

Centre Hospitalier Edmond Garcin

CAMSP

Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

6-8 Boulevard Lakanal

13400 AUBAGNE

N° Finess : 130 810 849

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

Dr. Patrick COLLIGNON

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



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

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 hospitalier Edmond Garcin - CAMSP Centre d'Action Médico-sociale Précoce	7
1.1 Présentation administrative	7
1.2 Historique et implantation géographique	8
1.3 La vocation, les missions et prestations proposées	9
1.4 La population accueillie	10
1.5 Le personnel.....	11
1.6 Les locaux :	14
2. Le contexte de l'évaluation externe	15
3. La procédure d'évaluation externe	15
3.1 Le cabinet retenu pour l'évaluation externe	15
3.2 Le questionnaire évaluatif : les choix opérés.....	19
3.3 Démarche / Méthode	20
3.4 Modalités de recueil des informations (source d'information et consultation des parties prenantes)	21
3.5 Difficultés rencontrées	22
4. Le diagnostic initial.....	23
4.1 Plan d'amélioration qualité / conclusions de l'évaluation interne	23
SECTION 2 : Résultats de l'analyse détaillée	24
1. STRATEGIE, PROJET ET OUVERTURE SUR L'ENVIRONNEMENT	26
1.1 Effectivité du projet de l'ESSMS	26
1.1.1 Le projet associatif / de groupe ou global	26
1.1.2 Le projet d'établissement / service	26
1.1.3 Les promesses du projet d'établissement ou de service.....	26
1.1.4 Les outils de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002	27
1.1.5 La charte des droits et libertés de la personne	27
1.2 Liens entre l'ESSMS et son environnement	29
1.2.1 Les partenariats institutionnels internes et externes.....	29
1.2.2 Le réseau de proximité.....	29
1.3 Perception de l'ESSMS et de ses missions par les partenaires, professionnels libéraux et les usagers	30
1.3.1 Point de vue des partenaires.....	30
1.3.2 Point de vue des libéraux	30
1.3.3 Point de vue des usagers et familles.....	30
2. PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET INDIVIDUALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT	31
2.1 Evaluer avec les usagers leurs besoins et leurs attentes dans le cadre du PE ...	31
2.1.1 Liens entre les besoins des usagers et le PE / PS.....	31
2.1.2 Association des usagers dans l'élaboration du PE / PS.....	31
2.1.3 Réévaluation du PE / PS en intégrant l'évolution des besoins des usagers	31
2.2 Le projet personnalisé.....	32

2.2.1	Recueil des besoins et attentes des usagers.....	32
2.2.2	Formalisation du projet	32
2.2.3	Mise en œuvre effective du projet.....	32
2.2.4	Evaluation et Actualisation du projet	32
2.2.5	Participation de l'utilisateur et de sa famille	32
2.3	Réponses apportées par l'ESSMS aux attentes exprimées par les usagers	33
2.3.1	L'accueil / L'admission	33
2.3.2	L'hébergement	33
2.3.3	La restauration	33
2.3.4	La lingerie	33
2.3.5	La maintenance et l'entretien des locaux	34
2.3.6	Les animations	34
2.3.7	Les soins.....	34
2.4	Capacité de l'ESSMS à faciliter, valoriser l'expression et la participation de l'utilisateur	35
2.4.1	Les modalités de participation et d'expression des usagers	35
2.4.2	Prise en compte des besoins / de la parole de l'utilisateur	35
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	38
3.2.1	Connaissance et diffusion des RBPP	38
3.2.2	Mise en œuvre des RBPP	38
3.2.3	Veille	38
3.3	Modalités de gestion des risques	39
3.3.1	Hygiène et sécurité	39
3.3.2	Prévention des situations de crise	40
3.3.3	Recueil et gestion des événements indésirables	40
4.	ORGANISATION, FONCTIONNEMENT ET RESSOURCES HUMAINES	41
4.1	Capacité de l'ESSMS à assurer la cohérence et la continuité des actions.....	41
4.1.1	Modalités de coordination interne et externe.....	41
4.1.2	Continuité et cohérence du Soins (care).....	41
4.1.3	Gestion du dossier de l'utilisateur	41
4.2	Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective	42
4.2.1	Le management.....	42
4.2.2	La communication interne	42
4.2.3	Les écrits professionnels :.....	42
4.2.4	La politique RH	43
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	44
4.3.4	CHSCT	44
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.....46

Introduction47

1. Mesure de la qualité et suites réservées à l'évaluation interne47

2. La prise en compte des RBPP de l'ANESM48

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.....49

1. Les critères d'élaboration du PEPS..... 49
2. La mise en œuvre effective du PEPS : les outils de la loi 2002-2 49
3. Evaluation et actualisation du PEPS..... 49
4. L'organisation/la garantie de la qualité en terme de ressources humaines mobilisées..... 50

B. L'ouverture du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique51

1. L'inscription de l'ESSMS dans son environnement..... 51
2. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS 52

C. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers52

1. Effectivité du PP..... 52
2. Les moyens de participation individuel et collectif des usagers et prise en compte des résultats/ accès à l'information..... 53

D. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques53

1. Les conditions de garantie du respect de la dignité et du droit à l'intimité..... 53
2. Gestion des événements indésirables et de la maltraitance 53
3. La politique de prévention des risques relatifs aux spécificités des usagers 53

SECTION 4 : Annexes54

Annexe 1.	L'Abrégé	55
Annexe 2.	Contrat d'engagement du prestataire.....	65
Annexe 3.	Décision d'attribution du marché.....	66
Annexe 4.	Charte des évaluateurs	67
Annexe 5.	Processus d'évaluation externe (présentation schématique).....	69
Annexe 6.	Calendrier de mise en œuvre	70
Annexe 7.	Equipe d'évaluateurs.....	71
Annexe 8.	Référentiel d'évaluation externe.....	72
Annexe 9.	Liste des pièces techniques fournies par l'ESSMS	74
Annexe 10.	Liste des personnes consultées	75



SECTION 1 : Éléments de cadrage

1. L'ETABLISSEMENT EVALUE : Centre hospitalier Edmond Garcin - CAMSP Centre d'Action Médico-sociale Précoce

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	CAMSP Centre d'Action Médico-sociale Précoce.		
Adresse postale	6-8 Boulevard Lakanal 13400 Aubagne	Téléphone	04 42 18 02 30
		Fax	04 42 18 02 30
N° SIRET	26130002400062	N° Finess	130 810 849
Type d'établissement	CAMSP		
Direction	Olivier BERNARD, médecin - directeur		
Email	camsp@ch-aubagne.fr		

Date d'autorisation initiale	04/01/1993	
Date de renouvellement de l'autorisation	Extension de 10 places en 2002	
Date de signature de la convention tripartite	Non concerné	
Date de dépôt de l'évaluation interne	Décembre 2013	
Financier	CRAM/CG	
Budget de fonctionnement	2013 : 816 961 ,30€	2014 : 852 305,95€ dont 27 992€ de crédits non reconductibles

1.2 Historique et implantation géographique

En 1965 le Député-maire d'Aubagne Edmond Garcin pose la première pierre de l'hôpital. Celui-ci sera inauguré le 14/12/71. Il prendra le nom de Centre Hospitalier Général Edmond Garcin le 11/12/2002 en l'honneur de son Président qui a soutenu le projet depuis son origine.

L'hôpital devient l'établissement de soins publics de proximité de l'agglomération d'Aubagne et des Pays de l'Etoile (environ 150 000 habitants).

L'établissement est organisé en différents pôles d'activité depuis 2007 :

- un Pôle d'Activités Médicales d'Urgences (Accueil des urgences, UHCD, SMUR) ;
- un Pôle Médecine (Médecine Interne, Cardiologie-Pneumologie, Court Séjour Gériatrique, HJ de médecine et Hospitalisation à Domicile ;
- un Pôle Chirurgie Anesthésie-Réanimation (Chirurgie polyvalente, Unité de Chirurgie et Anesthésie ambulatoire, Réanimation et Surveillance continue, Bloc et Salle de réveil, Consultations externes) ;
- un Pôle Mère-Enfant (Pédiatrie, Maternité et CAMSP) ;
- un Pôle Gériatrie (SSR gériatrie, USLD, EHPAD, Centre Accueil de Jour Alzheimer, SSIAD Personnes Agées et Personnes Handicapées) ;
- un Pôle biologie médicale ;
- un Pôle imagerie médicale ;
- un Pôle pharmacie ;
- un Pôle information médicale ;
- un Pôle administration et logistique.

Trois sites hébergent l'ensemble des services : site MCO qui regroupe l'ensemble des services techniques, La Maison du Parc plus axée sur la gériatrie, le site CAMSP réservé à l'accueil des enfants.

Le CAMSP est situé à l'extérieur du site principal, boulevard Lakanal à Aubagne, dans des locaux de 255 m2 appartenant au Centre Hospitalier, sur un terrain d'environ 950 m2. Il comporte une bâtisse principale (ancienne maison d'habitation) et un local annexe.

Il a été créé en 1993 sous l'impulsion du chef de service de pédiatrie Le Dr Rebuffel et la volonté conjointe de la PMI et le CHS de Valvert. Il s'intègre de façon pertinente à l'offre de soins mise en place sur le bassin de population aubagnais, et n'est pas concurrencé par d'autres services extrahospitaliers. Son financement par dotation globale lui permet d'assumer une polyvalence avec des moyens adaptés. Il participe de façon efficiente au réseau de soins du CHEG.

1.3 La vocation, les missions et prestations proposées

Philosophie de l'accompagnement

Le CAMSP se propose d'accompagner l'enfant de 0 à 6 ans présentant des difficultés dans son développement pour favoriser son insertion dans son milieu familial et social et pour soutenir son développement. Il donne l'opportunité d'une prise en soins précoce. L'enfant bénéficie de toutes les avancées médicales pour envisager une évolution favorable de sa situation initiale. Il offre à la famille un lieu d'écoute et d'expression, une place active dans le parcours thérapeutique de son enfant. Il met en synergie une palette de compétences pour une réponse adaptée à chaque pathologie et propose un soutien aux aidants naturels. Le CAMSP joue un rôle primordial dès qu'un trouble ou un déficit est repéré car il permet d'adapter l'environnement et d'éviter ou de limiter le handicap.

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 et thérapeutiques adaptées aux besoins de la personne, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge*
- *3° Actions d'intégration scolaire, d'information et de conseil sur les aides techniques*
- *4° Actions d'assistance de soutien, de soins et d'accompagnement dans les divers actes de la vie*
- *5° Actions contribuant au développement social et culturel*
- L'établissement CAMSP du CHEG appartient à la catégorie CAMSP régi par le Décret n° 76-389 du 15 avril 1976 « annexe XXXII bis » complété par la Loi du 11 février 2005.

Le schéma régional et départemental qui oriente également l'activité du CAMSP est :

- Le SROMS Paca 2012-2016

L'offre de service

Le CAMSP a une mission de prévention, de dépistage et de diagnostic des difficultés de développement des jeunes enfants de moins de 6 ans.

Le CAMSP est agréé pour recevoir 60 enfants. Les soins proposés sont multiples et se déroulent en plusieurs étapes :

- Une observation initiale ;
- Une surveillance générale et des suivis médicaux spécialisés ;
- Des actions thérapeutiques selon les objectifs définis : rééducation, kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité ;
- Un suivi psychologique, la participation à des groupes thérapeutiques ;
- Un accompagnement médico-social de l'enfant et de sa famille.

Le médecin référent coordonne l'équipe de professionnels pour garantir une cohérence de la prise en charge.

Les activités du CAMSP s'inscrivent dans un réseau de partenariat avec l'éducation nationale et les institutions qui assurent une mission de socialisation de l'enfant (ex : écoles, crèches)

Le partenariat est élargi au secteur sanitaire en présence de handicap avéré. La MDPH est sollicitée pour prendre éventuellement le relais pour une orientation vers des structures adaptées.

