent aux Evaluations des Pratiques Professionnelles. Chaque référent reçoit une formation en lien avec la thématique concernée.

3.3.1 Hygiène et sécurité

Risque infectieux. Le risque infectieux est relativement faible en accueil de jour. L'équipe est attentive au lavage des mains des différentes personnes particulièrement sur les temps de repas, d'ateliers pâtisserie et lors de l'utilisation des toilettes. Une référente hygiène est nommée au sein du service et participe aux réunions des correspondants hygiène.

Sécurité du circuit du médicament. Si un traitement doit être donné au moment du repas du midi, un double de l'ordonnance est mis dans le dossier du résident et le personnel donnera le traitement préalablement préparé par la famille ou une infirmière libérale et qui doit être sous blister afin de pouvoir être vérifié. Le double de l'ordonnance est conservé dans le dossier de l'utilisateur. Il n'y a pas de fiche de suivi de la dispensation, mais le cahier de liaison qui circule entre le centre et le domicile permet de noter tout incident (Ex : refus de l'intéressé de prendre le traitement).

Sécurité alimentaire (dont Légionnelle). Le personnel applique les procédures réglementaires en matière de déconditionnement, de stockage et de distribution des aliments.

Sécurité des bâtiments (sécurité incendie). Les locaux d'AMISTA sont intégrés au dispositif sécurité de l'hôpital sous la responsabilité des équipes techniques.

Risques spécifiques aux personnes accueillies.

Dans l'évaluation interne, le critère « Les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes » a été exploré avec comme sous critère : les troubles alimentaires et les troubles de la déglutition et 3 indicateurs retenus. Depuis l'évaluation interne du centre, l'accueil de jour s'est inscrit dans l'EPP nutrition. Le CAJ a mis en place en 2013 un atelier nutrition. Les bénéficiaires sont pesés mensuellement ; le poids est indiqué sur la fiche de pesée dans chaque dossier.

Risques de chutes et désorientation : les personnes sont accompagnées par les chauffeurs de taxi jusque dans le centre. L'entrée prévue pour le service par les extérieurs n'est pas utilisée, car plus

difficile à pratiquer et l'entrée se fait alors par l'entrée principale de la Maison du Parc. L'espace de l'accueil de jour étant relativement restreint, il n'y a pas d'accueil de personnes nécessitant un fauteuil afin, entre autres, de limiter les chutes dues à l'encombrement, pour les autres bénéficiaires. Au sein du CAJ, une référente chute participe aux EPP. La fiche de déclaration de chutes a été mise en place en début de l'année 2014 : aucune chute au sein du centre. Une vigilance sur le chaussage est réalisée par l'ensemble de l'équipe.

Adaptabilité des postes de travail. AMISTA ne dispose pas de poste de travail aménagé.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Les risques spécifiques en lien avec les personnes inscrites au CAJ sont identifiés ; - Des référents dans le service sont inscrits dans les EPP ; - Un Comité de coordination des Vigilances, de gestion des Risques et de la Qualité (COVIRQ) est animé au niveau du centre hospitalier E. Garcin.	- Gestion de l'espace dédié au CAJA.
Préconisation : - Porter une réflexion sur l'espace dédié au CAJ et sur son aménagement.	

Synthèse
D2
Abrégé
T7

3.3.2 Prévention des situations de crise

La prévention de situations des risques est gérée au niveau du centre hospitalier E. Garcin.

Un plan bleu concernant la Maison du Parc du centre hospitalier E. Garcin est diffusé.

Des fiches de l'INPS présentant les mesures de prévention lors des périodes de fortes chaleurs sont mises à disposition des familles. Des pièces sont climatisées.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
Le CAJ bénéficie des plans mis en place sur l'hôpital.	Sans commentaires.

Synthèse
D3
Abrégé
T7

3.3.3 Recueil et gestion des événements indésirables

Une fiche de recueil des événements indésirables est mise en place. Elle est connue du personnel. Les événements indésirables sont suivis par la cellule qualité.

Trente-sept déclarations ont été faites au niveau du CAJ en 2013 et concernaient la restauration. Conscience de cette problématique, la direction de l'établissement est en cours de recherche de solutions pour cette fonction logistique qui concerne également d'autres services du CH E. Garcin.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
Une fiche de recueil des événements indésirables est mise en place. Elle est connue du personnel. Les événements indésirables sont suivis par la cellule qualité.	Sans commentaires.

4. ORGANISATION, FONCTIONNEMENT ET RESSOURCES HUMAINES

Synthèse
C1
Abrégé
T5

4.1 Capacité de l'ESSMS à assurer la cohérence et la continuité des actions

4.1.1 Modalités de coordination interne et externe

Un cadre de santé, coordonnateur du pôle de gérontologie est affecté au CAJ à hauteur de 0.50 ETP. Il encadre le personnel du CAJ et fait le lien avec le pôle par une collaboration avec la neuropsychologue, le médecin gériatre et les cadres des autres services. L'intégration à la démarche qualité de l'hôpital induit une collaboration transversale dans le cadre du projet de pôle.

Deux réunions hebdomadaires pluridisciplinaires de 13h30 à 14h30 sont organisées. Celle du lundi est consacrée à la lecture d'un projet de vie et au travail sur les outils à développer et à s'approprier ; celle du jeudi permet de faire le point sur les prises en charge de l'ensemble des personnes accueillies et de travailler sur des objectifs de service ou des objectifs institutionnels.

Des réunions hebdomadaires des cadres du pôle permettent les échanges entre les différents lieux de prise en charge des bénéficiaires du pôle. Une réunion trimestrielle est organisée avec le Fil Rouge pour évoquer les situations des personnes suivies par les deux prestataires (CAJ et Fil Rouge).

4.1.2 Continuité et cohérence du Soins (care)

Les bénéficiaires du CAJ sont accueillis de 1 à 3 jours par semaine ; le nombre de journées d'accueil peut être modulé en fonction de circonstances particulières et sur un temps donné, il peut être de 5 jours. Le transport est assuré par des taxis conventionnés avec le Centre Hospitalier E. Garcin. Une seule remarque concerne le problème de journées trop longues. En effet le covoiturage oblige les chauffeurs de taxis à passer très tôt (7h45) chez certaines personnes et à ramener plus tard les mêmes personnes (18h30).

L'équipe est composée de 2 aides-soignantes à temps plein, une assistante de soins en gérontologie à 0.80 ETP et une AMP à temps plein. Une neuropsychologue est mise à disposition par le pôle de gérontologie. Le CCAS de la ville d'Aubagne (dans le cadre d'une ancienne convention) met à disposition une auxiliaire de vie qui intervient les lundis et vendredis à raison de 6 heures par jour.

Les horaires des agents sont de 8h15 à 15h45 et de 10h30 à 18 heures. Il est prévu 2 agents sur chaque horaire. Les remplacements ne sont généralement pas faits et lorsqu'il y a diminution du nombre d'agents, cela impacte directement la qualité des activités proposées.

L'accueil des personnes est réalisé de 8h30 à 9h30 et les départs se font entre 17h30 et 17h45. Le temps d'accueil du matin autour d'un café et de biscuits est un moment apprécié par l'ensemble des bénéficiaires comme l'indique le taux de satisfaction (100%) sur cet item dans l'enquête 2013. Ce temps permet de recréer le groupe, de préciser le déroulement de la journée.

Un cahier de liaison facilite le passage d'informations entre les familles et les professionnels du CAJ.

La synthèse du projet personnalisé est systématiquement transmise au médecin traitant du bénéficiaire.

4.1.3 Gestion du dossier de l'utilisateur

Le CAJ met en place un dossier de soins qui regroupe les données recueillies lors du premier entretien, les différentes évaluations effectuées par les soignants, la neuropsychologue et le médecin gériatre dans le cadre de la consultation mémoire. Ce dossier est accessible à l'ensemble des professionnels assurant la prise en charge. Il permet des transcriptions ciblées et leur suivi.

Sur le plan médical le dossier n'intègre aucune donnée confidentielle. Seule l'ordonnance médicale en cours est conservée pour sécuriser la surveillance des prises de traitements.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Une réunion trimestrielle est organisée avec le Fil Rouge pour évoquer les situations des personnes suivies par les deux prestataires (CAJ et Fil Rouge) ; - Différents temps d'échanges facilitent la coordination et la communication entre les professionnels ; - Une équipe aux compétences complémentaires intervient au sein du CAJ ; - Le cahier de liaison facilite la communication entre les familles et le service.	Sans commentaire
Préconisations : Sans commentaire	

Synthèse
A4
Abrégé
T3 et 7

4.2 Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective

4.2.1 Le management

Un des objectifs du pôle de gériatrie est de « mettre en place une politique d'encadrement responsabilisante, de valoriser le travail et la reconnaissance en gériatrie ». Au niveau du CAJ, différents professionnels sont référents pour des thématiques propres au service (sorties, chutes, nutrition, hygiène, tutorat) et sont inscrits au sein d'EPP. La coordonnatrice du pôle gériatrie assure la responsabilité du CAJ, en lien avec la cadre supérieur de pôle.

4.2.2 La communication interne

La DRH émet des informations à travers un magazine remis aux cadres pour diffusion. Y sont abordées les thématiques RH concernant l'ensemble du personnel. Au niveau du CAJ, la petite taille de la structure, les temps de rencontres, les réunions hebdomadaires des cadres viennent faciliter la communication entre les professionnels.

