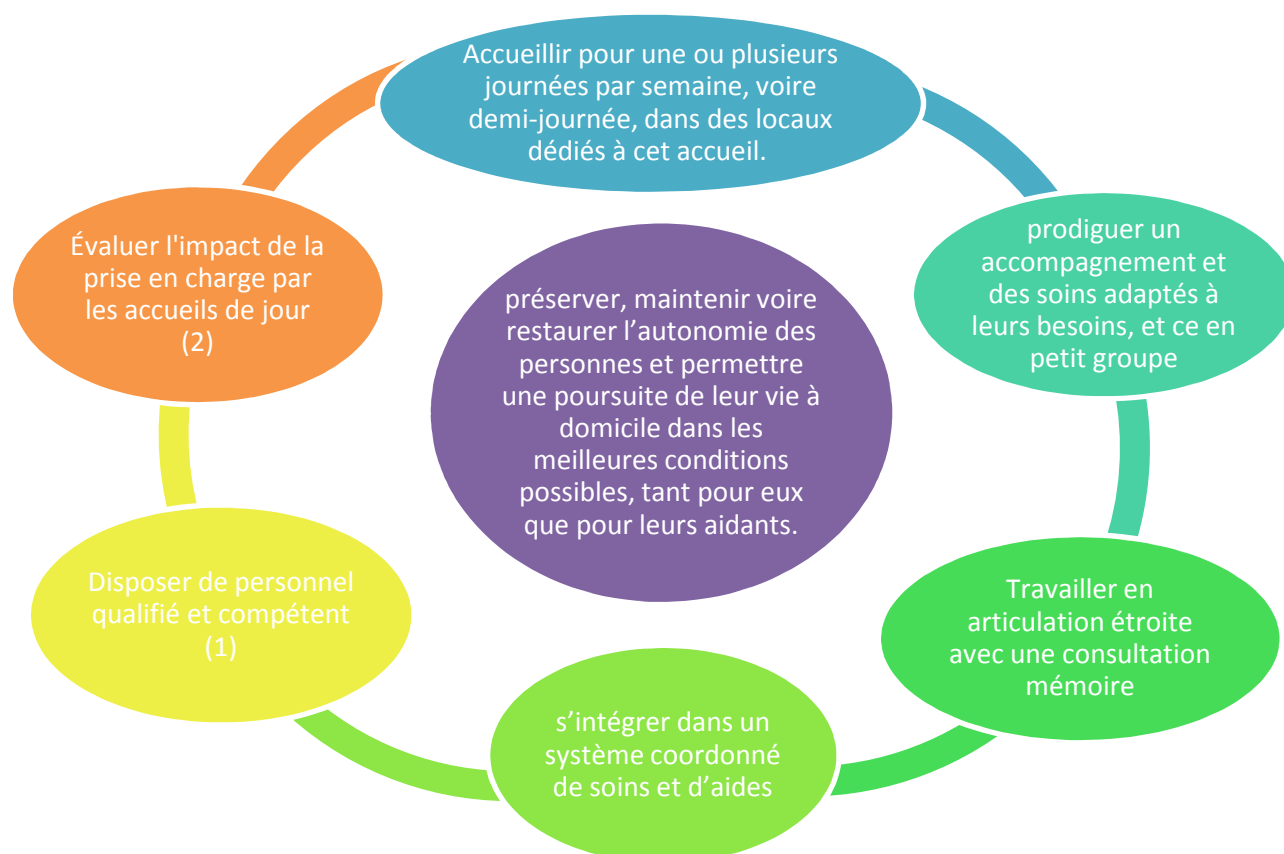


**Guide pratique pour l'organisation et le
fonctionnement des accueils de jour pour personnes
âgées**

Loire

1. LES TEXTES REGLEMENTAIRES EN BREF

Cahier des charges des Accueils de jour (Annexe 3 de la circulaire du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.)



(1) « Disposer de personnel qualifié et compétent dans l'accompagnement et les soins à prodiguer aux personnes atteintes de démence. En outre, ces professionnels doivent **s'adapter aux différentes situations individuelles**, tant celles liées à l'évolution de l'état d'une personne, qu'aux **modifications fréquentes de la constitution du groupe accueilli**. »

« Pour fonctionner, l'accueil de jour doit disposer de personnels intervenant de **façon constante**, à temps plein ou à temps partiel :

- **infirmier,**
- **psychologue,**
- **aide médico-psychologique. »**

Remarque : le cahier des charges pose le postulat que la coordination médicale est assurée par les consultations mémoires de proximité.