1.4 La population accueillie

Capacités d'accueil	60
Caractéristiques des personnes accueillies	Enfants de moins de 6 ans présentant des déficits sensoriels, moteurs, cognitifs, ou des troubles comportementaux.

Secteurs géographiques (données 2014)

Localisation	Nombre d'enfants
Hors ville – de 20 km	87
Commune	74
Hors ville + 20 km	8
Hors département – de 20 km	4
Hors département + de 20 km	4
TOTAL	177

Accessibilité géographique (données 2014)

Accessibilité	Nombre d'enfants
15 min	88
15 à 30 min	85
30 à 60 min	4
TOTAL	177

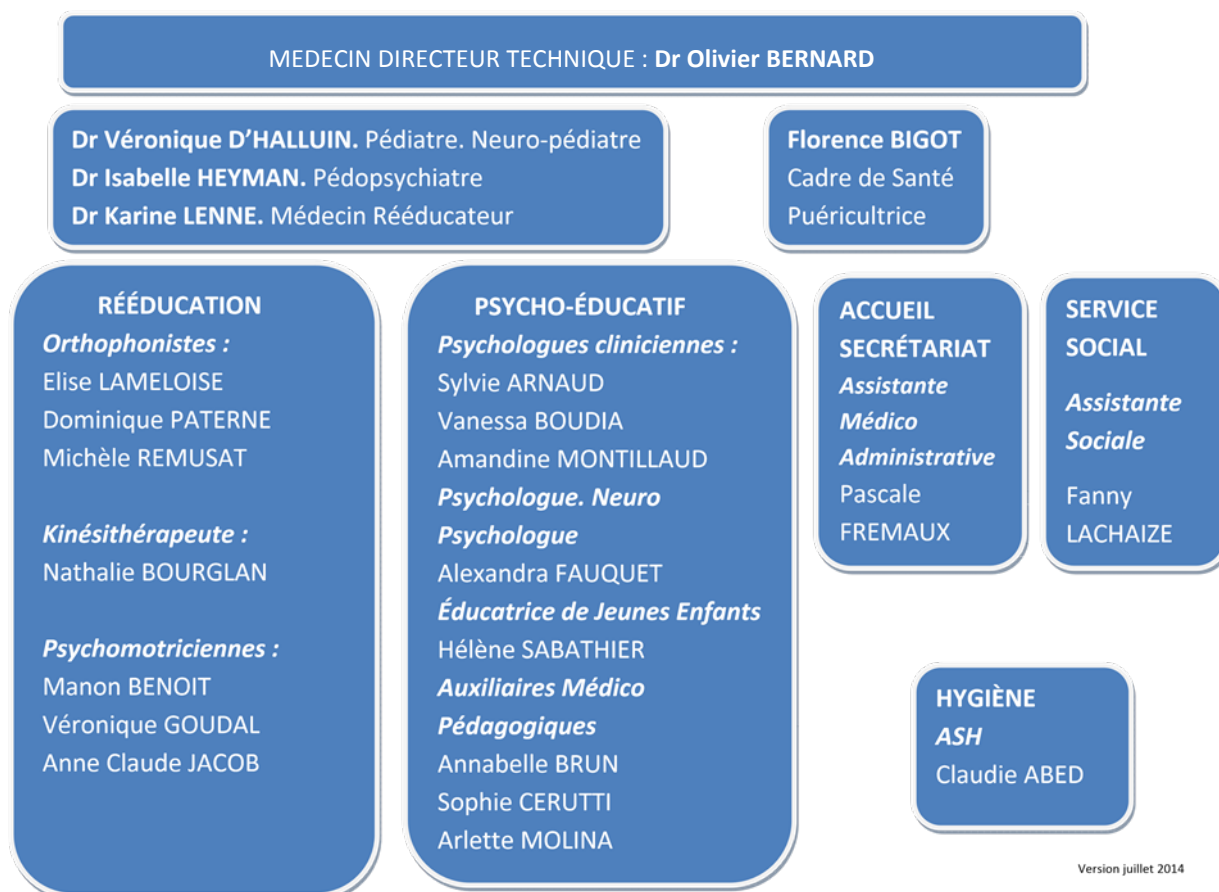
Répartition par tranche d'âges (données 2014)

	00-02	02-04	04-06	06-08	08-10	10-12	Total
1) Enfants dans la FAR sur la période	10	52	84	37	9	2	194
2) Enfants dans la FAR sans les Post sur la période	10	52	84	31	0	0	177

- En 2014, 194 enfants ont été vus au CAMSP. Si l'on exclut les suivis post CAMSP et les consultations de dépistage, la file active est de 177.
- Le délai moyen d'attente des enfants entre le contact et le premier rendez-vous est de 2,8 mois,
- 7173 actes ont été validés par les intervenants du CAMSP. Le recensement total des actes n'est pas finalisé à ce jour.

1.5 Le personnel

Organigramme CAMSP Aubagne Centre Hospitalier Edmond Garcin



L'équipe du CAMSP est une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale, psychologique, sociale et éducative.

Médecin directeur technique : Il assure la direction du CAMSP et organise son fonctionnement dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien. Il garantit les interventions multidisciplinaires en respectant la globalité de la personne. Il élabore le projet de service avec l'équipe et le cadre de santé.

Equipe médicale : Elle est composée d'un pédopsychiatre, d'un pédiatre, d'un neuropédiatre et d'un médecin rééducateur. Les médecins interviennent dans le domaine du diagnostic, des indications de bilans, d'interventions et de suivis, ainsi que dans le domaine de l'orientation.

Cadre de santé : Il coordonne et met en œuvre la réalisation des interventions décidées par l'équipe, en lien avec les familles et les partenaires institutionnels. Il encadre l'équipe de soins et aide le personnel dans leurs missions. Il participe à l'élaboration d'une évaluation des pratiques professionnelles dont l'objectif est la qualité des soins. Il fait le lien avec les services administratifs du centre hospitalier et les services du pôle.

Psychologue clinicien : Il intervient et soutient l'enfant dans sa construction psychologique et élabore un travail clinique avec les parents et la famille sur un objectif prédéterminé (observations, bilans, suivi individuel de l'enfant, guidance parentale, accompagnement de la fratrie...).

Neuropsychologue : Il intervient dans l'évaluation des compétences cognitives de l'enfant (bilans neurocognitifs, neuro-développementaux). Il assure des suivis individuels ou de groupes. Il a également un rôle de conseil dans des domaines comme la pédagogie différenciée et/ou des stratégies éducatives adaptées à l'enfant.

Orthophoniste : Il intervient sur les troubles de la déglutition ou les difficultés alimentaires, ainsi que sur les troubles ou retards du langage. L'expertise consiste à différencier ce domaine du retard ou du trouble et de distinguer si les difficultés sont plutôt dans le champ de l'expression, de la compréhension ou des deux.

Kinésithérapeute : Il intervient dans l'évaluation des capacités motrices, sensitives, sensorielles et cognitives. Il met en place des actions de rééducation afin développer et favoriser l'autonomie de l'enfant. Il travaille en lien direct avec le médecin rééducateur.

Educateur de jeunes enfants : Il favorise les échanges, les interactions, l'autonomie et le développement de l'enfant dans son environnement familial et social. Il conseille certaines pistes éducatives. Il développe des partenariats avec les autres institutions impliquées dans le projet de vie de l'enfant. Il coordonne la socialisation de l'enfant en lien avec les différents intervenants (crèche, PMI, écoles..).

Psychomotricien : Il intervient dans l'évaluation des fonctions sensori-motrices, perceptivo-motrices et psychomotrices. Il met en place des traitements de rééducation et de réadaptation visant à corriger les troubles du développement psychomoteur.

Auxiliaire Médico Pédagogique (AMP) : Il participe à la socialisation de l'enfant en crèche ou à l'école. Il participe à l'amélioration des échanges et des interactions de l'enfant dans son milieu. Il fait le lien entre le lieu de socialisation et/ou scolarisation, l'enfant, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire. Il contribue également à l'observation de l'enfant en collectivité.

Assistante sociale : Elle conseille les familles dans les démarches administratives et les demandes d'aide et d'orientation. Elle assure un suivi et un accompagnement vers d'autres structures d'aval.

Secrétaire médicale : Elle assure l'accueil physique et téléphonique, la planification des consultations et la gestion administrative des interventions. Elle renseigne, prépare les documents administratifs de prise en charge. Elle contribue à la saisie des données (sous un mode anonyme) et de l'activité sur le logiciel de gestion informatique. Elle tape et envoie les courriers adressés aux familles ou partenaires institutionnels.

Tous ces professionnels du CAMSP peuvent être amenés à participer et co-animer, dans leur champ de compétence, des groupes thérapeutiques.

Agent d'entretien : Il maintient les locaux et le matériel en bon état de propreté.

Effectifs physiques	Personnes physiques		ETP
	MÉDICAUX		
	Pédiatre Directeur Technique	1	0.5
	Neuropédiatre	1	0.4
	Pédopsychiatre	1	0.4
	Médecin rééducateur	1	0.1
	SOINS ET RÉÉDUCATION		
	CS Puéricultrice	1	1
	Kinésithérapeute	1	1
	Orthophoniste	3	1.3
	Psychomotricien	3	1.5
	AMP	3	1.5
	ASH	1	0,6
	PSYCHOLOGUES		
	Psychologues cliniciennes	3	1.3
	Neuropsychologue	1	0.5
	ADMINISTRATIF		
	Secrétaire	1	1
	ÉDUCATIF		
	EJE	1	0.8
	SOCIAL		
	Assistante Sociale	1	0.4
	TOTAL	23	12.3

1.6 Les locaux :

Le bâtiment principal comporte deux niveaux.

Au Rez-de-chaussée :

- L'accueil-secrétariat qui regroupe les pièces administratives et les supports de transmissions des intervenants
- La salle d'attente : chaleureuse et décorée pour créer un espace attrayant pour les enfants
- Le Bureau dédié aux consultations médicales
- Le Bureau du médecin pédopsychiatre
- Deux Bureaux partagés par les psychologues, les neuropsychologues et l'assistante sociale
- Le Bureau de la cadre de santé
- Une salle d'orthophonie
- Une salle de psychomotricité
- Une salle de kinésithérapie
- Un local ménage
- Des toilettes dont un WC adapté aux enfants

Au 1^{er} étage (non accessible au public) :

- Une salle de staff
- Un office du personnel
- Des casiers, vestiaires, douches et toilettes réservés au personnel
- Une buanderie

Le Bâtiment annexe comporte deux niveaux :

Au Rez-de-chaussée

- Une salle d'orthophonie
- Une salle partagée par l'éducatrice de jeunes enfants et une psychologue

Au 1^{er} Etage (non accessible au public) :

- Une grande salle servant de zone de rangement du matériel
- Un bureau
- Des toilettes

L'établissement bénéficie d'une rampe d'accès au bâtiment principal adaptée aux personnes à mobilité réduite. Un espace ludique est aménagé à l'extérieur. La maison dispose de quelques places de parking.

2. Le contexte de l'évaluation externe

L'évaluation externe s'inscrit dans la continuité de la démarche qualité globale. Elle fait suite à l'évaluation interne qui s'est déroulée tout au long de l'année 2013.

La démarche d'évaluation externe a été impulsée et pilotée globalement par la cadre supérieure de santé du pôle gériatrique, la cadre du CAMSP et l'ingénieur responsable du service qualité.

Le pilotage opérationnel de l'évaluation est assuré par Mme Grave et Mme Redondo-Mathiot.

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. **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 bien traitant 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 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 valoriser l'expression et à faciliter 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 du CAMSP du CHG Edmond Garcin est un processus en 3 étapes. Chacune de ces étapes a été détaillée en sous étapes.