La responsabilisation des acteurs de terrain est un atout favorable à la circulation des informations. Des référents sont désignés pour garantir la poursuite des axes de progrès : référents « chutes », « hygiène », « humanité » « tutorat ».

Un classeur de synthèse est renseigné au niveau du service pour centraliser les informations susceptibles de questionner le projet individualisé du fait d'incidents ou de modification du comportement d'une personne accueillie.

4.2.3 Les écrits professionnels

Les soignants du CAJ sont très motivés. Ils ont surtout évolué dans leur pratique professionnelle depuis la mise en place du projet d'accompagnement thérapeutique. Leur implication dans les évaluations, leur collaboration avec la neuropsychologue, leur force de proposition dans l'élaboration de nouvelles animations a amené l'équipe à multiplier les écrits pour rendre compte de ses interventions. Cette culture de l'écrit qui s'instaure dans le groupe de soignants résulte d'une reconnaissance de leurs compétences.

Comme dans tous les services gérés par le pôle, la diffusion des protocoles validés par les services experts est assurée par les cadres de santé aidés par les référents.

4.2.4 La politique RH

Le centre hospitalier E. Garcin a réactivé une démarche d'accueil de ses nouveaux agents par l'organisation d'une demi-journée de présentation des différents services et d'informations.

Le CAJ accueille des stagiaires auxiliaires de vie, AMP et aide-soignant. Un livret des nouveaux salariés et des stagiaires a été diffusé en octobre 2014 (fiche action n°8). L'organisation du stage et le suivi de l'encadrement sont assurés par un tuteur et la cadre de santé, maître de stage. Pour les nouveaux salariés, un à cinq jours de doublage sont prévus.

Peu de remplacement du personnel absent étant réalisé, les professionnels peuvent se retrouver seuls pour le groupe entier, ce qui peut altérer la qualité de l'accompagnement et l'adaptation des activités aux possibilités des personnes.

Un nouveau support pour l'entretien professionnel a été mis en place en 2013 et utilisé pour les entretiens réalisés en 2014, selon une procédure décrite en janvier 2014 et une charte diffusée à l'ensemble des personnels. Les besoins/souhaits de formation sont abordés lors de ces temps.

Les fiches de poste du CAJ sont écrites.

Le plan de formation annuel est construit à partir des formations institutionnelles prioritaires articulées autour de six axes :

- l'amélioration de la prise en charge des patients,
- l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients,
- l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques ;
- l'amélioration des relations entre professionnels de santé en équipes pluri professionnelles.

Le dernier axe est la contribution à la formation professionnelle continue, axe dans lequel s'inscrivent les formations individuelles.

Le plan de formation du pôle de gérontologie est structuré par l'objectif : « Participer à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans le domaine des soins, des organisations et du management, Renforcer les formations en lien avec les objectifs de pôle dans une démarche de bientraitance. »

Des formations humanité sont déployées depuis 2006 au sein du centre hospitalier. Deux sessions de formation « humanité » ont eu lieu en 2013. Une AMP a bénéficié d'une formation sur le thème de l'animation adaptée aux personnes âgées dépendantes.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- La prise de fonction de nouveaux salariés et des stagiaires est soutenue et accompagnée ; - La valorisation des compétences des personnels est une volonté déployée par la direction du centre hospitalier et accompagnée par les cadres du pôle de gériatrie. - 100% des personnels sont formés à l'humanité.	- Revoir avec les tutelles l'octroi éventuel d'un budget supplémentaire de remplacement ; - Approfondissement des connaissances en matière de pathologie Alzheimer.
Préconisations : - Poursuivre différentes formes de formation, sensibilisation à la bientraitance ; - Réfléchir à la politique de remplacement actuelle au regard de la qualité de l'accompagnement souhaité.	

Synthèse
A4
Abrégé
T7

4.3 Mise en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation relatifs à la fatigue professionnelle

4.3.1 Groupe d'analyse de la pratique

Il n'y a pas de groupe d'analyse de la pratique organisé au sein du CAJ.

4.3.2 Prévention des risques psychosociaux

Un Copil regroupant la DRH, le directeur du centre hospitalier E. Garcin, un représentant du service social, des médecins, des cadres, le médecin du travail et les partenaires sociaux a été mis en place en juillet 2014 afin d'élaborer un plan de prévention à la suite de l'audit réalisé en 2012 et du Méta-plan, comprenant six axes :

- Manager la reconnaissance ;
- Réaffirmer l'équité ;
- Outiller les encadrants ;
- Placer l'humain au cœur de la GRH ;
- Améliorer les conditions de travail ;
- Développer le soutien social.

Une réunion de travail trimestrielle est prévue. Un plan d'actions en 7 volets vient d'être mis à jour. En 2014, 3 agents du CAJ ont suivi la formation qualité de vie au travail.

4.3.3 Supervision

Il n'y a pas de temps de supervision prévu et organisé au sein du CAJ.

4.3.4 CHSCT

Le CHSCT est organisé au niveau du centre hospitalier E. Garcin. Les réunions auxquelles participe le médecin du travail ont lieu de façon trimestrielle. Le représentant CARSAT est sollicité. Un travail est

en cours avec cet organisme sur le montage d'un dossier de subvention dans le cadre du travail sur les RPS. Il n'y a pas de problématique particulière repérée au sein du CAJ. Il est prévu de mettre les comptes rendus des réunions sur le CID.

4.3.5 Délégués du personnel / syndicats

Les prochaines élections vont avoir lieu en décembre 2014 pour les élections au niveau du Comité Technique d'Etablissement et des Commissions Administratives Paritaires Locales et départementales. Le climat social semble un peu difficile en lien avec le 3ème plan de retour à l'équilibre et le nombre important de personnes en CDD.

4.3.6 DUERP

Le DUERP a été réactualisé en 2007 à partir du bilan des actions menées en 2005 et 2006. Une nouvelle actualisation est en cours au niveau de l'ensemble des cadres, de la direction de l'établissement et des membres du CHSCT.

Un document répertorie par services les situations potentiellement dangereuses, les fonctions concernées, les actions de maîtrise organisationnelle ou techniques existantes, les niveaux de gravité et de probabilité, les mesures de prévention envisagées (d'ordre organisationnel, technique, personnel). Il est cependant difficile de faire un suivi régulier des actions réalisées par absence d'élaboration d'un programme d'actions de prévention précisant également les responsables de l'action et la temporalité. Les évaluations des risques professionnels de chaque unité de travail sont intégrées au DUERP institutionnel. Elles ne sont pas toutes mises à jour à la même échéance mais alimentent les plans d'actions présentés en CHSCT. L'accueil de jour AMISTA a actualisé son évaluation en 2014 en faisant apparaître les actions prioritaires à mener. Un suivi de ces actions est organisé.

4.3.7 Chiffres clés

Aujourd'hui peu d'indicateurs sont mis à disposition des cadres de service. En projet pour 2015 : la mise en place de tableaux de bords sociaux, de plannings de service informatisés et en 2017 la gestion du temps sera informatisée.

Un rapport d'activités est réalisé annuellement par le cadre du service.

A fin 2013, la situation budgétaire du CAJ fait apparaître un résultat négatif de 33 852,68 €.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Un Copil a été mis en place en juillet 2014 afin d'élaborer un plan de prévention dans la suite de l'audit portant sur les risques psychosociaux réalisé en 2012.	- Absence de temps d'analyse de la pratique professionnelle ; - LE DUERP ne contient pas le plan de réalisations des actions réalisées et ne bénéficie pas d'actualisation annuelle.
Préconisations : - Envisager les possibilités de soutenir les équipes dans leurs accompagnements à une population fragilisée par des temps d'analyse de la pratique professionnelle ; - Mettre en conformité le DUERP.	

5. Conclusion : le climat éthique et bientraitance de la structure

Synthèse

Abrégé

T8

L'ambiance des lieux, le climat

L'ambiance est chaleureuse et conviviale. Les personnes accueillies semblent à l'aise et en confiance. Le personnel est avenant. L'espace un peu saturé ne laisse pas beaucoup de zone de déambulation. L'aménagement et la décoration un peu chargée pourraient aller à l'encontre des efforts que l'équipe fait par ailleurs pour créer un environnement apaisant adapté aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer.

Le langage, la façon de parler

L'équipe du CAJ est particulièrement sympathique et accueillante. Les usagers sont abordés avec patience et courtoisie. Chaque soignant représente un point de repère rassurant pour le bénéficiaire. La relation est respectueuse (pas de familiarités, ni de tutoiements.)

La considération, l'attention à la personne

La personne est accueillie avec beaucoup d'égard. L'accompagnement proposé tient compte du contexte du jour. Les activités sont adaptées en fonction de ses souhaits, de ses remarques. L'installation pour la mise en œuvre des activités prend en compte les affinités de chacun et respecte les choix des personnes.

La personnalisation de l'accompagnement

Le personnel est particulièrement vigilant : il ne met pas l'utilisateur en situation de difficulté ni d'échec. Les activités proposées sont compatibles avec les objectifs définis dans le projet thérapeutique individualisé. Le rythme de chacun définit le programme du jour. Des temps de détente et de repos sont proposés.

Le respect de l'intimité

Les personnes accueillies peuvent s'isoler à la demande. Elles sont accompagnées dans les espaces dédiés si besoin (WC, Toilettes).

Le consentement et la participation

Les personnes accueillies donnent leur accord avant chaque activité. Le cas échéant, leur refus est entendu et respecté.