« La **mission du psychologue** est tournée tant vers les **personnes accueillies** et l'ensemble de **l'équipe** que vers les **familles**, notamment sous forme de groupes de paroles. »

« **Les activités de stimulation cognitives, à orientation mnésique**, au sein d'un accueil de jour ne doivent être réalisées **qu'en étroite collaboration avec la consultation mémoire** du réseau (...). »

(2) Évaluation des accueils de jour :

- « Informations qui peuvent être aisément recueillies par l'accueil de jour pour **s'autoévaluer** »

(...) L'accueil de jour enregistre, pour chaque personne accueillie :

- - Son nom et prénom et le rythme de sa fréquentation hebdomadaire ;
- - La date d'entrée et de sortie de l'accueil de jour ;
- - Le(s) motif(s) de fin de suivi ;
- - Son poids.

Le score **MMS et le niveau de perte d'autonomie et leurs éventuelles variations** dans le temps sont enregistrés dans le dossier médical de chaque personne.

- Informations « qui relèvent d'une évaluation impliquant l'ensemble des acteurs du réseau. A ce titre, on enregistrera notamment les données relatives aux **relations organisées**, pour chaque personne accueillie, **avec son médecin traitant et la consultation mémoire** du réseau dans lequel s'inscrit l'accueil de jour. »

L'accueil de jour s'inscrit dans la palette des réponses offertes aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée vivant à leur domicile, il est appelé à **faire partie intégrante d'un réseau, coordonnant soins et aides**.

L'impact positif de l'accueil de jour sur le soutien à domicile d'une personne pourra être mis en évidence par le constat de la **continuité de sa vie à domicile sans recours à un hébergement ou, du moins, de façon plus tardive et mieux préparée**, voire acceptée tant par la personne aidée que par l'aidant.

En plus de l'identification administrative et des informations citées ci-dessus, le dossier comprend :

- les critères d'inclusion (dont le motif d'entrée)
- les correspondants : adresseur, médecin traitant, consultation mémoire, autres consultants personnalisés selon les besoins
- le Projet de vie individualisé
- les fiches de suivi (= MMS, poids, GIR ...)
- les différents courriers, compte rendu consultations mémoire ...

Article D312-9 du CASF et Décret du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour

La capacité minimale en accueil de jour est fixée respectivement à dix places pour les accueils de jour autonomes et à six places pour les accueils de jour adossés à un autre établissement (mentionné au 6o du I de l'article L. 312-1)

Les accueils de jour doivent proposer une solution de transport adaptée aux besoins des personnes accueillies.

À défaut, ils remboursent aux personnes accueillies ou à leurs familles les frais de transport qu'elles supportent, dans la limite du forfait transport.

Circulaire du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

« L'accueil temporaire (accueil de jour ou hébergement temporaire) (...) répond à **trois objectifs** :

- ↳ **prendre en charge ponctuellement les personnes en perte d'autonomie** qui souhaitent rester à domicile ;
- ↳ permettre une **période de répit et de suppléance** de l'aidant ;
- ↳ **répondre à des situations d'urgence** en matière d'hébergement »

« L'accueil de jour s'adresse aujourd'hui principalement aux personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée et vivant à domicile. Il répond à **trois besoins principaux** :

- ↳ **resocialiser la personne** dans le cadre d'un soutien à domicile ;
- ↳ **aider les familles à faire face** aux difficultés que représente l'accompagnement d'une personne âgée dépendante ;
- ↳ offrir un **accompagnement entre le « chez-soi » et l'établissement** permettant un temps d'adaptation à la collectivité.

Chaque personne doit bénéficier **d'un projet individualisé d'accompagnement** qu'il est souhaitable de **formaliser par écrit et de communiquer à l'aidant**.