L'évaluation externe a été conduite par Mme Annick Minniti et Le Dr Patrick Collignon sur une durée totale de 10 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	2,5 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 (24 et 25/11/2014)	4 j
Phase 3 : Finalisation de l'évaluation externe		
Analyse des données et rédaction du pré rapport	Semaines 49 à 51	2 j
Réalisation des échanges autour du pré rapport	Semaine 52 / 01	0,5 j
Rédaction et finalisation du rapport	Semaine 02	1 j
Total des journées		10 jours

Cf. Annexe, graphique processus.

■ Liens Siège / Etablissement

Le CAMSP est un élément constitutif du Pôle Mère-Enfants intégré dans le dispositif opérationnel des services du centre hospitalier général Edmond Garcin.

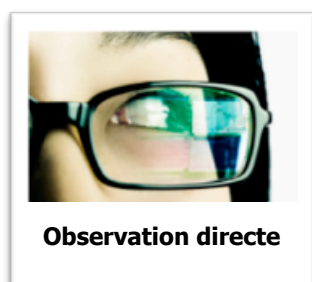
3.4 Modalités de recueil des informations (source d'information et consultation des parties prenantes)



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.



Entretiens individuels

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.



Entretiens collectifs

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. La direction a mis tous les moyens nécessaires à leur disposition. Les équipes et les usagers n'ont manifesté aucune réticence et ont apporté leur témoignage dans un climat de confiance réciproque.

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 du CAMSP CHG Edmond Garcin 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 du dernier trimestre 2013;

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

Le PAQ issu de l'évaluation interne a été présenté aux équipes en janvier 2014.

Il se décompose en 12 fiches actions selon différents axes retenus :

La garantie des droits individuels et la participation des usagers :

Fiche N°1 : Organiser la prise de connaissance par les parents du PAP et de son actualisation.

Fiche N°2 : Organiser le recueil de la satisfaction des personnes accueillies familles, aidants ou représentants légaux.

Fiche N°3 : Organiser la gestion des réclamations au sein du service

Fiche N°10 : Actualiser le projet de service

Fiche N°11 : Actualiser le règlement intérieur

Fiche N°12 : Actualiser le livret d'accueil

La Prévention des risques des usagers :

Fiche N°4 : Réhabiliter l'accès extérieur au bâtiment annexe

Fiche N°5 : Formaliser la prise en charge de la douleur

Fiche N°10 : Actualiser le projet de service

Fiche N°11 : Actualiser le règlement intérieur

La Personnalisation de l'accompagnement :

Fiche N°6 : Optimiser l'accueil au regard des personnels présents

Fiche N°7 : Définir la procédure d'admission

Le service dans son environnement :

Fiche N°8 : Améliorer l'accessibilité de la structure

Fiche N°12 : Actualiser le livret d'accueil

L'organisation générale de l'établissement :

Fiche N°9 : Formaliser la procédure d'accueil des stagiaires et nouveaux professionnels dans le 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 entre le 24 et 25/11/2014 :

- 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 structurent le développement des activités (projet médical, projet social, projet de soins, projet des systèmes d'information).

1. Amélioration continue de la qualité
2. Amélioration continue de la sécurité et gestion des risques
3. Développement durable

Synthèse
A1, A3
Abrégé
T3 et 7

1.1.2 Le projet d'établissement / service

Le futur projet de service du CAMSP est en cours d'élaboration. Il décline aujourd'hui les objectifs définis par le projet médical 2011-2015 du pôle Mère-enfants à savoir :

- Optimiser la précocité des prises en charge ;
- Développer le réseau d'expertise sur le territoire ;
- Améliorer l'organisation et le fonctionnement du service.

Le médecin directeur du CAMSP envisage de rédiger un Projet de Service quand seront définies les orientations stratégiques sur l'accueil des enfants atteints de TED/TSA.

Synthèse
A2
Abrégé
T3 et 7

1.1.3 Les promesses du projet d'établissement ou de service

Le CAMSP accueille de jeunes enfants de la naissance jusqu'à 6 ans qui présentent des difficultés dans leur développement : difficultés motrices, troubles de l'équilibre, ou de coordination, difficultés relationnelles ou de comportement, troubles du langage, difficultés sensorielles. Il propose un accompagnement thérapeutique pour favoriser l'insertion du jeune enfant dans son milieu familial et social en apportant les premières réponses de soins ainsi qu'un soutien psycho-éducatif à l'enfant et à sa famille.

Synthèse

A2

Abrégé

T3 et 7

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

Le CAMSP met à disposition des familles dès l'admission dans le service :

- Un livret d'accueil actualisé en septembre 2014 ;
- Un Règlement de fonctionnement très complet qui explicite les points de référence à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie. Sont aussi référencées différentes chartes rappelant les droits et libertés de l'enfant, les chartes validées par l'association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale (ANECAMSP) et la charte des familles élaborée par le réseau InterCAMSP ;
- Un PAP est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire. Il est présenté et expliqué à la famille pour validation dès la deuxième rencontre avec les médecins. Des avenants sont rajoutés en cours de prise en charge si des réorientations du plan de soins sont décidées.

Synthèse

D4

Abrégé

T3 et 7

1.1.5 La charte des droits et libertés de la personne

La charte des droits de l'enfant est affichée dans la salle d'attente du CAMSP ainsi que les droits et libertés de la personne accueillie. Ceux-ci sont rappelés dans le livret d'accueil. Une information complémentaire concernant les droits de la personne sur les données personnelles et médicales (CNIL) complète le cadre réglementaire en annexe du livret d'accueil.

Droit à la dignité, à l'intégrité, au respect de la vie privée et de l'intimité :

Le CAMSP s'engage à respecter aussi souvent que possible l'intimité de l'enfant, ses rythmes de vie et habitudes, les croyances et les valeurs de sa famille.

Droit au libre choix des prestations « sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs » :

La famille peut solliciter un rendez-vous avec le médecin référent de l'enfant afin de refaire le point sur les soins et suivis proposés par le CAMSP.

Droit à une prise en charge ou un accompagnement adapté :

L'enfant bénéficie d'une prise en charge et d'un accompagnement individualisés et adaptés à son âge, ses besoins et ses difficultés afin de favoriser son développement et son autonomie.

Droit à l'information :

Les parents disposent d'un droit d'accès au dossier médical de l'enfant sous les conditions définies par la Loi du 4/03/2002. Une procédure précisant les modalités d'accès au dossier est disponible au secrétariat du CAMSP.

Droit à consentir à la prise en charge :

La famille (ou le représentant légal) consent de son plein gré aux modalités de prise en charge et de suivis définis dans le projet personnalisé. L'adhésion de l'enfant est toujours recherchée.

Droit à participer à la conception et à la mise en œuvre du projet personnalisé :

Le PAP élaboré par l'équipe pluridisciplinaire est présenté et expliqué à l'enfant et à sa famille. Il est réajusté autant de fois que nécessaire.

Droit à renoncer à la prise en charge :

La famille peut à tout moment renoncer à la prise en charge. Lors d'un rendez-vous avec le médecin référent la famille exprimera les raisons de ce renoncement. Un accompagnement pourra être proposé pour assurer la continuité des soins et l'orientation vers d'autres structures ou intervenants libéraux.

Droit au respect des liens sociaux :

La place de la famille et de la fratrie est un axe prioritaire dans les prises en charge au CAMSP. Tout est mis en œuvre pour que les deux parents soient informés des soins proposés à l'enfant.

Droit à la confidentialité à la protection, à la sécurité et à la santé :

Les professionnels du CAMSP respectent le secret professionnel.

Les locaux et matériels sont en conformité avec les règles d'hygiène et de sécurité.

Droit à la pratique religieuse :

Tout enfant est accueilli quelle que soit la confession religieuse de sa famille.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Respect des chartes des droits et libertés ; - Elaboration et mise à jour des outils de la loi 2002 ; - Positionnement éthique de l'équipe conforme aux recommandations de l'ANECAMPS : Implication des deux parents dans le projet thérapeutique global, concept de guidance parentale, soutien des frères et sœurs ; - Accompagnement de l'enfant dans ses premières expériences de collectivité.	- Signature effective du PAP par la famille pour contractualiser la prise en charge ; - Finalisation du nouveau projet de service ; - Préciser le rôle des AMP en milieu scolaire.
Préconisations : Elaboration du nouveau projet de service en concertation avec les partenaires intra hospitaliers. Définir et formaliser la place du CAMPS dans l'accompagnement sur les lieux de socialisation.	

Synthèse

B1

Abrégé

T4

1.2 Liens entre l'ESSMS et son environnement

1.2.1 Les partenariats institutionnels internes et externes

Le Projet de Pôle définit pour le CAMSP des partenariats institutionnels avec :

- La PMI : une réunion commune est organisée tous les trois mois, l'ASE (aide sociale à l'enfance) ;
- La Maternité : la psychologue du CAMSP participe chaque semaine au staff de vulnérabilité sociale pour un repérage en amont de sujet à risque ;
- Les services de pédiatrie, l'inter secteur de pédopsychiatrie ;
- Les structures sanitaires ou médicosociales de l'enfance : IME, ITEP, CMP, HDJ ; le centre hospitalier de la Ciotat ;
- L'EREA : équipe de référence pour l'évaluation de l'autisme, le Centre de Ressources Autisme ;
- Le Pôle dynamique petite enfance : crèches ;
- L'éducation nationale (les enseignants, les enseignants référents, les médecins et psychologues scolaires) : une AMP du CAMSP peut intervenir en milieu scolaire dans l'attente de la nomination d'une AVS ;
- Les réseaux Intercamsp, Anecamsp.

Ces partenariats opérationnels s'accompagnent de mise à disposition de moyens humains (Conseil général et CHS Valvert)

Le projet de Pôle mentionne l'existence de partenariats avec les praticiens libéraux. Ces partenariats sont formalisés par la signature de conventions avec les ergothérapeutes, l'association « Naître et devenir » chargée de suivre et de coordonner l'accompagnement des grands prématurés, l'association « handimômes » qui s'occupe du suivi et de la prise en charge des polyhandicapés, l'ARI (association œuvrant pour l'intégration des personnes en situation de handicaps ou de difficultés).

1.2.2 Le réseau de proximité

Partenariat avec le centre équestre de Peypin pour l'activité poney / équithérapie.

Les libéraux sont sollicités pour démarrer une prise en charge lorsque les enfants sont sur la liste d'attente. Les ergothérapeutes ont passé convention avec le CAMSP.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
Nombreux partenariats très efficaces pour la prise en charge éducative et rééducative de l'enfant.	Partenariat avec l'EREA du fait du délai d'attente (1 an)
Préconisations : Mettre à profit les appels d'offres du 3 ^{ème} Plan autisme pour améliorer le dépistage et la prise en charge précoce des TED/TSA et répondre aux besoins croissants de la population locale ; Entretien des partenariats existants en actualisant les modalités.	

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

Le CAMSP est perçu comme une structure ressource réactive et efficace malgré une liste d'attente. La présence active des membres de l'équipe sur les lieux de socialisation/scolarisation est appréciée. La bonne préparation du projet de sortie de l'enfant après le CAMSP permet de fluidifier les mouvements et de préparer les familles en amont.

1.3.2 Point de vue des libéraux

La collaboration est jugée de qualité exceptionnelle. La communication avec les professionnels du CAMSP est « très fluide ». Le partenariat se fait à partir d'un partage d'informations, de transmissions efficaces pour une bonne perception des objectifs définis : témoignage d'une ergothérapeute (conventionnée avec le CHEG). Les libéraux adhèrent aux valeurs du CAMSP et s'intègrent facilement à l'équipe. Ils peuvent accéder au dossier des enfants.