L'information et la communication

Malgré l'altération de ses fonctions mnésiques, l'utilisateur est tenu au courant de toutes les composantes de son projet thérapeutique, du fonctionnement du service, du déroulé de la journée. Son adhésion est recherchée pour la mise en route d'un atelier.

Conclusion générale

L'évaluation externe menée à l'accueil de jour Amista a permis de constater la progression du service dans la démarche humaniste engagé par le pôle de gériatrie.

La méthodologie participative mise en place par l'équipe projet et par l'équipe d'encadrement lors de l'évaluation interne a été déterminante pour le déploiement d'une synergie efficiente entre les services au regard de l'atteinte des objectifs retenus en fin d'opération.

La démarche qualité conduite avec rigueur, l'implication des professionnels dans le processus d'évaluation ont permis de renforcer la motivation du personnel, de donner du sens aux actions d'amélioration et de promouvoir les valeurs de bientraitance et de respect.

L'équipe d'encadrement du fait de sa forte implication a favorisé le sentiment d'appartenance au centre hospitalier de l'ensemble des acteurs. Le rôle du CHEG est renforcé par cette volonté de fédérer les compétences sur le territoire dans une vraie dynamique partenariale au service de l'utilisateur.



SECTION 3 : Synthèse ANESM

(En réponse au chapitre 3.5 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du code de l'action social et des familles)

La synthèse a pour objectif d'apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à conduire, dans une vision globale et stratégique de l'établissement, en tenant compte de son environnement.

Cette synthèse reprend les constats opérés par les évaluateurs externes et qui permettront de déterminer les tendances (point forts / points de progrès et axes d'amélioration).

Introduction

1. Mesure de la qualité et suites réservées à l'évaluation interne

→ Référentiel et processus

L'évaluation interne s'est inscrite dans la démarche qualité initiée par CH Edmond Garcin. Le CAJ a suivi la méthodologie adoptée par l'équipe projet pour l'ensemble des services médico-sociaux engagés dans la démarche d'évaluation interne. L'établissement a fait le choix d'élaborer son propre référentiel en interne avec la participation des professionnels. Il s'appuie sur la recommandation des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM adaptées au contexte de l'établissement et sur les comptes rendus des groupes de travail. Il s'organise autour de six axes thématiques :

- la garantie des droits individuels et la participation des usagers ;
- la prévention des risques des usagers ;
- la personnalisation de l'accompagnement ;
- le service dans son environnement ;
- le projet de pôle et de service ;
- l'organisation générale de l'établissement.

L'évaluation interne s'est articulée autour du dispositif suivant :

Le comité de pilotage :

Comité de gestion des risques, vigilances et qualité de l'établissement. Il est composé du Directeur, du Directeur des soins, du Président de CME et de membres experts.

Il valide le référentiel, les plans d'actions et le rapport final.

L'équipe projet :

Composée du cadre supérieur du pôle gériatrie évaluateur externe et de l'ingénieur qualité elle assure l'interface entre les groupes de travail et le comité de pilotage. Elle construit et adapte le référentiel d'évaluation au contexte de l'établissement et forme les participants à la méthodologie employée. Elle assure le soutien méthodologique des groupes de travail et finalise les documents produits. Elle rédige, présente et fait valider le rapport final au comité de pilotage et recense les plans d'actions

Les groupes de travail pluri professionnels :

Ils participent à l'élaboration du référentiel ; Ils sont chargés de recueillir les données et les observations pour chaque critère retenu (auto-évaluation), d'en faire la synthèse et de proposer une cotation. Ils sont force de proposition pour les actions d'amélioration.

→ Définition et mise en œuvre des axes de travail

Les fiches actions propres au CAJ sont au nombre de 13 :

- Inclure AMISTA dans le dispositif EPP « chute » du pôle de gériatrie ;
- Mettre en forme et actualiser le livret d'accueil ;
- Organiser la gestion des réclamations au sein du service ;
- Définir l'organisation de la communication et le suivi du projet thérapeutique individualisé ;
- Obtenir un marquage des places « handicapés » ;

- Organiser le recueil de la satisfaction des personnes accueillies, familles, aidants ou représentants légaux ;
- Inclure AMISTA dans le dispositif EPP « nutrition » du pôle de gériatrie ;
- Formaliser la procédure d'accueil des stagiaires et des nouveaux personnels dans le service ;
- Améliorer les modalités de communication des objectifs du projet de pôle et de service aux personnes accueillies et à leur famille ;
- Renforcer la sécurité au niveau des vestiaires des personnes accueillies et du personnel ;
- Organiser le suivi des projets thérapeutiques.

L'ensemble de ces actions ont été engagées et menées à terme pendant l'année 2014.

2. La prise en compte des RBPP de l'ANESM

→ Actualisation et diffusion

Les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm ne sont pas utilisées en support dans les réflexions que mène le service. Un guide des RBPP est à disposition dans le bureau du cadre mais il n'est pas consulté de façon naturelle par l'équipe.

→ Appropriation et mise en pratique

Les observations réalisées, les rencontres avec le personnel, la lecture documentaire nous indiquent que les personnels sont bientraitants dans leurs actions quotidiennes.

L'équipe manifeste une réelle attention à ne pas mettre la personne en difficulté. Pour cela, le projet d'accompagnement thérapeutique Individualisé est régulièrement réévalué afin de réajuster les activités proposées aux capacités de la personne. Nous notons que 100% des personnes ayant répondu à l'enquête de satisfaction en 2013 disent que l'aide apportée correspond à leurs attentes et que cette aide est toujours bienveillante.

Un des objectifs du pôle de gériatrie est de réaliser une charte éthique pour l'ensemble des services.

La bientraitance est également mise en place à travers :

- le groupe de réflexion « bientraitance » existant au sein du pôle de gériatrie et auquel participent deux agents du CAJA ;
- le comité d'éthique du centre hospitalier E.Garcin dont un membre est un cadre du pôle de gériatrie ;
- le déploiement sur plusieurs années de la formation humanité.

A. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers

Thèmes

111, 112
211, 212

1. Les critères d'élaboration du PE

Détermination des objectifs

En Janvier 2011, l'établissement a redéposé son Projet d'Etablissement 2011-2015 auprès de l'ARS. Un plan d'actions pluriannuel «amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » regroupe l'ensemble des actions à mener en lien avec la qualité et la gestion des risques.

Le CAJ se trouve concerné par plusieurs objectifs :

- Organiser les soins dans un souci de bientraitance, de respect et de dignité ;
- Dispenser de soins de qualité en coordination avec les professionnels de l'établissement ;
- Contribuer à l'amélioration des prises en charge, notamment au travers des évaluations des pratiques ;
- Mettre en place l'éducation thérapeutique du patient Alzheimer ;
- Participer à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans le domaine des soins, des organisations et du management ;
- Consolider la politique d'encadrement des stages en lien avec les IFSI pour développer l'attractivité pour les étudiants ;
- Mettre en place d'une politique d'encadrement responsabilisante ;
- Contribuer à la mise en œuvre du projet médical en participant aux projets d'évolution ou de développement dans le champ de compétence ;
- Contribuer à la mise en œuvre des autres volets du projet d'établissement en participant au plan de retour à l'équilibre.

Déclinaison en actions

Les fiches actions propres au CAJ sont :

1. Inclure AMISTA dans le dispositif EPP « chute » du pôle de gériatrie ;
2. Mettre en forme et actualiser le livret d'accueil ;
3. Organiser la gestion des réclamations au sein du service ;
4. Définir l'organisation de la communication et le suivi du projet thérapeutique individualisé
5. Obtenir un marquage des places handicapés ;
6. Organiser le recueil de la satisfaction des personnes accueillies, familles, aidants ou représentants légaux ;
7. Inclure AMISTA dans le dispositif EPP « nutrition » du pôle de gériatrie ;
8. Formaliser la procédure d'accueil des stagiaires et des nouveaux personnels dans le service ;
9. Améliorer les modalités de communication des objectifs du projet de pôle et de service aux personnes accueillies et à leur famille ;
10. Renforcer la sécurité au niveau des vestiaires des personnes accueillies et du personnel ;
11. Organiser le suivi des projets thérapeutiques.

L'ensemble de ces actions ont été engagées et menées à terme pendant l'année 2014. Le livret d'accueil des stagiaires et des nouveaux personnels est finalisé et diffusé.

Appui sur évaluation des besoins (PP)

Le service est engagé dans une réelle politique de soins marquée par un travail en réseau et en complémentarité.

Le CAJ s'engage à :

- établir un projet d'accompagnement thérapeutique individualisé pour chaque personne prise en charge ;
- mettre en œuvre des activités adaptées à chacun : des fiches alertes ont été mises en place et déployées chaque fois qu'une augmentation/aggravation des troubles était relevée. Dans le suivi de cette fiche et de l'évaluation réalisée, un bilan avec la famille est proposé afin d'envisager les adaptations possibles dans l'accompagnement et les éventuelles réorientations ;
- accueillir les aidants pour une meilleure prise en compte des répercussions familiales de la maladie ;
- orienter le patient Alzheimer ou sa famille vers les partenaires du réseau pour optimiser l'accompagnement.

2. La mise en œuvre effective du PEPS : les outils de la loi 2002-2

Thèmes

113, 114
211, 212

Les outils de la loi de 2002-2 sont opérationnels. Le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour ont été réactualisés récemment.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie est annexée au livret d'accueil. Le droit d'expression des usagers et des familles se fait dans une relation de confiance avec l'équipe et par la mise en place d'une enquête de satisfaction annuelle. En tant que service hospitalier le CAJ permet aux usagers d'accéder aux formes de participation existantes dans l'institution : commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge (CRUQPC)

Les personnes accueillies au CAJ sont prises en charge dans le cadre d'un projet d'accompagnement individualisé.