Il convient à la fois de pouvoir proposer des activités adaptées et un accueil des familles ou des proches qui le souhaitent.

a) Le public cible de l'accueil de jour

L'accueil de jour s'adresse :

- ↳ **prioritairement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, au stade léger à modéré de la maladie ;**
- ↳ aux personnes âgées en perte d'autonomie physique, qui sont désireuses et en capacité de bénéficier d'un projet de soutien à domicile (capacité d'attention, capacité à participer aux activités proposées...).

b) Le projet de service de l'accueil de jour

« **Constituer des groupes homogènes** de malades et proposer un projet de service développé autour de quatre types d'actions :

- ↳ des activités visant la **stimulation cognitive** ;
- ↳ des activités et des actions favorisant une **meilleure nutrition** des personnes âgées dépendantes
- ↳ (confection des repas, surveillance du poids...) ;
- ↳ des actions contribuant au **bien-être et à l'estime de soi** déclinées par :
 - des **activités réalisées à l'extérieur** de l'accueil de jour qui concourent au maintien d'une vie ordinaire à domicile
 - des **techniques de relaxation et de détente** organisées à l'intérieur de l'accueil de jour ;
- ↳ des **activités physiques**.

Le projet de service détaille les catégories de personnel en charge des différents moments de prise en charge.

Une vigilance particulière est apportée aux préparations des repas (correspondant nutrition qui veille à l'application des prescriptions de **repas enrichi, d'adaptation des textures**).

Le projet de service prévoit un **circuit du médicament** (fourniture et gestion du stock des médicaments - ordonnance – préparation ou pas des piluliers - tableau de dispensation des médicaments).

c) L'implantation et les locaux de l'accueil de jour

Une implantation de l'accueil de jour permettant **l'insertion de la structure dans la vie de quartier** doit dans la mesure du possible être recherchée.

Des locaux d'un **accès aisé et non stigmatisant** Un **espace extérieur** (jardin ou terrasse) est **souhaitable** lorsque l'accueil de jour n'est pas implanté à proximité d'un square ou d'un parc.

La conception générale doit concilier le besoin de sécurité et la nécessité d'offrir aux personnes âgées **un cadre de vie dont l'ambiance s'apparente à celui d'un cadre de vie ordinaire**.

d) La place de l'accueil de jour dans le dispositif gériatrique existant

S'intégrer dans un système coordonné de soins et d'aides afin d'assurer le suivi de la personne **avec le médecin traitant et en concertation avec les professionnels.**

Articulation étroite avec une consultation mémoire de l'hôpital **ou un médecin spécialiste** libéral pour que chaque bénéficiaire de l'accueil de jour fasse l'objet d'un **diagnostic et que le stade d'évolution de sa maladie soit connu.**

Le **lien avec la consultation mémoire doit devenir un prérequis** des projets de service en accueil de jour ;

Collaboration avec les structures de soutien à domicile et les professionnels de santé libéraux.

Associer les associations d'usagers et de familles dans toute la mesure du possible. À ce titre, une **réunion des familles pourra être organisée une fois par an.**

2. L'ÉTUDE 2015

Objectifs du projet :

1. Lancer une réflexion autour du fonctionnement des Accueils de Jour de la Loire au-regard de leur projet initial et de l'autorisation donnée.
2. S'interroger sur la place des Accueils de Jour dans le dispositif départemental de prise en charge des personnes âgées et leur adéquation aux besoins des usagers et leur évolution.
3. Accompagner les Accueils de Jour pour mieux répondre à leurs missions, aux besoins et à l'évolution des usagers.

Expérimentation à deux volets :

1. Volet spécifique à chaque Accueil de Jour évalué.
2. Volet global: travail sur l'inscription des Accueils de Jour au sein des filières gérontologiques et préparation d'un cahier des charges pour un futur appel à projets.

Méthodologie

- Analyse en amont des données disponibles sur le fonctionnement des structures:
 - Données d'activité.
 - Éléments budgétaires et financiers.
 - Rapports d'évaluation interne et externe, le cas échéant.
 - Données transmises par les structures.
- Visite des 19 Accueils de Jour du département entre janvier et juin 2015:
 - Examen de l'adéquation de la prise en charge aux dispositions réglementaires et aux besoins des usagers: consultation des données disponibles, des documents et pièces, des dossiers individuels, visite des locaux, analyse de l'organisation du service.
 - Échanges avec les gestionnaires, professionnels, usagers et aidants.
- Recueil et analyse de données complémentaires auprès des partenaires lors de réunion
 - Centre Mémoire de Recherche et de Ressources
 - Consultations Mémoire du Département
 - Équipes sociales du Département de la Loire
 - MAIA
 - ESA

3. BILAN DE L'ÉVALUATION

Les 19 accueils de jour ligériens ont été évalués entre Janvier et Juin 2015.