1.3.3 Point de vue des usagers et familles

Les familles rencontrées témoignent d'un bon niveau de satisfaction. Les aidants naturels se sentent écoutés, reconnus, respectés. Ils apprécient le niveau de compétence des soignants et en ressentent pour certains les effets en regard des progrès réalisés par leur enfant. Ils sont sensibles aux efforts faits par le personnel pour s'adapter aux spécificités de chacun et à la bienveillance déployée par l'ensemble des intervenants. Ils estiment être bien informés et font confiance au CAMSP. La relation avec l'équipe est chaleureuse. Les invitations proposées aux deux parents simultanément permettent de faciliter les échanges internes aux couples (partage des mêmes informations, participation à la décision d'adhérer au PAP)

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
Satisfaction des partenaires institutionnels et libéraux qui se sentent bien intégrés dans le projet personnel de l'enfant ; - Accompagnement des familles en sortie de CAMSP, en partenariat avec les structures spécialisées. Les familles se sentent soutenues.	- Aider les familles à tisser du lien social entre elles pour développer des solidarités.
Préconisations : - Continuer à proposer des rencontres communes aux deux parents ; - Offrir d'avantage d'occasions de rencontres « festives » ou amicales aux parents isolés pour un meilleur soutien psychologique ; - Formaliser une procédure d'accompagnement de la sortie du dispositif CAMSP pour atténuer la violence du changement pour les parents.	

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

Les objectifs du service sont centrés sur les besoins de l'enfant et l'accompagnement des familles dans le respect des préconisations réglementaires et des règles de bonne pratique de l'ANECAMSP.

Synthèse
A1
Abrégé
T3

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

Le PE est élaboré par des professionnels en expertise médicale et paramédicale. Les parents sont associés par le biais d'une guidance qui se met en place pour les intégrer au dispositif sur un mode actif. Compte tenu de la spécificité du dépistage précoce il n'est pas possible d'impliquer les familles dans la vie de l'institution. Des événements festifs sont envisagés 1 à 2 fois par an pour créer du lien entre les familles et les professionnels.

Synthèse
A3
Abrégé
T3

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

Impulsée par le médecin directeur une réflexion en cours sur l'accueil des enfants atteints de TED/TSA en relation avec les structures de pédopsychiatrie et compte tenu de l'absence de CMPP sur la commune et de la saturation des CRA/EREA. Cette orientation pourrait remettre en cause le caractère polyvalent du CAMSP. Le projet de service sera finalisé en fonction de l'aboutissement de cette réflexion.

En synthèse

Points forts	Points de progrès
- Le PAP est élaboré suite à un temps d'évaluation qui permet à chaque expert de définir des objectifs ciblés ; - Les familles sont intégrées au projet d'établissement dans le cadre d'une guidance parentale pour une réelle implication dans le soin.	- Comment impliquer les familles collectivement en l'absence d'instance formalisée ? - Finaliser les choix stratégiques pour le nouveau projet de service ; - Prise en compte globale sur le territoire des besoins d'accompagnement des enfants atteints de TED/TSA.

Préconisations :

- Organiser des rencontres régulières avec les familles pour permettre le tissage de liens entre-elles et créer les conditions favorables au dialogue avec l'institution ;
- Utiliser le réseau pour repenser les missions des différents acteurs et les complémentarités en matière de prise en charge des enfants atteints de TED/TSA.

2.2 Le projet personnalisé

Synthèse
C1

2.2.1 Recueil des besoins et attentes des usagers

Abrégé
T5

Le délai pour un premier rendez-vous est de 2 à 3 mois. Les parents sont reçus en consultation conjointe pédiatre/pédopsychiatre. Si le délai de mise en place pour l'accueil de l'enfant au CAMSP se prolonge, les ressources du partenariat libéral sont mobilisées rapidement. Un dossier de suivi médical et paramédical est formalisé. Chaque enfant est suivi par un pédiatre référent.

Les familles sont en général très déstabilisées par une orientation vers le CAMSP. Elles sont parfois en situation de déni. Elles viennent chercher des encouragements et mettre des mots sur les difficultés de leur enfant. Le recueil d'informations nécessite parfois le soutien d'une psychologue.

Synthèse
C1

2.2.2 Formalisation du projet

Abrégé
T5

L'enfant est pris en charge par le « groupe accueil » pour un temps d'observation pluridisciplinaire. Des avis médicaux sont demandés et/ou des explorations spécialisées sont programmées avec l'accord des familles. Le résultat de ces investigations est transcrit dans le dossier de l'enfant.

Une réunion avec l'assistante sociale est programmée de façon systématique après la première rencontre avec les médecins. C'est l'occasion pour les familles de faire connaître leur contexte social et d'éventuelles problématiques familiales ou financières. L'assistante sociale apporte les informations utiles pour accéder à toutes les aides auxquelles l'enfant est éligible. Ce temps accordé aux familles pour une prise en compte de leurs difficultés favorise leur adhésion et crée un climat de confiance.

Synthèse
C1

2.2.3 Mise en œuvre effective du projet

Abrégé
T5

Le projet d'accueil personnalisé (PAP) est formalisé par les intervenants puis présenté en réunion pluridisciplinaire le vendredi matin. Les parents sont alors reçus pour une lecture du projet avec la définition des modalités de mise en œuvre et les objectifs poursuivis. Leur adhésion est requise. Ils sont progressivement impliqués et prennent le relais des professionnels au domicile pour renforcer la démarche thérapeutique lorsque c'est possible. (Ex : exercices préconisés par l'orthophoniste dans le cas de trouble de la déglutition)

Synthèse
C1

2.2.4 Evaluation et Actualisation du projet

Abrégé
T5

Les difficultés de mise en œuvre du projet sont discutées en équipe. Les PAP sont systématiquement réévalués annuellement. Un avenant est alors formalisé et proposé à l'adhésion des familles.

Synthèse
C2

2.2.5 Participation de l'utilisateur et de sa famille

Abrégé
T5

Le PAP et les avenants sont présentés aux deux parents par le pédiatre référent en présence des principaux intervenants. Ils peuvent exprimer leur désaccord et demander une révision du projet.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Le PAP est au cœur du dispositif ; - Il est réévalué chaque fois que nécessaire ; - La pluridisciplinarité de l'équipe qui permet de prendre en compte tous les aspects de la personnalité de l'enfant et de ses spécificités.	- Participation des intervenants externes au PAP.
Préconisations : Inviter les intervenants externes à participer à la réunion de synthèse traitant de l'enfant concerné Par défaut mettre en place une fiche « navette » permettant la présentation du projet aux différents acteurs et donnant la possibilité de retour de commentaires au service.	

Synthèse
A4
Abrégé
T3

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

2.3.1 L'accueil / L'admission

Les demandes d'admission sont à l'initiative des pédiatres libéraux, hospitaliers, de la PMI ou des personnels de crèche, enseignants de maternelles, partenaires libéraux. Les familles peuvent aussi se présenter de façon spontanée. Le secrétariat enregistre leur demande. Le délai pour un premier rendez-vous est de 2 à 3 mois. La liste d'attente est longue. Les familles reçoivent à l'accueil les informations qui vont leur permettre de mieux appréhender la situation.

Le CAMSP est ouvert au public du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30. Une permanence téléphonique est assurée. En dehors des heures d'ouverture il est possible de laisser un message sur répondeur.

2.3.2 L'hébergement

Sans objet

2.3.3 La restauration

Sans objet

2.3.4 La lingerie

Le personnel peut assurer l'entretien du linge domestique utilisé pendant le service. Les blouses sont entretenues par les services logistiques de l'hôpital.

2.3.5 La maintenance et l'entretien des locaux

Il n'y a pas de personnel spécifique attaché au CAMSP. La maintenance, la mise en sécurité des locaux, les contrôles réglementaires sont assurés par la logistique de l'hôpital.

2.3.6 Les animations

Sans objet

2.3.7 Les soins

Les intervenants rééducateurs, éducateurs ou psychologues assurent des séances individuelles de prise en charge de 45 minutes environ, suivies d'une information orale des parents puis de prises de notes.

Chaque séance est planifiée par chaque intervenant en fonction de sa disponibilité. Seuls les rendez-vous médicaux sont planifiés par le secrétariat. Les deux bâtiments peuvent être investis selon les intervenants et leurs besoins en matériel.

Les espaces sont adaptés et agencés de façon spécifique pour permettre les gestes techniques. (Ex : salle dédiée à la psychomotricité). Les enfants sont accueillis individuellement par le professionnel qui les aborde avec douceur et patience.

Si la fréquence des séances est supérieure à la disponibilité de l'équipe du CAMSP un partenariat est instauré avec des acteurs libéraux pour ne pas pénaliser l'enfant.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Mutualisation des services logistiques avec l'hôpital ; - Les soins sont réalisés dans un contexte respectueux de l'enfant ; - Les intervenants tracent leurs observations après chaque séance ; - Capacité d'adaptation du projet en fonction des difficultés et de l'évolution de chaque enfant.	- Locaux anciens et parfois mal adaptés.
Préconisations : - Repenser l'adaptation des locaux en fonction de l'évolution de l'activité.	

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

Les parents sont régulièrement reçus par le pédiatre référent (tous les 3 mois en moyenne) pour une information et un soutien. Les parents d'enfants atteints de TED/TSA sont reçus systématiquement par le pédopsychiatre (tous les mois environ). Certaines familles (parents et fratrie) sont également reçues par la psychologue du CAMSP.

Une enquête de satisfaction a été réalisée en 2013 auprès des parents des enfants accueillis avec des résultats très favorables. Depuis peu une boîte à idées installée dans la salle d'attente permet de faire des suggestions.

Il n'y a pas de réunions de parents formalisées.

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

Les AMP ont la mission d'accompagner l'enfant dans ses premières expériences de socialisation en crèche ou maternelle en attente d'un relais par AVS s'il y a lieu et en relation avec le personnel des crèches ou les enseignants. Il semblerait que l'AMP ait parfois du mal à trouver sa place et se sente un peu désarmée en présence de classes surchargées (témoignage recueilli auprès de l'une d'entre elles) malgré le ressenti plutôt positif des équipes éducatives. L'AMP évoque des situations parfois inconfortables lorsque sa venue n'a pas été annoncée ni expliquée et qu'elle n'a qu'une connaissance sommaire de l'enfant à accompagner (elle ne peut pas assister aux réunions de synthèse du fait de sa présence sur le terrain.)

Le climat de confiance qui règne au sein du CAMSP permet aux familles d'exprimer directement à la cadre de santé des souhaits ou des remarques sur la prise en charge de leur enfant. Celles-ci sont prises en compte dans la mesure où les réponses sont compatibles avec les contraintes du service.

Les usagers peuvent s'adresser aux instances mises en place au niveau du centre hospitalier : commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge pour toute réclamation.

Les enfants sont écoutés. Les intervenants adaptent leurs interventions en fonction des comportements des enfants (ressenti de douleur, de fatigue etc.)

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Disponibilité des pédiatres ; - Enquête de satisfaction réalisée ; - Information des familles ; - Prise en compte des liens familiaux dans l'accompagnement ; - Accompagnement de l'enfant dans ses premières expériences de socialisation (très apprécié des partenaires externes).	- Définition de fonction de l'AMP du CAMSP ; - Absence de groupe de paroles pour les familles.
Préconisations : - Mise en place de rencontres avec les familles pour permettre l'expression en groupe ; - Accompagnement des AMP pour un soutien et des temps d'échanges avec les autres acteurs du CAMSP.	

3. DEMARCHE QUALITE

Synthèse
Intro 1/
Abrégé
T1

3.1 Capacité à observer les changements et à adapter son organisation

3.1.1 La démarche qualité

Un plan d'action 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. La mise en place d'une méthodologie d'évaluation unique pour le Pôle Gériatrie et Mère Enfant permet d'accompagner les équipes dans leur démarche.