La recherche du consentement éclairé du bénéficiaire (avec le soutien et l'accord de l'aidant principal) est stipulée dans le règlement de fonctionnement. Le droit de l'usager à accéder aux informations le concernant est précisé, ainsi que les modalités de recours.

Les documents remis lors de la visite de préadmission sont commentés par le cadre de santé et un membre de l'équipe.

Les listes des personnes qualifiées pour la région PACA sont en cours de constitution pour les 6 départements et ne sont pas diffusées à ce jour. Néanmoins, en cas de litige, l'ARS communique à la personne concernée le nom d'une personne qualifiée.

Un document propre au CAJ et appelé Projet Accompagnement Thérapeutique Individualisé définit les objectifs de l'animation, les ressources (l'équipe, la neuropsychologue, le cadre de santé, les partenariats du CAJ), les locaux du CAJ, le budget alloué en lien avec les activités, l'organisation de l'animation.

3. Evaluation et actualisation du PE

Thèmes

112
213

Les usagers sont associés à la mise à jour du projet de service via la démarche d'évaluation intégrée à chaque activité.

Les familles sont interrogées via l'enquête de satisfaction diligentée chaque année. Les résultats de cette enquête permettent de faire évoluer le projet d'établissement. La dernière est révélatrice d'un bon niveau de satisfaction.

Globalement les familles sont satisfaites de la prise en charge par le CAJ AMISTA. Les critiques permettent de dégager quelques axes d'amélioration :

- Augmenter la participation des familles aux réunions institutionnelles ;
- Améliorer la communication par le biais du cahier de liaison pour rendre compte des activités proposées, et particulièrement des événements majeurs. Une synthèse sur la participation de la personne accueillie au centre pourrait être proposée ;

- Etudier la possibilité d'une communication par messagerie informatique entre le personnel et les familles. Le CAJ est équipé de liaisons intranet et internet. Une famille communique avec le cadre de santé par messagerie électronique. Ce mode de communication pourrait s'envisager pour l'ensemble des familles ;
- Voir avec les prestataires transport si l'organisation des tournées peut être améliorée.

4. L'organisation/la garantie de la qualité en terme de ressources humaines mobilisées

Thèmes

43

Prévention des RPS.

Un Copil a été mis en place en juillet 2014 afin d'élaborer un plan de prévention dans la suite de l'audit portant sur les risques psychosociaux réalisé en 2012.

Thèmes

23

Accompagnement.

L'accompagnement est organisé afin de maintenir, voire développer l'autonomie de la personne, de proposer des activités thérapeutiques de stimulation cognitive, sociale, physique ; Un panel important d'ateliers est organisé. Des groupes homogènes sont organisés par activité ;

Thèmes

42

Management, RH et Adaptation des compétences aux besoins :

La valorisation des compétences des personnels est une volonté déployée par la direction du centre hospitalier et accompagnée par les cadres du pôle de gériatrie.

Le versant thérapeutique du CAJ a favorisé l'évolution des compétences des soignantes. Aujourd'hui elles ont investi leur rôle d'accompagnement personnalisé en dépassant le versant « animation ». Une étroite collaboration avec la cadre de santé, la neuropsychologue les mobilise pour une démarche d'évaluation individuelle et collective. Cette responsabilisation et cette reconnaissance permettent une participation constructive au projet et une adaptation aux problématiques spécifiques de la population accueillie.

B L'ouverture du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

Thèmes

12

1. L'inscription de l'ESMS dans son environnement

Les partenariats externes ou internes :

- Le CAJ s'inscrit dans l'orientation 6 du CPOM signé en juillet 2012 dont l'objectif est la consolidation de la filière de soins gériatriques par l'inscription dans la prise en charge coordonnée de la maladie d'Alzheimer et la création d'un réseau médico-social ;
- Lien privilégié avec le Fil rouge Alzheimer.

Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir les liens sociaux.

Le Centre d'accueil de jour Alzheimer travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée du territoire.

Les parties prenantes à l'élaboration du PP (intervenants extérieurs à la structure).

Les acteurs du maintien à domicile et le réseau Alzheimer.

Thèmes

13

2. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS

L'altération des fonctions psychiques des usagers a des répercussions sur leur capacité à entretenir des liens sociaux avec l'environnement. L'inscription du CAJ dans le réseau crée des occasions de rencontres, de collaboration avec les partenaires. Ceux-ci sont sensibles à la qualité de l'accompagnement proposé par AMISTA et n'hésitent pas à renforcer leurs liens par des actions concertées et des moyens mutualisés : c'est le cas du Fil Rouge Alzheimer qui encourage les familles à découvrir cet espace bienveillant et efficace.

C. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers**1. Effectivité du PP****Thèmes**

221 à 223

Conditions d'élaboration du PP : Les outils d'évaluation des besoins en vue de l'élaboration du PP.

Le recueil de l'histoire de vie est réalisé par la neuropsychologue une fois la décision d'admission prise. Un bilan neurologique est pratiqué dont MMSE, NPIE, échelle de dépression, ... Ces deux temps sont présentés à l'équipe afin de déterminer les objectifs de l'accompagnement et les types d'ateliers retenus.

Une période d'essai est proposée d'une durée d'un mois à raison d'un accueil un jour par semaine. Le nombre de jours sera revu en fin de cette période.

Un projet de vie individualisé est formalisé pour toute personne admise au centre d'accueil de jour, au plus tard un mois après l'admission (ce qui correspond à la fin de la période d'essai). Le chef de pôle gériatrique réalise pour chaque nouvelle admission une consultation mémoire.

La synthèse du projet est envoyée au médecin traitant et présentée au bénéficiaire et sa famille/aidant naturel.

Thèmes

224

Evaluation et actualisation du PP.

Les évaluations sont programmées et réalisées à minima de façon annuelle. L'ensemble de l'équipe est mobilisée pour un suivi permanent qui se traduit à la fois par des observations mais aussi par la rédaction de fiches d'évaluation qui permettent de surveiller l'adaptation de l'activité à la personne et au groupe.

La neuropsychologue intervenant à hauteur de 0.20 ETP au niveau du CAJ est une personne ressource auprès de l'équipe. Elle permet d'actualiser les projets personnalisés par une analyse précise des outils mis en place et utilisés par les soignants.

Thèmes

41

Cohérence et continuité des actions.

- Une réunion trimestrielle est organisée avec le Fil Rouge pour évoquer les situations des personnes suivies par les deux prestataires (CAJ et Fil Rouge) ;
- Différents temps d'échanges facilitent la coordination et la communication entre les professionnels ;
- Une équipe aux compétences complémentaires intervient au sein du CAJ ;
- Le cahier de liaison facilite la communication entre les familles et le service.

Thèmes 225 24 2. Les moyens de participation individuel et collectif des usagers et prise en compte des résultats/ accès à l'information

- Une enquête de satisfaction annuelle est réalisée auprès des bénéficiaires et/ou des familles ;
- La communication avec les familles est également déployée à travers le cahier de liaison, la rencontre annuelle ;
- L'enquête de satisfaction réalisée en 2013 auprès des bénéficiaires, par deux stagiaires en psychologie, a eu un taux de réponse de 95% ;
- La gestion des plaintes et réclamations orales est formalisée à travers une procédure.

D. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Thèmes 115 1. Les conditions de garantie du respect de la dignité et du droit à l'intimité

La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée dans le service et annexée au livret d'accueil.

Le service base son accompagnement sur trois valeurs fortes :

- le respect de l'intimité, de la dignité, de la culture et des choix de la personne ;
- l'aspiration à l'autonomie pour favoriser le maintien à domicile ;
- le soutien aux aidants grâce à ses partenariats.

Ces valeurs se mettent en œuvre à travers trois principes :

- l'accompagnement de la personne, et non la substitution à la personne ;
- l'évaluation des potentialités et des limites de la personne ;
- la personnalisation de l'accompagnement.

Thèmes 333 2. Gestion des événements indésirables et de la maltraitance

Une fiche de recueil des événements indésirables est mise en place. Elle est connue du personnel. Les événements indésirables sont suivis par la cellule qualité.

Thèmes 331, 332 3. La politique de prévention des risques relatifs aux spécificités des usagers

- Les risques spécifiques en lien avec les personnes inscrites au CAJ sont identifiés ;
- Des référents dans le service sont inscrits dans les EPP ;
- Un Comité de coordination des Vigilances, de gestion des Risques et de la Qualité (COVIRQ) est animé au niveau du centre hospitalier E. Garcin.
- Le CAJ bénéficie des plans mis en place sur l'hôpital.



SECTION 4 : Annexes

Annexe 1. L'Abrégé

Cet abrégé a pour objectif de traduire la dynamique de l'évaluation externe. A cet effet, l'abrégé présente les items contenus dans la synthèse de l'évaluation externe retenus comme force et/ou faiblesse et pour lesquels il est fait des propositions ou préconisations dans le rapport d'évaluation externe.