7 Accueils de jour sont autonomes, 12 sont rattachés à un EHPAD.

13 Accueils de jour sont habilités à l'aide sociale ; 6 ne le sont pas.

Au total 205 places installées (21 places en attente d'installation).

Filière de Saint Etienne (98 places) :

- La rose des sables- EPHAD ORPEA- La Talaudière
- Les bergamotes – AIMV- Saint Etienne
- La maison d'Annie- EHPAD La Maison d'Annie- Saint Victor sur Loire
- La petite Sarra- EHPAD La Sarrazinière- Saint Etienne
- Accueil de jour mutualiste le Soleil- EHPAD Le soleil- Saint Etienne
- Le Sequoia- ADMR- Usson en Forez
- Les muriers- Maintien À Domicile du Forez- Andrézieux Bouthéon
- Les mots bleus- EHPAD- Chazelles Sur Lyon
- Accueil de jour- EHPAD MRL- Saint Just Siant Rambert

Filière du Forez (30 places) :

- Volubilis-Montbrison
- Carpe Diem- CH Forez- Feurs
- Plénitude-ADMR- Montrond les Bains

Filière de Roanne (36 places) :

- L'arbre aux papillons- EHPAD La Pacaudière- La Pacaudière
- Philemon et Baucis- CH Roanne- Roanne
- Anis et Framboise- EHPAD les gens d'ici- Saint Alban les Eaux
- Au fil des saisons- CH Saint Just la Pendue- Saint Just la Pendue

Filière de l'Ondaine (14 places) :

- ALOESS- Chambon Feugerolles

Filière de la Vallée du Gier (27 places) :

- Pôle Intergénérationnel- SOS Maintien À Domicile- Rive de Gier
- Accueil de jour- EHPAD La Renaudière- Saint Chamond

CONSTATS

La population accueillie est atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée à des stades modérés et sévères.

L'objectif de répit des aidants est prédominant. L'objectif thérapeutique n'est pas suffisamment développé (problématique de la population accueillie).

La dimension « soin » est peu lisible.

Attention à la méthode de calcul des taux d'occupation. Distinguer hébergement/ dépendance/ soins (Nb de journées facturés/ Nb de journées d'ouverture théorique)

Points forts :

Accompagnement, professionnalisme et implication des équipes.

Problématiques rencontrées :

- L'amont et l'aval
- Nécessité de mettre en place un travail de fonds avec les filières et les consultations mémoire (transmissions des rapports de visite notamment).
-
- Problématique du prix de journée financée par le résident et/ou famille. L'AJ est la 1^{ère} structure avec un impact financier sur les familles.
On constate que la participation à l'AJ est souvent fonction des droits ouverts avec l'APA.
- Beaucoup de dispositifs existants autour de la PA Alzheimer. Beaucoup de difficultés des médecins libéraux pour connaître et identifier les AJ. Certains ne voient aucun intérêt à orienter vers un AJ...
- Problématique autour de la prise en charge des transports. Inégalités marquées entre les structures AJ avec transports intégrés... et les autres.
- Situations des AJ différentes lorsque l'AJ est autonome (indépendance, mais aussi difficultés liées à l'isolement) et lorsque l'AJ est rattaché à 1 EHPAD.
La proximité d'un EHPAD ou d'un CH fait parfois "peur" aux résidents et familles, mais ces AJ bénéficient de l'appui logistique de leur "structure mère".
- Problématiques des AJ avec une plateforme de répit. Le positionnement est difficile entre les 2 structures. Manque de clarté dans les missions dévolues notamment pour la prise en charge de la psychologue. Nécessité de bien distinguer des locaux différents.
Constats : Les plateformes de répit sont souvent facteurs de déstabilisation dans le bon fonctionnement des AJ. Difficultés importantes pour chaque entité pour trouver sa place.
- Population peu connue (GMP, MMS)
- Manque d'indicateurs

Quelques chiffres

1) Tarifs 2015

	Tarif Hébergement moyen	Tarif Dépendance moyen		
		GIR1/2	GIR 3/4	GIR5/6
Département	32,06 €	24,35 €	15,45 €	6,56 €
Filière du Forez	31,54 €	25,94 €	16,46 €	6,98 €
Filière de l'Ondaine	47,58 €	16,47 €	10,45 €	4,43 €
Filière de Roanne	31,71 €	19,09 €	12,12 €	5,14 €
Filière de saint Etienne	31,07 €	26,37 €	16,73 €	7,10 €
Filière de la Vallée du Gier	30,20 €	27,36 €	17,36 €	7,37 €