Les objectifs sont en cohérence avec les orientations régionales spécifiques des personnes en situation de handicap du schéma régional d'organisation médico-social PACA 2012-2016, notamment « Assurer la continuité de l'accompagnement aux âges charnière ; Petite enfance : Conforter l'action spécifique des CAMSP ».

Le CAMSP s'inscrit dans le projet du pôle Mère Enfant avec 3 objectifs prioritaires:

- Développement des partenariats pluri-institutionnels (sanitaire, médico-social, associations, sportifs, éducatifs) ;
- Participation et place des familles au sein du service ;
- Participation à l'échelle territoriale d'une prise en charge concertée des enfants présentant un trouble envahissant du développement (TED) dans le cadre des recommandations actuelles.

3.1.2 L'évaluation interne et les suites réservées

L'établissement a fait le choix de réaliser la démarche sans accompagnement extérieur. La répartition des rôles et les missions de chacun dans la démarche ont été définies comme suit :

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 recueillent les données et les observations pour chaque critère (auto-évaluation) ;
- Ils synthétisent les données et proposent une cotation ;
- Ils proposent des actions d'amélioration.

Le CAMSP a mis en place des groupes de travail thématiques impliquant l'ensemble des professionnels (sauf AMP). Des réunions de synthèse programmées le vendredi matin en présence de l'ensemble des professionnels ont permis l'élaboration d'un Plan d'actions d'amélioration spécifique à la structure CAMSP.

Les usagers et leurs familles ont été associés indirectement à partir des commissions spécifiques et leurs points de vue ont été pris en compte.

Des points réguliers sur l'état d'avancement ont été réalisés lors des réunions de la CRUQPC notamment en novembre et décembre 2013.

Descriptif des points d'amélioration et des actions à mener :

- Le consentement de la personne accueillie ou de son représentant légal est recherché mais n'est pas formalisé dans le projet d'accueil personnalisé (fiche action n° 1) ;
- Le recueil de la satisfaction est en cours d'organisation (fiche action n°2) ;
- Le recueil des réclamations est organisé à l'échelle de l'établissement, cependant il n'existe pas d'organisation spécifique au CAMSP (fiche action n°3) ;
- L'accès extérieur au bâtiment annexe n'est pas nivelé d'où un risque de chute potentielle (fiche action n°4) ;
- Le personnel est sensibilisé et formé au dépistage de la douleur, néanmoins la procédure de dépistage et d'évaluation de la douleur chez l'enfant n'est pas formalisée ainsi que le protocole médical de conduite à tenir face à un patient douloureux (fiche action n°5) ;
- Les modalités d'accueil au regard des personnels présents ne sont pas optimisées (fiche action n°6) ;
- La procédure d'accueil et d'admission est connue des professionnels mais n'est pas formalisée (fiche action n°7) ;
- L'accessibilité à la structure doit être améliorée : la place de stationnement réservée aux personnes à mobilité réduite n'est pas identifiée, le parking n'est pas signalé (fiche action n°8) ;
- La procédure d'accueil des stagiaires et nouveaux professionnels dans le service est connue des professionnels mais n'est pas formalisée (fiche action n°9) ;
- Le projet de service doit faire l'objet d'une réactualisation (fiche action n°10) ;
- Le règlement intérieur doit préciser les droits et obligations de l'utilisateur et la prévention des risques de maltraitance (fiche action n°11) ;
- Le livret d'accueil existant doit être réactualisé (fiche action n°12).

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- La démarche qualité conduite de manière institutionnelle ; - Démarche participative, qui aide à la conduite du changement ; - Rigueur méthodologique et bonne appropriation de la démarche par les équipes.	- Implication des familles ; - Communication avec l'environnement.
Préconisations : - Poursuivre les actions définies dans les fiches action issues de l'évaluation interne ; - Encourager l'implication des familles ; - Rencontrer les partenaires institutionnels pour monter des projets concertés.	

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

La recommandation ANESM du 15 octobre 2013 « rôle et place des CAMSP dans le repérage le diagnostic et l'intervention précoce » est connue des professionnels depuis la démarche d'auto évaluation.

3.2.2 Mise en œuvre des RBPP

L'ANECAMSP constitue un lien et un relai pour la diffusion et l'uniformisation des bonnes pratiques du dépistage précoce, de l'accompagnement et de la guidance parentale. Les PAP garantissent une prise en charge individualisée. La pluridisciplinarité de l'équipe met en œuvre des compétences spécifiques en bonne adéquation avec une période de prise en soins précoce. Les réunions de synthèse regroupant l'ensemble des intervenants permettent l'harmonisation des pratiques et le respect des usagers.

3.2.3 Veille

Le service qualité de l'hôpital actualise la base de données accessible par intranet. La cadre de santé diffuse les informations au sein de l'équipe.

L'équipe du CAMSP a participé à un congrès sur le thème « les méthodes alternatives de communication de la douleur pédiatrique » (Pédiadol). Une psychologue a passé un DU « l'enfant malade ».

L'équipe du CAMSP est relativement peu impliquée dans le plan de formation global hospitalier.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Haut niveau de motivation des professionnels qui adhèrent à la charte de l'ANECAMSP ; - Le travail d'équipe garantit les regards croisés ; - Le service qualité est performant en matière de tenue de la plateforme documentaire.	- Formation continue des intervenants.
Préconisations : - Envisager la possibilité de formations dédiées à l'équipe CAMSP ; - Participation des équipes aux colloques ANECAMSP.	

3.3 Modalités de gestion des risques

3.3.1 Hygiène et sécurité

Risque infectieux :

Le CAMSP bénéficie de l'appui des structures du CHEG : Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), Comité de coordination des vigilances, de gestion des risques et de la qualité (COVIRISQ), médecine du travail, groupe de travail sur les risques psychosociaux. Les pratiques professionnelles prennent en compte les consignes de précaution standard en matière d'hygiène.

Sécurité du circuit du médicament : Sans objet

Sécurité alimentaire (dont Légionnelle) : Sans objet

Sécurité des bâtiments (sécurité incendie) : Elle est assurée par les services techniques de l'hôpital.

Sécurité la nuit : Sans objet

Risques spécifiques aux personnes accueillies : Sans objet

Adaptabilité des postes de travail. :

Une réflexion collective est menée au niveau du CHG : groupe de travail sur les risques psychosociaux

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Politique générale du CHG pour une bonne gestion des risques ; - Intervention des services spécialisés du CHG au niveau du CAMSP.	Pas de commentaires.
Préconisations : pas de commentaires.	

Synthèse
D2
Abrégé
T7

Synthèse
D2
Abrégé
T7

3.3.2 Prévention des situations de crise

Formalisation d'un plan bleu à l'échelle du CHEG.

La continuité des soins est assurée par un partenariat actif avec le secteur libéral.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Appartenance à l'entité hospitalière ; - Procédures hospitalières applicables au CAMSP.	- Pas de commentaires
Préconisations : - Pas de commentaires	

Synthèse
D3
Abrégé
T7

3.3.3 Recueil et gestion des événements indésirables

La politique qualité de l'hôpital a initié des modalités de recueil des événements indésirables. Selon la nature de la plainte ou réclamation orale, la direction du CHEG pourra être informée. La gestion de la plainte suivra la procédure formalisée par le CHEG. Cette gestion institutionnelle s'étend aux incidents d'agressivité/violence qui sont signalés à l'ONVS. Les plaintes et réclamations écrites sont adressées au Directeur de l'établissement.

Les plaintes et réclamations orales sont enregistrées sur la fiche dédiée à cet effet (fiche de gestion des plaintes et réclamations orales). La réponse apportée à l'usager est tracée sur le même support. Les documents sont archivés dans un classeur mis à disposition de l'équipe au niveau du secrétariat.

Une synthèse annuelle est adressée au service qualité pour intégration dans le rapport annuel « gestion de la qualité et des risques de l'établissement ».

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Gestion institutionnelle des DEI	- Préciser les différents types d'évènements à classer comme indésirables en regard des RBPP.
Préconisations : - Sensibiliser l'équipe du CAMSP à l'intérêt et la finalité des DEI.	

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

La coordination interne n'est pas facile à assurer du fait de difficultés liées aux profils de postes à temps partiels.

La réunion pluridisciplinaire du vendredi matin assure la cohésion de l'équipe. Elle s'avère cependant chronophage. La réunion du médecin pédopsychiatre et des psychologues/neuropsychologues le vendredi de 12h à 13h permet d'articuler les champs d'intervention. D'autres réunions non systématisées entre professionnels permettent la cohérence de la prise en charge.

Les transmissions se font par écrit sur :

- Le classeur de synthèse : celui-ci intègre les comptes rendus des réunions, les prochains ordres du jour, des feuilles d'émargement.

La cadre de santé ou la secrétaire inscrivent pour chaque discipline les décisions prises en réunion. Une consultation du document permet la continuité des soins et le respect des décisions collégiales.

- Un cahier de transmissions (main courante) qui permet d'enregistrer les messages téléphoniques, d'établir une passerelle interdisciplinaire pour la circulation des messages personnels, des informations collectives avec une désignation des destinataires et des auteurs.

- Un calendrier permet une bonne lisibilité pour le suivi en milieu scolaire (programmation des réunions regroupant les parents, les enseignants, la PMI et le CAMSP).

Les différents acteurs du réseau entretiennent des relations privilégiées. Le partenariat est activé au coup par coup en fonction des besoins repérés de l'enfant et du contexte.

4.1.2 Continuité et cohérence du Soin (care)

Les collaborations multiples avec les professionnels de la petite enfance et rééducateurs libéraux permettent de prioriser l'intérêt de l'enfant et d'instaurer des partenariats opérationnels. Les actions sont coordonnées (Ex : rencontres sur le terrain en milieu scolaire) en cohérence avec le PAP de l'enfant.

4.1.3 Gestion du dossier de l'utilisateur

Le dossier enfant incluant le projet personnalisé est accessible à tous les professionnels pour garantir la cohérence de la prise en charge. Les familles peuvent exprimer des restrictions dans la diffusion d'informations concernant leur enfant (Ex : souhait de ne pas donner d'information médicale à l'école)

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- La réunion pluridisciplinaire du vendredi matin permet de fédérer l'ensemble de l'équipe ; - Partenariat avec les principaux acteurs du secteur petite enfance ; - Informatisation du dossier de l'enfant.	Densifier l'offre de services pour répondre aux besoins du territoire.
Préconisations : - Etendre les partenariats avec le secteur petite enfance pour optimiser les potentialités des différents acteurs au bénéfice des usagers.	

Synthèse
A4
Abrégé
T3 et 7

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

4.2.1 Le management

Les performances du CAMSP sont liées en partie à l'efficacité du binôme directeur/cadre de santé. On remarque une très bonne coordination de ce binôme dans les tâches de management de l'équipe. Le CAMSP est bien relié au pôle Mère-enfants de l'hôpital : des réunions trimestrielles regroupent le médecin directeur, la cadre de santé et la direction RH.

On observe un très haut niveau de motivation des professionnels avec un sentiment d'appartenance à une équipe hospitalière.

La participation à l'évaluation interne a dynamisé cette volonté de bonnes pratiques et de respect de l'utilisateur.

4.2.2 La communication interne

Elle se fait par le biais des réunions de synthèses et des supports de transmissions disponibles au secrétariat. Les différents intervenants travaillent en proximité et sont appelés à se rencontrer régulièrement et à échanger de façon informelle.

4.2.3 Les écrits professionnels :

La formalisation des procédures est assurée par l'hôpital. La diffusion est faite par intranet ou laissée aux soins de la cadre de santé.

La coordination de la prise en charge est assurée via le dossier enfant et le logiciel ORGAMEDI diffusé par Intercamsp.