TABLEAU 1. La démarche d'évaluation interne

→Réf. Thème 3.1

Thématiques	Points forts	Points faibles	Axes d'amélioration
Le référentiel mobilisé	Le référentiel de l'EI est basé non seulement sur les RBPP de l'ANESM mais aussi sur les propositions émanant des groupes de travail pluridisciplinaires. Il est commun aux services du pôle de gériatrie.	-	-
Le processus d'évaluation : méthode et participation	La démarche participative a permis aux équipes d'identifier les points forts du service mais également certains points d'amélioration. Le COPIL et le groupe projet ont renforcé les synergies au cœur du dispositif hospitalier.	-	-
La définition des axes de travail	Les objectifs définis par le pôle pour 2014 en lien avec le CAJ : -organiser les soins dans un souci de bientraitance de respect et de dignité ; -dispenser des soins de qualité en coordination avec les professionnels de l'établissement (projet de GPMC et révision des fiches de poste dans cette logique.) ; -contribuer à l'amélioration des prises en charge, notamment au travers des évaluations des pratiques professionnelles et des organisations ; -renforcer les formations en lien avec les objectifs de pôle dans une démarche de bientraitance (humanité, maladie d'Alzheimer ; -préparer et accompagner l'évaluation externe.	-	-
La mise en œuvre des axes de travail	Les fiches actions propres au CAJ sont au nombre de 13 : -Inclure AMISTA dans le dispositif EPP « chute » du pôle de gériatrie ; -Mettre en forme et actualiser le livret d'accueil ; -Organiser la gestion des réclamations au sein du service ; -Définir l'organisation de la	-	-

	communication et le suivi du projet thérapeutique individualisé ; -obtenir un marquage des places handicapés ; -organiser le recueil de la satisfaction des personnes accueillies, familles, aidants ou représentants légaux ; -Inclure AMISTA dans le dispositif EPP « nutrition » du pôle de gériatrie ; -Formaliser la procédure d'accueil des stagiaires et des nouveaux personnels dans le service ; -Améliorer les modalités de communication des objectifs du projet de pôle et de service aux personnes accueillies et à leur famille ; -Renforcer la sécurité au niveau des vestiaires des personnes accueillies et du personnel ; -Organiser le suivi des projets thérapeutiques. L'ensemble de ces actions ont été engagées et menées à terme pendant l'année 2014. Le livret d'accueil des stagiaires et des nouveaux personnels est finalisé et diffusé.		
--	---	--	--

TABLEAU 2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM relatives à l'ESSMS.

→Réf. Thème 3.2

Thématiques	Points forts	Points faibles	Axes d'amélioration
Modalités de veille	Le CAJ bénéficie de liaisons intranet et internet qui permettent à chaque professionnel un accès à divers documents dont les RBP. L'accès est facilité.	-	-
Modalités de diffusion	Un guide des RBPP est à disposition dans le bureau du cadre. Le CAJ est équipé de liaisons intranet et internet permettant l'accès aux RBPP. L'accès est facilité.	Le guide des RBPP n'est pas consulté de façon naturelle par l'équipe.	Encourager la consultation des documents « RBPP » mis à disposition et les utiliser comme support de réflexion des pratiques soignantes.
Appropriation par les professionnels	Une volonté forte de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance ; Une formation «humanité» renouvelée régulièrement ; -L'équipe exprime une réelle attention à ne pas mettre la personne en difficulté. Les bénéficiaires disent que l'aide apportée correspond à leurs attentes et que cette aide est toujours bienveillante.	Peu voire pas d'utilisation de certaines RBPP qui pourraient venir enrichir, soutenir les réflexions de l'équipe sur ses pratiques professionnelles.	Entraîner les équipes à utiliser internet pour une meilleure appropriation des RBPP de l'Anesm.

TABLEAU 3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers.

→Réf. Thèmes 1.1, 2.1, 2.3, 4.2

Thématiques	Points forts	Points faibles	Axes d'amélioration
Modalités d'élaboration du projet d'établissement et Cohérence avec les moyens alloués	En Janvier 2011, l'établissement a redéposé son Projet d'Etablissement 2011-2015 auprès de l'ARS. Celui-ci est décliné avant tout comme un projet de soins du fait d'une prédominance des services sanitaires. Un plan d'actions pluriannuel «amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » regroupe l'ensemble des actions à mener.	-	-
Mise en œuvre du projet : effectivité	Le CAJ s'engage à : - établir un projet d'accompagnement thérapeutique individualisé pour chaque personne prise en charge ; - mettre en œuvre des activités adaptées à chacun ; -accueillir les aidants pour une meilleure prise en compte des répercussions familiales de la maladie ; -orienter le patient Alzheimer ou sa famille vers les partenaires du réseau pour optimiser l'accompagnement. Le Livret d'accueil, le règlement intérieur et la charte des, droits et libertés de la personne accueillie sont remis et explicités à la famille.	Les listes des personnes qualifiées pour la région PACA sont en cours de constitution pour les 6 départements et ne sont pas diffusées à ce jour. Néanmoins en cas de litige, l'ARS communique à la personne concernée le nom d'une personne qualifiée. Le tableau de présentation du déroulement de la journée n'est pas adapté aux capacités des personnes.	Donner du sens au tableau d'affichage de la journée en adaptant sa présentation aux capacités des bénéficiaires (police, pictogramme, photos, etc...).

Evaluation et actualisation du projet	L'évaluation du PE suit le processus de la démarche qualité continue initiée par le CH E.Garcin. L'évaluation et l'actualisation du PE sont l'aboutissement d'une recherche permanente d'optimisation de la prise en charge des usagers.	Poursuivre l'accompagnement pour les patients moins autonomes (ex : incontinence)	Réfléchir à la possibilité d'évolution des critères d'admissibilité pour répondre aux attentes des familles.
La gestion des RH comme garantie de la qualité de la PEC ou de l'accompagnement	-La prise de fonction de nouveaux salariés et des stagiaires est soutenue et accompagnée ; -La valorisation des compétences des personnels est une volonté déployée par la direction du centre hospitalier et accompagnée par les cadres du pôle de gériatrie.	Les remplacements du personnel absent ne sont que très rarement réalisés, affectant de ce fait l'adéquation des activités aux personnes accueillies.	Poursuivre différentes formes de formation, sensibilisation à la bientraitance ; Réfléchir à la politique de remplacement actuelle au regard de la qualité de l'accompagnement souhaité.

TABLEAU 4. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

→Réf. Thèmes 1.2 et 1.3

Thématiques	Points forts	Points faibles	Axes d'amélioration
Les partenariats	-Le CAJ s'inscrit dans l'orientation 6 du CPOM signé en juillet 2012 dont l'objectif est la consolidation de la filière de soins gériatriques par l'inscription dans la prise en charge coordonnée de la maladie d'Alzheimer et la création d'un réseau médico-social ; -Lien privilégié avec le Fil rouge Alzheimer.	Organisation d'une passerelle entre le CAJ et La Verte Colline.	Réfléchir aux modalités de partenariat avec La Verte Colline (qui prend le relai quand les limites de prise en charge AMISTA sont atteintes) afin d'accompagner ce temps charnière souvent douloureux.
La coordination des interventions avec les personnes extérieures parties prenante au PP	Collaboration optimum avec le Fil rouge.	-	-
L'inscription dans un territoire, lien social et réseau de proximité	Lien privilégié avec le Fil rouge Alzheimer.	-	-
Les animations	L'accompagnement est organisé afin de maintenir, voire développer l'autonomie de la personne, de proposer des activités thérapeutiques de stimulation cognitive, sociale, physique ; Un panel important d'ateliers est organisé. Des groupes homogènes sont organisés par activité ; Les bénéficiaires semblent satisfaits des activités proposées.	-	-
La perception par les partenaires	-Satisfaction des usagers et des familles ; -Collaboration optimum avec le Fil rouge.	-	-

TABLEAU 5. Personnalisation de l'accompagnement

→Réf. Thèmes 2.2, 4.1

Thématiques	Points forts	Points faibles	Axes d'amélioration
Elaboration des PP (outils et méthodes)	- Le projet de vie est construit pour chaque bénéficiaire ; - Le recueil de l'histoire de vie est réalisé par la neuropsychologue ; - La neuropsychologue intervenant à hauteur de 0.20 ETP au niveau du CAJ est une personne ressource auprès de l'équipe ; - Mise en place du DPI.	-	-
Participation des bénéficiaires au PP	La synthèse du projet est envoyée au médecin traitant et présentée au bénéficiaire et sa famille/aidant naturel.	Il serait intéressant de trouver dans les objectifs ceux exprimés par le bénéficiaire.	S'assurer, chaque fois que possible, de l'accord du bénéficiaire à la diffusion de la synthèse de son projet au référent familial.
Mise en œuvre du PP	Un projet de vie individualisé est formalisé pour toute personne admise au CAJ, au plus tard un mois après l'admission.	-	-
Evaluation et Actualisation du PP en fonction de l'évolution des besoins	-Les évaluations sont programmées et réalisées à minima de façon annuelle ; -Des fiches d'évaluation globale de l'activité et d'évaluation individuelle de la personne permettent de suivre l'adaptation de l'activité à la personne et au groupe.	-	-
Cohérence et continuité de la PEC ou de l'accompagnement	Une réunion trimestrielle est organisée avec le Fil Rouge pour évoquer les situations des personnes suivies par les deux prestataires (CAJ et Fil Rouge) ; Différents temps d'échanges facilitent la coordination et la communication entre les professionnels ; Une équipe aux compétences complémentaires intervient au sein du CAJ ; Le cahier de liaison facilite la communication entre les familles et le service.	-	-