4.2.4 La politique RH

La démarche qualité et la réalisation de l'évaluation interne ont promu un management participatif.

La structuration de l'hôpital en pôles permet une proximité avec les acteurs de terrain et une vision transversale pour les responsables de l'encadrement.

Une des priorités retenue est l'amélioration de la qualité des soins. La formation est une composante importante de la gestion des ressources humaines pour atteindre cet objectif. Au niveau du CAMSP pas de besoin aigu d'accès au diplôme. Une psychologue a toutefois pu suivre une formation universitaire pour consolider ses compétences. Le personnel est invité à participer aux actions collectives définies chaque année dans le plan de formation. L'équipe du CAMSP a été peu mobilisée cette année.

La Fiche de poste a été formalisée pour tous les professionnels. (Pas de fiche spécifique CAMSP pour le poste AMP)

Les entretiens d'évaluation annuels animés par la cadre de santé ou le médecin directeur pour les psychologues sont effectués selon la maquette de préconisation de la DRH.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Qualité du management en relation avec la direction RH du CHEG ; - Motivation du personnel.	- La planification de temps d'échanges pour le personnel en temps partiel ; - Formalisation de la fiche de poste AMP au CAMSP ; - Formation continue des professionnels du service ; - Rôle de l'ASH dans l'équipe en tant qu'observatrice non médicale.
Préconisations : - Organiser un soutien/formation des AMP qui accompagnent l'enfant en crèche ou maternelle ; - Programmer des actions de formation propres au CAMSP ; - Intégrer l'ASH dans la dynamique de l'équipe (structure familiale). Recueillir ses observations pour une approche élargie du comportement de l'enfant et de sa famille.	

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

Pas de groupe formalisé. La réunion du médecin pédopsychiatre et des psychologues/neuropsychologue le vendredi de 12h à 13h permet de discuter des problématiques complexes.

4.3.2 Prévention des risques psychosociaux

Un groupe de réflexion est mis en place au niveau de l'hôpital.

Le DU spécifique au CAMSP prend en compte les risques psychosociaux en préconisant la participation aux actions de formation proposées sur ce thème. Une procédure permettant de gérer les situations de violence est élaborée et diffusée.

La présence sur le terrain et la qualité d'écoute de la cadre de santé permettent une vigilance et un repérage des situations à risque.

Le comité de coordination des vigilances, de gestion des risques et de la qualité (COVIRISQ) du CHEG participe à cette prévention.

4.3.3 Supervision

Pas de supervision

4.3.4 CHSCT

CHSCT du CHEG

4.3.5 Délégués du personnel / syndicats

C E T, syndicats du CHEG

4.3.6 DUERP

Au niveau du CHEG un groupe de travail porte sa réflexion sur les risques psychosociaux. Le plan de formation propose des actions transversales (formations dédiées). 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. Le CAMSP a actualisé son évaluation en 2014 en faisant apparaître les actions prioritaires à mener. Un suivi de ses actions est organisé.

4.3.7 Chiffres clés

Pas de difficultés avérées de recrutement malgré l'offre prépondérante de temps partiels (imposés par les contraintes du service). L'absentéisme ne semble pas lié aux conditions de travail (maternité, congé parental).

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
- Appui de la structure administrative hospitalière ; - Bon climat relationnel.	- prise en compte des ressentis des agents ; - Evolution des planifications d'agents à temps partiel.
Préconisations : - Elaborer un questionnaire de satisfaction des professionnels ; - Porter réflexion sur la question des temps partiels « non choisis ».	

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

Synthèse

Abrégé

T8

L'ambiance des lieux, le climat

On observe un bon climat relationnel au sein de l'équipe. Il s'agit d'une petite structure qui induit une ambiance « familiale » et chaleureuse adaptée à la situation de dépistage précoce.

Le langage, la façon de parler

Les enfants sont abordés avec douceur par les professionnels. Ils sont accueillis chaleureusement et entourés. L'enfant et de sa famille sont respectés. Un entretien peut être proposé aux parents biologiques pour les enfants sous tutelle de l'ASE.

La considération, l'attention à la personne

L'enfant est au cœur du dispositif. Une approche globale permet de l'accompagner comme un être en développement au sein d'une famille.

La personnalisation de l'accompagnement

Le bilan initial et la période d'accueil permettent d'appréhender les difficultés et les potentialités de chaque enfant pour une prise en charge individualisée qui ne se limite pas à un « diagnostic »

Le respect de l'intimité

L'éveil de l'enfant à la vie sociale en collectivité nécessite le partage de certaines informations avec les autres équipes d'accompagnement de la petite enfance. Certaines données personnelles ou familiales restent confidentielles.

Le consentement et la participation

Les capacités et la fatigabilité de l'enfant sont prises en compte pour chaque séance de prise en charge thérapeutique éducative ou rééducative (approche ludique, durée de l'intervention)

L'information et la communication

Les parents sont systématiquement informés et impliqués dans le projet de l'enfant. Ils sont accompagnés dans la prise de conscience du handicap. Les frères et sœurs sont également soutenus s'il y a lieu.

Conclusion générale

L'évaluation externe menée au CAMSP a permis de constater la progression du service dans sa démarche humaniste.

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

Le choix a été fait par l'établissement de ne pas utiliser un référentiel déjà élaboré mais de construire son propre référentiel.

Le référentiel d'évaluation interne a été établi avec le soutien de l'équipe projet à partir des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

Il est construit autour de 6 axes thématiques

Axe 1 : La garantie des droits individuels et la participation des usagers

Axe 2 : La prévention des risques des usagers

Axe 3 : la personnalisation de l'accompagnement

Axe 4 : le service dans son environnement

Axe 5 : le projet de pôle et de service

Le comité de pilotage est composé du Directeur, du Directeur des soins, du Président de CME et de membres experts. Il a validé le référentiel, les plans d'actions et le rapport final.

L'équipe projet est composée du cadre supérieur du pôle gériatrie et de l'ingénieur qualité. Elle assure l'interface entre les groupes de travail et le comité de pilotage. Elle adapte le référentiel au contexte de l'établissement et forme les équipes 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, recueillent les données et les observations pour chaque critère (auto-évaluation), ils synthétisent les données et proposent une cotation et des actions d'amélioration.

Le CAMSP a mis en place des groupes de travail thématiques impliquant l'ensemble des professionnels (sauf AMP). Des réunions de synthèse programmées le vendredi matin en présence de l'ensemble des professionnels ont permis l'élaboration d'un Plan d'actions d'amélioration spécifique à la structure CAMSP.

Les usagers et leurs familles ont été associés indirectement à partir des commissions spécifiques et leurs points de vue ont été pris en compte.

Des points réguliers sur l'état d'avancement ont été réalisés lors des réunions de la CRUQPC notamment en novembre et décembre 2013.

→ Définition et mise en œuvre des axes de travail

Au regard de l'évaluation interne les équipes ont pu mettre en évidence 12 axes d'amélioration qui se sont traduites par 12 fiches-actions.

- Le consentement de la personne accueillie ou de son représentant légal est recherché mais n'est pas formalisé dans le projet d'accueil personnalisé (fiche action n° 1) ; **réalisé**
- Le recueil de la satisfaction est organisé (fiche action n°2) ; **réalisé**
- Le recueil des réclamations est organisé à l'échelle de l'établissement, cependant il n'existe pas d'organisation spécifique au CAMSP (fiche action n°3) ; **réalisé**
- L'accès extérieur au bâtiment annexe n'est pas nivelé d'où un risque de chute potentielle (fiche action n°4) ; **en cours**
- Le personnel est sensibilisé et formé au dépistage de la douleur, néanmoins la procédure de dépistage et d'évaluation de la douleur chez l'enfant n'est pas formalisée ainsi que le protocole médical de conduite à tenir face à un patient douloureux (fiche action n°5) ; **réalisé**
- Les modalités d'accueil au regard des personnels présents ne sont pas optimisées (fiche action n°6) ; **réalisé**
- La procédure d'accueil et d'admission est connue des professionnels mais n'est pas formalisée (fiche action n°7) ; **réalisé**
- L'accessibilité à la structure doit être améliorée : la place de stationnement réservée aux personnes à mobilité réduite n'est pas identifiée, le parking n'est pas signalé (fiche action n°8) ; **réalisé**
- La procédure d'accueil des stagiaires et nouveaux professionnels dans le service est connue des professionnels mais n'est pas formalisée (fiche action n°9) ; **réalisé**
- Le projet de service doit faire l'objet d'une réactualisation (fiche action n°10) ; **en cours**
- Le règlement intérieur doit préciser les droits et obligations de l'utilisateur et la prévention des risques de maltraitance (fiche action n°11) ; **réalisé**
- Le livret d'accueil existant doit être réactualisé (fiche action n°12) ; **réalisé**

Pour chacune de ces situations, des objectifs sont définis et des actions d'amélioration sont proposées par les équipes et validées en réunion de service.

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

→ Actualisation et diffusion

Le CAMSP bénéficie d'une gestion institutionnelle de la qualité. Les procédures sont réactualisées. La diffusion se fait par les cadres de santé et par la plateforme documentaire informatique.

→ Appropriation et mise en pratique

Les réunions pluridisciplinaires, la validation collégiale des modalités de prise en charge, les échanges au sein de l'équipe entre les différentes spécialités garantissent une réponse adaptée aux problèmes identifiés.

La version 2011-2015 du projet d'établissement affirme son ancrage dans une philosophie humaniste de bientraitance fondée sur des valeurs partagées de respect, d'équité et d'assertivité et sa volonté de développer le concept du « prendre soin ». Cela se traduit par la mise en commun de critères qualitatifs pour toutes les interventions afin de contribuer au bien-être des usagers.

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 PEPS

Le futur projet de service du CAMSP est en cours d'élaboration.

Aujourd'hui les objectifs définis par le projet médical 2011-2015 du pôle Mère-enfants sont poursuivis :

- Optimiser la précocité des prises en charge ;
- Développer le réseau d'expertise sur le territoire ;
- Améliorer l'organisation et le fonctionnement du service.

Déclinaison en actions.

L'élaboration du projet de service s'appuiera sur une synthèse cohérente des actions définies suite à l'évaluation interne et complétées par les observations relevées lors de l'évaluation externe.

Appui sur évaluation des besoins (PP).

Le PAP mis en place par le CAMSP est opérationnel et s'avère pertinent en regard des besoins repérés.

La réflexion sur le besoin de prise en charge spécifique des enfants atteints de TED/TSA se poursuit pour garantir une adaptation du service aux besoins non satisfaits de la population locale.

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

Thèmes

113, 114
211, 212

Le livret d'accueil, le règlement intérieur sont opérationnels et participent à la procédure d'admission des enfants. Ils ont été actualisés selon une trame définie au niveau du pôle Mère-Enfants.

3. Evaluation et actualisation du PEPS

Thèmes

112
213

Le médecin directeur du CAMSP envisage de rédiger un Projet de Service en fonction des orientations choisies pour l'accueil des enfants atteints de TED/TSA. Une réflexion est en cours. Elle interpelle les structures de pédopsychiatrie, compte tenu de l'absence de CMPP sur la commune et de la saturation des CRA/EREA. Cette orientation pourrait remettre en cause le caractère polyvalent du CAMSP. Le projet de service sera finalisé en fonction de l'aboutissement de cette réflexion.

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

Thèmes

43

Prévention des RPS.

Le CAMSP est une petite structure qui garantit des relations de solidarité dans l'équipe. Les réunions transversales permettent à chaque intervenant d'exprimer ses difficultés. La proximité de la cadre de santé facilite le repérage des situations à risque. La gestion des RH est assurée de façon globale par le CHEG. Le plan de formation prévoit des programmes accessibles à l'ensemble des équipes pour une meilleure gestion des situations à risque et des problématiques relationnelles.

Thèmes

23

Accompagnement.

Les usagers sont accompagnés tout au long de leur prise en charge par une équipe pluridisciplinaire coordonnée sous la responsabilité d'une cadre de santé très impliquée. L'assistante sociale est associée aux soins pour une aide multiforme aux parents (montage de dossiers, accès aux aides etc.) Un médecin référent garantit la continuité et la cohérence des soins.

Thèmes

42

Management, RH et Adaptation des compétences aux besoins.

Le climat social est bon, entretenu par une capacité d'écoute et d'échanges. La qualité du management en relation avec la direction RH du CHEG permet à chaque intervenant d'exercer sa mission sereinement en respect des bonnes pratiques. La formation continue n'est pas toujours facile à organiser en présence de nombreux salariés à temps partiel. Toutefois le CAMSP s'inscrit dans une volonté de progrès (Ex : fiche action pour une meilleure prise en charge de la douleur chez l'enfant). L'ensemble du personnel est en expertise dans la mission qui lui est confiée. Les entretiens annuels d'évaluation sont réalisés par la cadre de santé pour le personnel paramédical ou par le médecin directeur pour le corps médical.

Motivation du personnel : Le personnel semble très motivé et s'implique pleinement dans l'atteinte des objectifs définis tant sur un mode institutionnel que dans la réalisation des PAP.

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

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

Les partenariats externe ou interne.

Le Projet de Pôle définit pour le CAMSP les partenariats institutionnels avec :

- La PMI : une réunion commune est organisée tous les trois mois, l'ASE (aide sociale à l'enfance) ;
- La Maternité : la psychologue participe chaque semaine au staff de vulnérabilité sociale pour un repérage en amont de sujet à risque ;
- Les services de pédiatrie, l'inter secteur de pédopsychiatrie ;
- Les structures sanitaires ou médicosociales de l'enfance : IME, ITEP, CMP, HDJ ;
- Le centre hospitalier de la Ciotat ;
- L'EREA : équipe de référence pour l'évaluation de l'autisme, le Centre de Ressource Autisme ;
- Le Pôle dynamique petite enfance : crèches ;
- L'éducation nationale (les enseignants, les enseignants référents, les médecins et psychologues scolaires) une AMP du CAMSP peut intervenir en milieu scolaire dans l'attente de la nomination d'une AVS ;
- Les réseaux Intercamp, Anecamp.

Ces partenariats opérationnels s'accompagnent de mise à disposition de moyens humains (Conseil général et CHS Valvert).

Le projet de Pôle mentionne l'existence de partenariats avec les praticiens libéraux. Ces partenariats sont formalisés par la signature de conventions avec les ergothérapeutes, l'association « Naître et devenir » chargée de suivre et de coordonner l'accompagnement des grands prématurés, l'association « handimômes » qui s'occupe du suivi et de la prise en charge des polyhandicapés, l'ARI (association œuvrant pour l'intégration des personnes en situation de handicaps ou de difficultés).

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

Le PAP proposé à l'enfant s'inscrit dans son contexte familial et social pour préserver la cadre naturel de son développement. Le CAMSP est en lien étroit avec les acteurs du secteur petite enfance pour une coordination médico-sociale et une collaboration avec les lieux de socialisation fréquentés par l'enfant.

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

L'équipe du CAMSP fait appel au secteur libéral pour compléter la prise en charge de l'enfant.

L'implication du service à la dynamique hospitalière permet d'élargir la palette de réponses spécifiques.

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

La collaboration est jugée de qualité exceptionnelle. La communication avec les professionnels du CAMSP est « très fluide ». Le partenariat se fait à partir d'un partage d'informations, de transmissions efficaces pour une bonne perception des objectifs définis.

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.

L'enfant est pris en charge par le « groupe accueil » pour un temps d'observation pluridisciplinaire. Des avis médicaux et/ou explorations spécialisées sont programmées avec l'accord des familles. Le résultat de ces investigations est transcrit dans le dossier de l'enfant.

Une réunion avec l'assistante sociale est programmée de façon systématique après la première rencontre avec les médecins. C'est l'occasion pour les familles de faire connaître leur contexte social et des éventuelles problématiques familiales ou financières. L'assistante sociale apporte les informations utiles pour accéder à toutes les aides pour lesquelles l'enfant est éligible. Ce temps accordé aux familles pour une prise en compte de leurs difficultés favorise leur adhésion et crée un climat de confiance.

Thèmes
224

Evaluation et actualisation du PP.

L'enfant est suivi de façon régulière. Le médecin référent veille à faire le point avec l'ensemble de l'équipe en réunions de synthèse. Les nouvelles orientations ou les réajustements du PAP sont validés à cette occasion. Un avenant est alors rédigé et présenté à la famille. Il figurera dans le dossier de l'enfant. Il est réalisé autant d'avenants que le nécessite l'atteinte des objectifs.

Thèmes
41

Cohérence et continuité des actions.

La complémentarité des compétences, la présence d'un médecin référent, la validation collégiale des modifications du PAP garantissent la cohérence des actions. Le partenariat avec le secteur libéral est opérationnel et peut être déclenché à la demande du service.

Thèmes225
24**2. Les moyens de participation individuel et collectif des usagers et prise en compte des résultats/ accès à l'information**

Le PAP et les avenants sont présentés aux deux parents par le pédiatre référent en présence des principaux intervenants. La famille peut exprimer son désaccord et demander une révision du projet. Les familles peuvent accéder au dossier médical de leur enfant en respectant les procédures mises en place par l'hôpital. Elles peuvent être reçues par le médecin, la cadre de santé. L'ensemble des professionnels favorise une relation harmonieuse en adaptant autant que faire se peut leurs disponibilités aux demandes des usagers.

Le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement sont présentés et explicités à la famille dès l'admission dans le service.

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

Les droits et libertés de la personne accueillie sont respectés. Le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement donnés aux usagers à l'admission comporte également clairement défini comme engagement du service, la référence à la charte de l'accueil de l'enfant, à la charte de l'association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale (ANECAMSP) et à la charte des familles élaborée par le réseau InterCAMSP.

Les parents et les fratries sont intégrés à la prise en soins dans un concept de guidance parentale.

Thèmes

333

2. Gestion des événements indésirables et de la maltraitance

La politique qualité de l'hôpital a initié des modalités de recueil des événements indésirables. La gestion de la plainte ou réclamation est institutionnelle y compris les incidents d'agressivité/violence signalés à l'ONVS. Les plaintes et réclamations écrites sont adressées au Directeur de l'établissement. Au niveau du service, les réclamations sont enregistrées sur une fiche dédiée (fiche de gestion des plaintes et réclamations orales). La réponse apportée à l'utilisateur est tracée sur le même support. Les documents sont archivés dans un classeur mis à disposition de l'équipe au niveau du secrétariat.

Le CAMSP adhère aux valeurs humanistes de l'hôpital. Il promeut la bientraitance et développe un accompagnement attentif bienveillant.

Thèmes

331, 332

3. La politique de prévention des risques relatifs aux spécificités des usagers

La gestion des risques est prise en compte par les services Hygiène, Qualité de l'hôpital qui fait de ce sujet une priorité retenue dans son projet d'établissement.



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 celle-ci, retenus comme force et/ou faiblesse et pour lesquels il est fait des propositions ou préconisations dans le rapport d'évaluation.

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 réalisés de mai à novembre 2012	-	-
Le processus d'évaluation : méthode et participation	L'EI 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.	Implication des familles Communication avec l'environnement	Encourager l'implication des familles ; Rencontrer les partenaires institutionnels pour monter des projets concertés
La définition des axes de travail	Suite à l'EI le CAMSP a engagé des actions en direction : - des familles pour une meilleure implication et pour une facilitation de leur expression et une actualisation des documents qui leur sont remis (livret d'accueil, règlement de fonctionnement) ; - des enfants par une réflexion sur la prise en compte de la douleur ; - de l'environnement avec un aménagement des accès et l'instauration d'un parking handicapé ; - des professionnels : avec l'élaboration d'un livret d'accueil pour les stagiaires et les nouveaux embauchés.	-	-
La mise en œuvre des axes de travail	Les principaux objectifs sont atteints ou en cours de réalisation. Il reste à finaliser l'élaboration du projet de service.	-	-

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 CHEG dispose d'un service qualité qui met à jour les procédures	-	-
Modalités de diffusion	La diffusion est assurée par voie intranet et par l'action directe de la cadre de santé.	-	-
Appropriation par les professionnels	Les RBPP de l'ANESM ne servent pas de modèle absolu aux professionnels qui appliquent de façon intégrée le « prendre soin » aux actions de soins prodiguées. Les responsables de l'encadrement sont plus sensibilisés mais les non-encadrants sont dans une démarche permanente de bientraitance.	Formation continue des intervenants	Plan de formation spécifique avec participation du personnel aux journées de l'ANECAMSP

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 cours d'actualisation il procède d'une synthèse entre les priorités retenues lors de l'évaluation interne, les remarques faites suite à l'évaluation externe et les axes permanents suivis par l'hôpital dans le déroulement de sa démarche qualité.		Elaboration du nouveau projet de service en concertation avec les partenaires intra hospitaliers
Mise en œuvre du projet : effectivité	Le CAMSP remplit aujourd'hui remarquablement sa mission. De 160 à 180 enfants sont décomptés dans la file active du service. Sa polyvalence lui permet une prise en charge d'un public large. La pluridisciplinarité et l'expertise de l'équipe sont en adéquation avec les attentes multiples et diverses des usagers.	Prise en compte globale sur le territoire des besoins d'accompagnement des enfants atteints de TED/TSA.	Améliorer les délais de prise en charge.
Evaluation et actualisation du projet	L'actualisation du projet est en cours. Elle aboutira en définissant des choix stratégiques en matière de prise en charge des TED/TSA et une évolution des partenariats existants avec le secteur petite enfance locale.	Nouveau projet de service non finalisé - Finaliser les choix stratégiques pour le nouveau projet de service ;	Finaliser le nouveau PS.
La gestion des RH comme garantie de la qualité de la PEC ou de l'accompagnement	Le bon climat social et l'accompagnement attentif de l'encadrement sont des atouts importants pour conserver la dynamique du service et encourager les bonnes pratiques professionnelles. Qualité du management en relation avec la direction RH du CHEG ; Motivation du personnel.	Formalisation de la fiche de poste AMP au CAMSP ; Formation continue des professionnels du service ; Rôle de l'ASH dans l'équipe.	Organiser un soutien des AMP qui accompagnent l'enfant en crèche ou maternelle ; Programmer des actions de formation propres au CAMSP ; Intégrer l'ASH dans la dynamique de l'équipe (structure familiale).