TABLEAU 6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

→Réf. Thème 2.4

Thématiques	Points forts	Points faibles	Axes d'amélioration
Modalités de participation et d'expression des usagers : CVS / enquêtes / autres	Une enquête satisfaction annuelle est réalisée auprès des bénéficiaires et/ou des familles ; L'enquête de satisfaction réalisée en 2013 auprès des bénéficiaires, par deux stagiaires en psychologie, a eu un taux de réponse de 95% ; La gestion des plaintes et réclamations orales est formalisée à travers une procédure.	Le taux de réponse de l'enquête réalisée auprès des familles est en baisse : 41,3% en 2013 et 65,4% en 2012.	Réfléchir à d'éventuelles autres modalités de recueil de l'avis des familles, venant relayer l'enquête de satisfaction.
Prise en compte des besoins et de la parole de l'utilisateur	En réponse à la demande d'améliorer la communication pour rendre compte des activités proposées, une réunion des familles a été organisée au cours de laquelle l'équipe soignante a présenté un power point sur l'accompagnement thérapeutique individualisé et les ateliers mis en place au CAJ.	-	-
Place de la famille	La communication avec les familles est également déployée à travers le cahier de liaison, la rencontre annuelle.	-	-
Accès à l'information	Le cahier de liaison et les rencontres avec les équipes permettent aux familles un suivi de la prise en charge.	-	-

TABLEAU 7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

→Réf. Thèmes 3.3, 4.2, 4.3

Thématiques	Points forts	Points faibles	Axes d'amélioration
Les conditions de garantie du respect de la dignité et du droit à l'intimité	-100% du personnel est formé à la bientraitance ; -La prise de fonction de nouveaux salariés et des stagiaires est soutenue et accompagnée ; -La valorisation des compétences des personnels est une volonté déployée par la direction du centre hospitalier et accompagnée par les cadres du pôle de gériatrie ; -L'engagement en regard de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.	Les remplacements du personnel absent ne sont que très rarement réalisés, affectant de ce fait l'adéquation des activités aux personnes accueillies.	Poursuivre différentes formes de formation, sensibilisation à la bientraitance ; Réfléchir à la politique de remplacement actuelle au regard de la qualité de l'accompagnement souhaité ; Porter une réflexion sur l'espace dédié au CAJ et sur son aménagement.
Gestion des événements indésirables et des cas de maltraitance	Une fiche de recueil des événements indésirables est mise en place. Elle est connue du personnel. Les événements indésirables sont suivis par la cellule qualité ; Une volonté forte de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance ; Une formation « humanité » renouvelée régulièrement.	- Absence de temps d'analyse de la pratique professionnelle ; - Le DUERP ne contient pas le plan de réalisations des actions réalisées et ne bénéficie pas d'actualisation annuelle.	- Envisager les possibilités de soutenir les équipes dans leurs accompagnements à une population fragilisée par des temps d'analyse de la pratique professionnelle ; - Mettre en conformité le DUERP.
Gestion et prise en compte des principaux risques liés à l'organisation et à la personne	- Les risques spécifiques en lien avec les personnes inscrites au CAJ sont identifiés ; - Des référents dans le service sont inscrits dans les EPP ; - Un Comité de coordination des Vigilances, de gestion des Risques et de la Qualité (COVIRQ) est animé au niveau du centre hospitalier E. Garcin.	-	-

TABLEAU 8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

→Réf. Thème 5.

L'ambiance des lieux, le climat

L'ambiance est chaleureuse et conviviale. Les personnes accueillies semblent à l'aise et en confiance. Le personnel est avenant. L'espace un peu saturé ne laisse pas beaucoup de zone de déambulation. L'aménagement et la décoration un peu chargée pourraient aller à l'encontre des efforts que l'équipe fait par ailleurs pour créer un environnement apaisant adapté aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer.

Le langage, la façon de parler

L'équipe du CAJ est particulièrement sympathique et accueillante. Les usagers sont abordés avec patience et courtoisie. Chaque soignant représente un repère rassurant pour le bénéficiaire. La relation est respectueuse (pas de familiarités, ni de tutoiements.)

La considération, l'attention à la personne

La personne est accueillie avec beaucoup d'égard. L'accompagnement proposé tient compte du contexte du jour. Les activités sont adaptées en fonction de ses souhaits, de ses remarques. L'installation pour la mise en œuvre des activités prend en compte les affinités de chacun et respecte les choix des personnes.

La personnalisation de l'accompagnement

Le personnel est particulièrement vigilant : il ne met pas l'utilisateur en situation de difficulté ni d'échec. Les activités proposées sont compatibles avec les objectifs définis dans le projet thérapeutique individualisé. Le rythme de chacun définit le programme du jour. Des temps de détente et de repos sont proposés.

Le respect de l'intimité

Les personnes accueillies peuvent s'isoler à la demande. Elles sont accompagnées dans les espaces dédiés si besoin (WC, Toiletttes).

Le consentement et la participation

Les personnes accueillies donnent leur accord avant chaque activité. Leur refus est entendu et respecté.

L'information et la communication

Malgré l'altération de ses fonctions mnésiques, l'utilisateur est tenu au courant de toutes les composantes de son projet thérapeutique, du fonctionnement du service, du déroulé de la journée. Son adhésion est recherchée pour la mise en route d'un atelier.

Conclusion générale

L'évaluation externe menée à l'accueil de jour Amista a permis de constater la progression du service dans la démarche humaniste engagé par le pôle de gériatrie.

La méthodologie participative mise en place par l'équipe projet et par l'équipe d'encadrement lors de l'évaluation interne a été déterminante pour le déploiement d'une synergie efficiente entre les services au regard de l'atteinte des objectifs retenus en fin d'opération.

La démarche qualité conduite avec rigueur, l'implication des professionnels dans le processus d'évaluation ont permis de renforcer la motivation du personnel, de donner du sens aux actions d'amélioration et de promouvoir les valeurs de bientraitance et de respect.

L'équipe d'encadrement du fait de sa forte implication a favorisé le sentiment d'appartenance au centre hospitalier de l'ensemble des acteurs. Le rôle du CHEG est renforcé par cette volonté de fédérer les compétences sur le territoire dans une vraie dynamique partenariale au service de l'utilisateur.

TABLEAU 9. Méthodologie de l'évaluation externe

Items	Détails
Référentiel utilisé	Le référentiel retenu pour la conduite de l'évaluation externe s'appuie sur le référentiel SOCRATES proposé dans l'offre initiale. Il est organisé en 5 dimensions, chacune détaillées en thèmes et sous thèmes : 1. Stratégie, projet et ouverture sur l'environnement 2. Prise en compte des besoins des usagers et individualisation de l'accompagnement 3. Démarche qualité 4. Organisation, Fonctionnement et Ressources Humaines 5. Conclusion : le climat éthique et bientraitant de la structure Il a fait l'objet d'un travail d'adaptation et de validation avec l'équipe de direction de l'établissement. Ce référentiel reprend les 15 thèmes du 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 établissements et services sociaux et médicosociaux, Chapitre II, section3.
Modalités d'implication des équipes	Les équipes ont été impliquées à l'occasion : - de RV individuels - de RV de groupes - de temps d'observation des pratiques professionnels
Modalités d'association des usagers	Les usagers ont été impliqués : - à l'occasion d'une réunion de groupe, d'1H, réunissant usagers et animée par 1 évaluateur autour de thématiques générales sur l'accompagnement ; - à l'occasion d'échanges plus informels (rencontre dans les couloirs, discussion pendant des animations, déjeuners avec eux...) sur des thématiques plus spécifiques.
Nombre d'entretiens conduits	Ont été réalisés des : - entretiens individuels - entretiens de groupe - temps d'observations des pratiques et de la consultation de documents
Nombre de jours pour conduire l'évaluation externe	Date de début de la mission : semaine 26 (2014) Date de fin de la mission : semaine 02 (2015) Etapas (en nombre de jours / homme) : 1. Préparation de l'évaluation externe : 2 jours (en bureau d'études) 2. Réalisation de l'évaluation externe : 2,5 jours sur site 3. Finalisation de l'évaluation externe (rapports) : 2,75 jours (en bureau d'études) TOTAL : 7,25 jours

TABLEAU 10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
Nous sommes satisfaits du bon déroulement de l'évaluation externe et des échanges constructifs avec les évaluateurs.	Pendant la phase contradictoire, les évaluateurs ont tenu compte de la plupart de nos remarques.

Annexe 2. Contrat d'engagement du prestataire

MARCHES PUBLICS DE FOURNITURES COURANTES ET SERVICES

CENTRE HOSPITALIER Edmond GARCIN
Direction des Services Economiques
Service des Marchés
179, Avenue des Soeurs Gastine
13677 AUBAGNE CEDEX
Tél: 04.42.84.70.28

EVALUATION EXTERNE DE L'ETABLISSEMENT

8k' SOCRATES

LOT N° 01, 02 et 03 : CAMSP, SSIAD et AJA.....

N° de marché

1	3	9	0	2	1	3	E	0	R	0	V	0	1	A	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Acte d'Engagement

82

Annexe 3. Décision d'attribution du marché



CENTRE HOSPITALIER EDMOND GARCIN
179, Avenue des Sœurs Gastine
13677 AUBAGNE CEDEX

Tél 04 42 84 70 28
Fax 04 42 84 73 97

Référence : 154/13
Affaire suivie par : I. MANNO

AUBAGNE, le 23 Octobre 2013

SOCRATES SARL
14 Rue du Pré paillard
parc d'activités des Glaisins
74940 ANNECY LE VIEUX

Objet : Procédure adaptée ouverte Article 28-I
Affaire n° : 13SERV04/1
EVALUATION EXTERNE de L'ETABLISSEMENT
Lot(s) : 01 Evaluation externe CAMSP
02 Evaluation externe SSIAD personnes âgées
03 Evaluation externe Accueil de Jour

A l'attention de Monsieur le Directeur,

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que votre offre a été retenue par une décision en date du 22 Octobre 2013.