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 CAMSP bénéficie d'un partenariat interne du fait de son statut hospitalier. Il est aussi très impliqué dans le réseau de soins coordonné de la petite enfance sur le territoire. Il tisse des liens opérationnels avec de nombreux acteurs jouant un rôle dans la prise en charge médico-sociale des jeunes enfants (privés, libéraux, associatifs).	Partenariat avec l'EREA du fait du délai d'attente (1 an)	Mettre à profit les appels d'offres du 3ème Plan autisme pour améliorer le dépistage et la prise en charge précoce des TED/TSA et répondre aux besoins croissants de la population locale ; Entretenir les partenariats existants en actualisant les modalités
La coordination des interventions avec les personnes extérieures parties prenantes au PP	Les intervenants libéraux peuvent être appelés pour compléter les interventions du CAMSP. Certains ont signé convention avec l'hôpital (ex : ergothérapeute)	Poursuivre la réflexion sur l'accompagnement des familles en sortie de CAMSP en partenariat avec les structures spécialisées.	Développer le recours à un réseau de praticiens libéraux en amont et en aval de l'admission pour certains enfants. Augmenter le nombre de conventionnements.
L'inscription dans un territoire, lien social et réseau de proximité	Le CAMSP de par son appartenance au CHEG est naturellement et historiquement un service ouvert à la population d'Aubagne et des pays de l'Etoile.	-	-
La perception par les partenaires	Le CAMSP est perçu comme une structure ressource réactive et efficace. La collaboration est jugée de qualité exceptionnelle.	-	-

TABEAU 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)	Les enfants sont reçus en première visite par le pédiatre et le pédopsychiatre qui définissent les examens complémentaires et les investigations à prévoir pour affiner un diagnostic et mettre en place un ensemble de soins visant à améliorer sa situation dans son contexte familial naturel.	Participation des intervenants externes au PAP	
Participation des bénéficiaires au PP	L'adhésion des parents est demandée en début de prise en charge et la validation des avenants modificateurs est sollicitée de façon systématique. L'adhésion de l'enfant est aussi recherchée.		Faire signer systématiquement les avenants.
Mise en œuvre du PP	Le PAP constitue la feuille de route de l'équipe. Les réunions de synthèses et autres rencontres entre professionnels garantissent le respect des engagements.	Comment impliquer les familles collectivement en l'absence d'instance formalisée ?	Organiser des rencontres régulières avec les familles pour permettre le tissage de liens entre-elles et créer les conditions favorables au dialogue avec l'institution ;
Evaluation et Actualisation du PP en fonction de l'évolution des besoins	Les réunions hebdomadaires du vendredi regroupent l'ensemble des intervenants et permettent de mesurer l'efficacité des propositions initialement envisagées. Une décision collégiale fait évoluer le projet et en modifie si besoin les objectifs initiaux.	-	-
Cohérence et continuité de la PEC ou de l'accompagnement	L'ensemble des interventions donnent lieu à des transcriptions dans le dossier de l'enfant. Le dossier est tenu à jour et le médecin référent contrôle la cohérence de l'accompagnement proposé. Le secteur libéral peut être sollicité rapidement si besoin pour prendre le relai.	-	-

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	Le contexte particulier de l'évaluation précoce n'est pas favorable à la participation des familles sur un mode collectif. Leur parole est recueillie par le personnel lors des séances suivies par leur enfant ou lors des rencontres organisées avec les médecins, l'assistante sociale, la responsable de la structure.	-	Multiplier les invitations aux familles pour une participation à des événements festifs.
Prise en compte des besoins et de la parole de l'utilisateur	Les séances proposées à l'enfant tiennent compte de ses ressentis. Elles sont adaptées malgré les contraintes du service le plus possible aux souhaits des familles et à leurs attentes.	-	-
Place de la famille	Les parents accompagnent les enfants pour les soins. Les deux parents sont sollicités pour rencontrer les professionnels. Ils sont aidés dans une logique de guidance parentale qui vise à les rendre acteur dans la prise en soins.	Comment impliquer les familles collectivement en l'absence d'instance formalisée ?	Organiser des rencontres régulières avec les familles pour permettre le tissage de liens entre-elles et créer les conditions favorables au dialogue avec l'institution ;
Accès à l'information	Les parents reçoivent le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement. Par voie d'affichage dans la salle d'attente de nombreuses informations leur sont transmises. Ils sont informés directement par l'équipe après chaque séance. Ils peuvent accéder au dossier médical en suivant la procédure mise en place par l'hôpital.	-	-

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	Les séances sont organisées en fonction de chaque enfant. Le personnel est particulièrement attentif. L'enfant est considéré comme une personne. Les parents peuvent assister ponctuellement aux séances si le contexte s'y prête.	-	-
Gestion des événements indésirables et des cas de maltraitance	La gestion des événements indésirables est centralisée par le service qualité. Une procédure est élaborée pour le cheminement de l'information. Un projet d'appropriation de cette démarche par le service est en cours. L'organisation transparente du service, les temps de débat et de concertation, les valeurs humanistes prônées par l'hôpital permettent de lutter contre tout dérapage.	-	-
Gestion et prise en compte des principaux risques liés à l'organisation et à la personne	La gestion des risques est structurée par le service qualité qui analyse les indicateurs retenus pour une veille. Cette vigilance est assurée par l'action transversale de l'encadrement des différents pôles. Le CHSCT de l'hôpital suit et contrôle de D.U élaboré spécifiquement pour chaque service dont le CAMSP	-	-

TABLEAU 8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

→Réf. Thème 5.

Le CAMSP du CHEG est un service remarquable à tous égards. Les accompagnements proposés sont adaptés et s'inscrivent dans un respect des droits de l'enfant. Le professionnalisme et l'implication de la direction, de l'encadrement, de l'ensemble des acteurs font du CAMSP un partenaire apprécié pour ses compétences et sa philosophie humaniste.

L'ambiance des lieux, le climat

On observe un bon climat relationnel au sein de l'équipe. Il s'agit d'une petite structure qui induit une ambiance « familiale » et chaleureuse adaptée à la situation de dépistage précoce.

Le langage, la façon de parler

Les enfants sont abordés avec douceur par les professionnels. Ils sont accueillis chaleureusement et entourés. L'enfant et de sa famille sont respectés. Un entretien peut être proposé aux parents biologiques pour les enfants sous tutelle de l'ASE.

La considération, l'attention à la personne

L'enfant est au cœur du dispositif. Une approche globale permet de l'accompagner comme un être en développement au sein d'une famille.

La personnalisation de l'accompagnement

Le bilan initial et la période d'accueil permettent d'appréhender les difficultés et les potentialités de chaque enfant pour une prise en charge individualisée qui ne se limite pas à un « diagnostic »

Le respect de l'intimité

L'éveil de l'enfant à la vie sociale en collectivité nécessite le partage de certaines informations avec les autres équipes d'accompagnement de la petite enfance. Certaines données personnelles ou familiales restent confidentielles.

Le consentement et la participation

Les capacités et la fatigabilité de l'enfant sont prises en compte pour chaque séance thérapeutique éducative ou rééducative (approche ludique, durée de l'intervention)

L'information et la communication

Les parents sont systématiquement informés et impliqués dans le projet l'enfant. Ils sont accompagnés dans la prise de conscience du handicap. Les frères et sœurs sont également soutenus s'il y a lieu.

Conclusion générale

L'évaluation externe menée au CAMSP a permis de constater la progression du service dans sa démarche humaniste.

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'usager.

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 des 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 ; - des entretiens de groupe ; - des 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) Etapes (en nombre de jours / homme) : 1. Préparation de l'évaluation externe : 2,5 jours (en bureau d'études) 2. Réalisation de l'évaluation externe : 4 jours sur site 3. Finalisation de l'évaluation externe (rapports) : 3,5 jours (en bureau d'études) TOTAL : 10 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

8le1 SOCRATES

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

N° de marché

13	902	13	E	O	O	V	01	A
----	-----	----	---	---	---	---	----	---

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 : T 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.

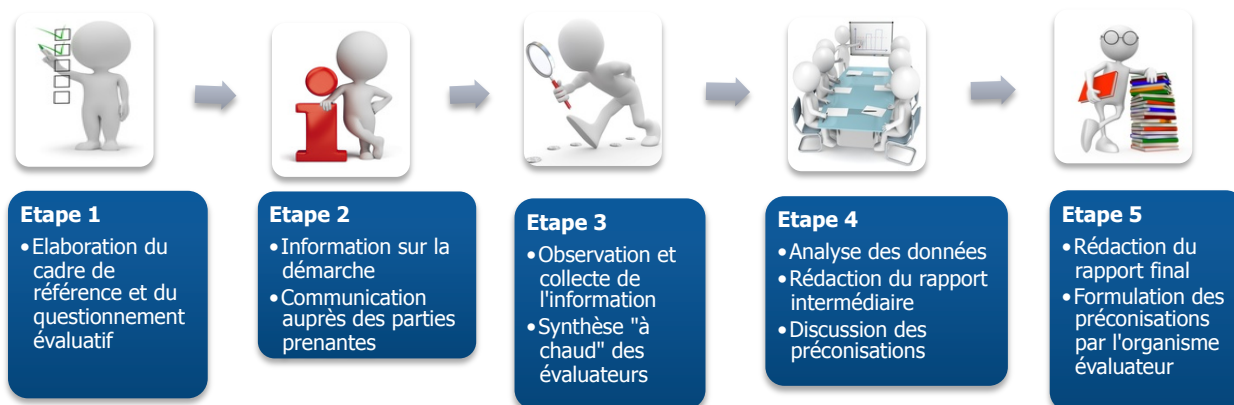
La pondération.

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	2,5 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 (24 et 25/11/2014)	4 j
Phase 3 : Finalisation de l'évaluation externe		
Analyse des données et rédaction du pré rapport	Semaines 49 à 51	2 j
Réalisation des échanges autour du pré rapport	Semaine 52 / 01	0,5 j
Rédaction et finalisation du rapport	Semaine 02	1 j
Total des journées		10 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

Dr Patrick COLLIGNON

Médecin qualifié en pédiatrie et génétique médicale

Coordonnateur de la commission de Réflexion éthique du CHI de Toulon

Evaluateur externe

Copilote

Spécialité : handicap mental, Polyhandicap, syndromes génétiques – enfants et adultes / Soins, qualité et gestion des risques

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 Evènements 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 Soin (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 (<i>M. TESSIER</i>), Cadre de Pôle (<i>Mme GRAVE</i>) + Directeur référent et responsable budget (<i>Mme DUBO</i>), Cadre de Santé (<i>Mme BIGOT</i>), + 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 (<i>Mme REDONDO MATHIOT</i> , <i>Mme GRAVE</i>) - 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 - (<i>M. XXX</i>) 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 2 - Mardi 25/11/14

CAMSP		
Horaires		E1 (Annick MINNITI)
7h30	à 8h00	Démarrage à 8:30
8h00	à 8h30	
8h30	à 9h00	Entretien DIRECTION opérationnelle du CAMSP avec Directeur Technique (<i>Dr. BERNARD - pédiatre</i>), Cadre de Santé (<i>Mme BIGO</i>) sur le fonctionnement du service (projet de service, inscription dans l'environnement...) - Thème abordés : 1.1, 1.2, 1.3, 4.1 - CAMSP
9h00	à 9h30	
9h30	à 10h00	
10h00	à 10h30	Visite du service CAMSP
10h30	à 11h00	Entretien SERVICE SOCIAL CAMSP / <i>(Mme LACHAIZE, Assistante sociale)</i> - Thèmes : 2.1, 2.2, 2.3 (accompagnement social, lien avec les familles)
11h00	à 11h30	
11h30	à 12h00	Observation 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
12h00	à 12h30	
12h30	à 13h00	Déjeuner des évaluateurs
13h00	à 13h30	
13h30	à 14h00	Entretien ACCUEIL CAMSP / SECRÉTARIAT / ADMISSIONS (<i>Mme FREMAUX</i>) - Thèmes : 2.1, 2.2, 2.3 (admission), 2.4, 4.1 (continuité acc.)
14h00	à 14h30	
14h30	à 15h00	Observation 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
15h00	à 15h30	
15h30	à 16h00	Réserve en cas de dépassement de temps
16h00	à 16h30	Entretien GROUPE PLURIDISCIPLINAIRE D'ACCOMPAGNEMENT Psycho-éducatif CAMSP (<i>Psychologues clinicien, psychologues, neuro-psy, éducateurs jeunes enfants et AMP</i>) Thèmes : 2.1, 2.2 et 2.3 (accompagnement des enfants et de leurs familles), 3.3 (RBPB), 4.1 et 4.2 (continuité de l'accompagnement)
16h30	à 17h00	
17h00	à 17h30	
17h30	à 18h00	Synthèse entre les évaluateurs
18h00	à 18h30	Restitution à CHAUD auprès de l'équipe de DIRECTION du service CAMSP