La notification du marché vous sera adressée ultérieurement après expiration du délai de recours d'un référé précontractuel.

Dans l'attente, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le représentant du pouvoir adjudicateur
Mr TESSIER Alain
Directeur du Centre Hospitalier Edmond
Garcin



Annexe 4. Charte des évaluateurs

Ethique générale du cabinet

Notre éthique s'applique à nos relations internes, aux relations que nous entretenons avec nos clients ou partenaires et à la gestion des projets que nous menons avec eux. Elle se fonde sur les **valeurs** suivantes (qui constituent en même temps des **principes d'action**).

Le respect de l'autre. La recherche de notre propre intérêt, qui est légitime, doit se faire dans les limites du respect des intérêts fondamentaux des parties prenantes de nos actions, qui est prioritaire.

La justice. Le respect des lois et des règles est fondamental pour garantir le respect des personnes. Il est complété par la recherche de l'équité.

La responsabilité. Nos actions doivent se fonder sur une vision « large et loin », prenant en compte leurs impacts pour l'ensemble des acteurs et à long terme.

L'engagement. La qualité du travail et le plaisir que l'on peut y trouver reposent sur le sens des actions menées. Nous nous engageons totalement dans les projets que nous menons parce qu'ils comportent des enjeux qui leurs donnent du sens.

La pondération. L'expérience nous apprend que les jugements à l'emporte-pièce ou les propos péremptaires nous mettent en porte-à-faux. La vérité est dans la nuance, issue de la retenue et de la prise de recul.

Ces valeurs se déclinent dans le cadre de notre activité d'évaluateur externe

Le respect de l'autre.

Le fondement de l'évaluation externe repose sur la recherche d'un plus grand bien être pour les usagers des établissements et services évalués. Cet objectif est en ligne avec la philosophie morale, qui préconise de prioriser l'intérêt des personnes vulnérables. C'est dans cet esprit que nous menons notre travail d'évaluation : prendre en compte les contraintes et les points de vue, mais en cherchant à les mettre constamment en perspective avec les attentes ou les besoins des usagers.

La justice.

L'évaluation externe a pour mission de vérifier que l'établissement met en œuvre les outils de la loi, et d'en mesurer l'effectivité pour les usagers. La loi n'est en effet pas une contrainte, mais un support pour favoriser la protection et la promotion des droits des usagers.

La recherche de l'équité dans l'accompagnement est un complément nécessaire de l'égalité de traitement. Elle suppose que l'on prenne en compte les besoins individuels des usagers. C'est en ce sens que le projet personnalisé est une base essentielle des projets d'établissements ou de service et que l'évaluation externe doit en vérifier l'effectivité.

La responsabilité.

L'évaluation externe est un temps fort de la vie de l'établissement ou du service. Ce qui est dit ou écrit doit être pesé par l'évaluateur et replacé dans la démarche de projet de la structure. Ce qui est essentiel, c'est la dynamique de progrès et d'amélioration continue qui est mise en œuvre. Si des points de fonctionnement doivent faire l'objet de remarques de la part de l'évaluateur, c'est dans la mesure où ils ne s'inscrivent pas dans une telle dynamique.

L'engagement.

Nous nous engageons dans une démarche d'évaluation externe sur la base d'une volonté conjointe de progrès avec la structure, notamment sa direction. Le travail mené avec les professionnels a du sens parce qu'il peut être créateur de valeur pour les usagers. C'est pourquoi nous ne nous contentons pas de « mettre des croix dans des cases », mais cherchons à vérifier que l'utilisateur bénéficie réellement des outils du dispositif d'accompagnement. Cela implique parfois un questionnement des pratiques, auquel les professionnels doivent être ouverts.

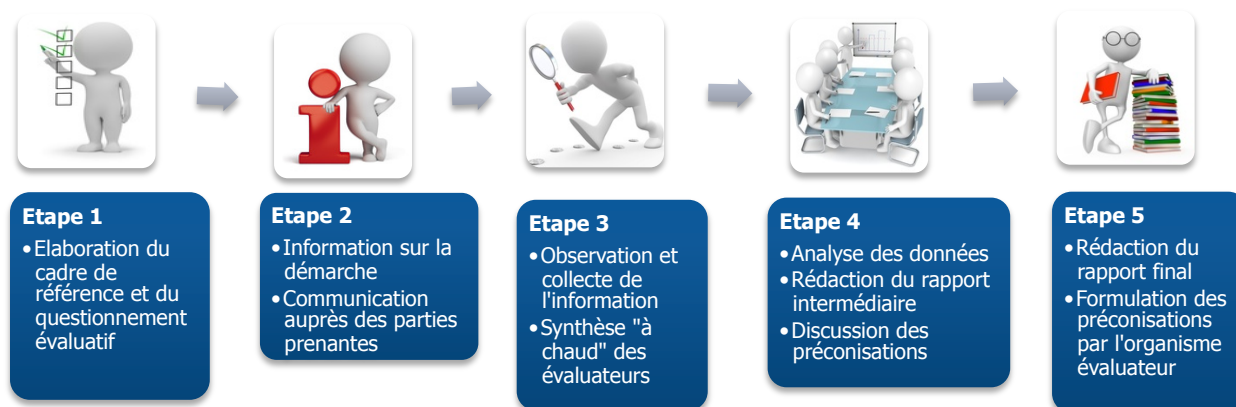
La pondération.

Nous ne prétendons pas mieux savoir que les professionnels et ne sommes pas là pour juger. Nous intervenons sur la base d'une écoute active et bienveillante. Nous cherchons à recouper les points de vue pour construire un diagnostic fondé sur une argumentation raisonnée et, autant que possible, le consensus. Notre rapport d'évaluation doit être équilibré et constructif de façon à constituer un outil de travail pour les professionnels, qui y retrouveront leur projet, vu sous l'angle d'un regard extérieur, alimenté par leur propre point de vue.

Les qualités et valeurs portées par nos évaluateurs :

la transparence, l'honnêteté, la bienveillance, l'intégrité, l'ouverture d'esprit et la sérénité.

Annexe 5. Processus d'évaluation externe (présentation schématique)



Cette démarche en 5 étapes a été simplifiée en une démarche en 3 temps :

- temps 1 : étape 1
- temps 2 : étapes 2 et 3
- temps 3 : étapes 4 et 5

Annexe 6. Calendrier de mise en œuvre

Etapes clés de l'évaluation externe	Période	Nombre de jours homme
Phase 1 : Préparation de l'évaluation externe		
- Préparation de la démarche et du cadre évaluatif avec la Direction médicale et qualité	Semaines 26 à 43	2 j
- Analyse des documents techniques		
Phase 2 : Réalisation de la visite d'évaluation externe		
Intervention sur site (information autour de la démarche et évaluation sur site)	Semaine 48 (26/11/2014)	2,5j
Phase 3 : Finalisation de l'évaluation externe		
Analyse des données et rédaction du pré rapport	Semaines 49 à 52	1,25 j
Réalisation des échanges autour du pré rapport	Semaine 52 à 1	0,5 j
Rédaction et finalisation du rapport	Semaine 2	1 j
Total des journées		7,25 jours

Annexe 7. Equipe d'évaluateurs

Pilotage et coordination des évaluations externes pour le groupe :

Sabrina DIRAND

Gérante associée du cabinet SOCRATES
Coordinatrice de projets

Spécialité : organisation, coordination de projet – mise en forme des rapports

Les évaluateurs impliqués dans la démarche d'évaluation externe :

Annick MINNITI

Pilote
Ancienne directrice d'EHPAD
Ancienne IDE

Spécialité : Direction d'EHPAD, management, prise en charge sanitaire des usagers

Floris THOUMELIN

Consultante et évaluatrice externe
Ancienne directrice d'EHPAD et de SSIAD, IDE

Spécialité : organisation, management et soin en EHPAD et SSIAD

Annexe 8. Référentiel d'évaluation externe

Dimensions	Thèmes	Sous thèmes
1.Stratégie, projet et ouverture sur l'environnement	1.1 Effectivité du projet de l'établissement ou du service	1.1.1 Le projet associatif / de groupe ou global
		1.1.2 Le projet d'établissement / service
		1.1.3 Les promesses du projet d'établissement ou de service
		1.1.4 Les outils de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002
		1.1.5 La charte des droits et libertés de la personne
	1.2 Liens entre l'établissement / le service et son environnement	1.2.1 Les partenariats institutionnels internes et externes
		1.2.2 Les parties prenantes externes de l'accompagnement
		1.2.3 Le réseau de proximité
	1.3 Perception de l'établissement et de ses missions par les partenaires, professionnels libéraux et les usagers	1.3.1 Point de vue des partenaires
		1.3.2 Point de vue des professionnels libéraux
		1.3.3 Point de vue usagers et familles
2.Prise en compte des besoins des usagers et individualisation de l'accompagnement	2.1 Evaluer avec les usagers leurs besoins et leurs attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service	2.1.1 Liens entre les besoins des usagers et le PE / PS
		2.1.2 Association des usagers dans l'élaboration du PE / PS
		2.1.3 Réévaluation du PE / PS en intégrant l'évolution des besoins des usagers
	2.2 Le projet personnalisé	2.2.1 Recueil des besoins et attentes des usagers
		2.2.2 Formalisation du projet
		2.2.3 Mise en œuvre effective du projet
		2.2.4 Evaluation et Actualisation du projet
		2.2.5 Participation de l'utilisateur et de sa famille
	2.3 Réponses apportées par l'établissement ou le service aux attentes exprimées par les usagers	2.3.1 Accueil et admission*
		2.3.2 Hébergement
		2.3.3 Restauration
		2.3.4 Lingerie
		2.3.5 Maintenance et entretien
		2.3.6 Animations
		2.3.7 Soins
		2.3.8 Autres prestations propres à l'ESSMS évalué
	2.4 Capacité de l'établissement à faciliter, valoriser l'expression et la participation de l'utilisateur	2.4.1 Les modalités de participation et d'expression des usagers
		2.4.2 Prise en compte des besoins / de la parole de l'utilisateur
3.Démarche qualité	3.1 Capacité à observer les changements et à adapter son organisation	3.1.1 La démarche qualité
		3.1.2 L'évaluation interne et les suites réservées
	3.2 Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM dans la délivrance des prestations	3.2.1 Connaissance et diffusion des RBPP
		3.2.2 Mise en œuvre des RBPP
		3.2.3 Veille
	3.3 Modalités de gestion des risques	3.3.1 Hygiène et sécurité
		3.3.2 Prévention des situations de crise
		3.3.3 Evénements indésirables

4. Organisation, Fonctionnement et Ressources Humaines	4.1 Capacité de l'établissement ou du service à assurer la cohérence et la continuité des actions	4.1.1 4.1.2 4.1.3	Modalités de coordination interne et externe Continuité et cohérence du Soins (care) Gestion du dossier de l'utilisateur
	4.2 Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective	4.2.1 4.2.2 4.2.3 4.2.4	Le management La communication interne Les écrits professionnels La politique RH
	4.3. Mise en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation relatifs à la fatigue professionnelle	4.3.1 4.3.2 4.3.3 4.3.4 4.3.5 4.3.6 4.3.7	Groupe d'analyse de la pratique Prévention des risques psychosociaux Supervision CHSCT Délégués du personnel / syndicats DUERP Chiffres clés
5. Conclusion	Le climat éthique et bienveillant de la structure L'ambiance des lieux, le climat ; Le langage, la façon de parler ; La considération, l'attention à la personne ; La personnalisation de l'accompagnement ; Le respect de l'intimité ; Le consentement et la participation ; L'information et la communication.		

Annexe 9. Liste des pièces techniques fournies par l'ESSMS

Pièces <i>(*) Documents obligatoires mentionnés dans le décret n° 2007 – du 15 mai 2007, Chapitre 3, section 3, 3.1. Cette liste peut être complétée par tout autre document jugé utile par la personne physique ou morale gestionnaire de l'établissement</i>	A produire par l'ESSMS	
	Envoi par e-mail	Consultation sur site
Administratif		
Tout document public permettant d'identifier la personne physique ou morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'ESSMS (*)		X
Copie de l'autorisation ou de déclaration avec un descriptif des activités, des publics accueillis, organigramme relatif au personnel (document émanant de l'organisme ayant délivré l'autorisation) (*)	X	
Qualité et gestion des risques, Hygiène et sécurité		
Résultat du dernier audit qualité	X	
Rapport d'évaluation interne et plan d'action (*)	X	
Le livret d'accueil remis à chaque usager (*)	X	
Les documents relatifs à l'hygiène et la sécurité (document unique...) + dernier CR de visite de la commission de sécurité (*)	X	
Plans (gestion de crise, plan bleu...)		X
Ressources humaines		
Livret d'accueil salarié	X	
Plan de formation	X	
Définition de fonction	X	
Organigramme du personnel hiérarchique et fonctionnel	X	
Support d'entretien annuel	X	
Procédure accueil nouveau salarié ou autre support	X	
Résultats d'enquêtes effectuées auprès des salariés	X	
Rapport d'activité, Tableaux de bord, indicateurs suivi masse salariale		X
Accompagnement et prise en charge des usagers		
Projet d'établissement / service en format Word (*)	X	
Projet personnalisé (anonymisé)		X
Dossier de soin (anonymisé)		X
Enquêtes de satisfaction et Résultats des enquêtes	X	
Compte rendu du CVS ou de toute forme de participation des usagers (CR, enquêtes de satisfaction...)	X	
Supports d'enregistrement des plaintes, réclamations...	X	
Evènements indésirables par établissement (année n-1 et n)	X	
Règlement de fonctionnement remis à chaque usager (*)	X	
Contrat de séjour / de prestation et son avenant signé dans les 6 mois		X
Conventions de partenariats (exemples)		X
Gestion financière		
Synthèse données administratives (principaux ratios...)		X

Annexe 10. Liste des personnes consultées

JOUR 1 - Lundi 24/11/14

Services mutualisés CH AUBAGNE, communs aux 3 structures évaluées

Horaires			E1 (Annick MINNITI)	E2 (Dr. Patrick COLLIGNON)
7h30	à	8h00	Démarrage de l'évaluation à 8:30	
8h00	à	8h30		
8h30	à	9h00	Entretien DIRECTION PÔLE GERONTOLOGIE MERE-ENFANT avec Directeur du CH (M. TESSIER), Cadre de Pôle (Mme GRAVE) + Directeur référent et responsable budget (Mme DUBO), Cadre de Santé (Mme BIGO), + médecins selon disponibilités sur le projet global du pôle, la stratégie actuelle et prospective du pôle et du SSIAD et AJA - Thème abordés : 1.1, 1.2, 1.3, 3.1, 3.2, 4.1 - dont projet global de soins 2.1, 2.2 et 2.3 (projet de soins global / réponse du projet de Soins aux attentes et besoins des usagers)	
9h00	à	9h30		
9h30	à	10h00		
10h00	à	10h30		
10h30	à	11h00	Entretien QUALITE (1/2) avec responsable qualité (Mme REDONDO MATHIOT, Mme GRAVE) - Thèmes abordés : 3.1, 3.2, 3.3 (dont évaluation interne et suites réservées) - CAMSP, AJA et SSIAD	
11h00	à	11h30		
11h30	à	12h00	Entretien Instances Représentatives du Personnel ou CHSCT (1 à 2 personnes) - Thèmes : 4.3 - CAMSP, AJA, SSIAD	Consultation de documents
12h00	à	12h30		
12h30	à	13h00	Déjeuner / coordination entre les évaluateurs	
13h00	à	13h30		
13h30	à	14h00	Entretien Resp. SERVICES HOTELIERS ET LOGISTIQUES - (M. XXX) Thèmes : 2.3 (restauration, lingerie, entretien et maintenance locaux et sécurité) - CAMSP, AJA, SSIAD	Observation au CAMSP de temps d'accompagnement des enfants, échanges avec les enfants et les familles, observations de la prise en charge par des professionnels - Thèmes : 2.1, 2.2 et 2.3
14h00	à	14h30		
14h30	à	15h00	Consultation de documents	
15h00	à	15h30		
15h30	à	16h00	Synthèse entre les évaluateurs	

JOUR 3 - Mercredi 26/11/14

AJA		
Horaires		
		E1 (Annick MINNITI)
		E2 (Florin THOUMELIN)
7h30	à 8h00	Démarrage à 8:30
8h00	à 8h30	
8h30	à 9h00	Entretien DIRECTION opérationnelle de l'AJA avec Cadre supérieur de santé (Mme GRAVE), Cadre de Santé de l'AJA (Mme DULUC) sur le fonctionnement du service (projet de service, inscription dans l'environnement, organisation...) - Thèmes abordés : 1.1, 1.2, 1.3, 4.1, 4.2 - AJA
9h00	à 9h30	
9h30	à 10h00	
10h00	à 10h30	Visite du service AJA
10h30	à 11h00	Observation de temps d'accompagnement avec les usagers, échanges avec les usagers, observations de la prise en charge par des professionnels - Thèmes : 2.1, 2.2 et 2.3
11h00	à 11h30	
11h30	à 12h00	
12h00	à 12h30	Entretien NEUROPSYCHOLOGUE AJA (Mme BOYER) Thèmes : 2.1, 2.2 et 2.3 (projet de soins / réponse du projet de Soins aux attentes et besoins des usagers)
12h30	à 13h00	
13h00	à 13h30	
13h30	à 14h00	Observation et déjeuner avec les usagers de l'AJA
14h00	à 14h30	
14h30	à 15h00	
15h00	à 15h30	
15h30	à 16h00	Entretien GROUPE PLURIDISCIPLINAIRE D'ACCOMPAGNEMENT AJA (AS, AMP) Thèmes : 2.1, 2.2 et 2.3 (accompagnement), 3.3 (RBPB), 4.1 et 4.2 (continuité de l'accompagnement)
15h30	à 16h00	Consultation de documents
16h00	à 16h30	Responsable RH (Mme DE PALMA) - Thèmes : 4 (RH, Formation, Postes, climat et conditions de travail, évaluation, développement des compétences, dialogue social...) - CAMSP, AJA, SSIAD
16h30	à 17h00	
17h00	à 17h30	
17h30	à 18h00	Entretien FAMILLES des usagers - thèmes : 2.1, 2.2, 2.3, 2.4
17h00	à 17h30	Restitution à CHAUD auprès de l'équipe de DIRECTION du service AJA
17h30	à 18h00	

Le point de vue des usagers sera recueilli pendant les phases d'observation et de déjeuner