2) Nombre de places et taux d'occupation

	Département	Filière de Saint Etienne	Filière du Forez	Filière de Roanne	Filière de l'Ondaine	Filière de la Vallée du Gier
Nb de places	205	98	30	36	14	27
Taux d'occupation 2014	74%	77%	67%	69%	99%	62%

3) Budget 2014

	Département	Filière de Saint Etienne	Filière du Forez	Filière de Roanne	Filière de l'Ondaine	Filière de la Vallée du Gier
Nb de places	205 dont 127 habilitées	98 dont 49 habilitées	30 habilitées	36 habilitées	14 dont 0 habilitée	27 dont 12 habilitées
Dépendance	620 942,69 €	344 990,22 €	82 139,12 €	70 903,47 €	38 006,75 €	84 903,13 €
Hébergement	672 600,97€	300 411,13 €	148 399,59 €	154 827,52 €	- €	68 962,73 €
Soins (18 AJ)	2 116 238,07€	1 038 376,57 €	322 385,61 €	338 417,94 €	110 737,95 €	306 320,00 €

4) Résultats financiers 2014

	Département	Filière de Saint Etienne	Filière du Forez	Filière de Roanne	Filière de l'Ondaine	Filière de la Vallée du Gier
Nb de places	205 dont 127 habilitées	98 dont 49 habilitées	30 habilitées	36 habilitées	14 dont 0 habilitée	27 dont 12 habilitées
Dépendance	-12 811,54 €	-29 335,89 €	1 781,99 €	-408,66 €	5 248,99 €	9 902,03 €
Hébergement (13 services habilités = 127 places)	13 572,25 €	300 411,13 €	20 430,42 €	-27 338,63 €	-€	-4 042,00 €
Soins (18 AJ soit 195 places)	303 448,32 €	179 700,10 €	51 204,52 €	9 032,35 €	-6 221,76 €	69 733,11 €

5) Effectifs lors de l'évaluation

	ETP
Direction administration	3,15
Médecin co	0,735
IDE/ cadre de santé	5,36
coordinatrice	1,3
Psychologue	2,04
ASH	6,22
AS/AMP	28,28
ASG	1,25
AVS	2,85
Ergothérapeute	0,94
Psychomotricien	0,04
Secrétaire	1
Animation	3,32
Cuisine	0,06
Chauffeur	1,75
Autre :	0,49
TOTAL Personnel	58,79

Les dispositions en termes de qualifications prévues dans le cahier des charges des accueils de jour ne sont pas toujours respectées.

En effet, tous les accueils de jour ne disposent pas de **façon constante**, à temps plein ou à temps partiel de :

- **infirmier,**
- **psychologue,**
- **aide médico-psychologique.**

6) Étude 2014 sur la population bénéficiaire de l'APA avec accueil de jour

Au cours de l'année 2014 598 bénéficiaires de l'APA avaient de l'accueil de jour valorisé dans leur plan d'aide.

581 personnes ont bénéficié d'au moins un financement accueil de jour.

	Flux entre le 01/01/2014 et le 31/12/2014	Au moins un financement entre le 01/01/2014 et le 31/12/2014	Stock au 31/12/2014
Forez	180	178	116
Gier Ondaine Pilat	123	121	81
Roanne	84	80	55
Saint Etienne	211	202	147
TOTAL	598	581	399

*Niveau de dépendance de la population APA bénéficiant de l'accueil de jour dans son plan d'aide
(entre le 01/01/2014 et le 31/12/2014)*

GIR	Nombre d'individus	%
2	159	24%
3	179	27%
4	317	48%
TOTAL	655	100%

Financement 2014 de l'accueil de jour par le Département

L'accueil de jour est pris en charge dans le cadre des plans d'aide APA dans la limite des plafonds définis par GIR.

Le financement est sur une base de 30€/Jour d'accueil (la participation de l'utilisateur (fonction des ressources) est déduite)

L'accueil de jour ne peut excéder 8 journées/mois.

En 2014, le Département a valorisé dans les plans d'aide APA 59 4217,24€.

Il a réellement **financé 25 086 jours d'accueil de jour pour un montant total de 574 600€** (soit 96,70% du montant accordé).

Reste à charge (hors frais de transport) :

Les personnes accueillies financent le tarif hébergement et le tarif dépendance. L'APA peut participer de manière forfaitaire (sur une base de 30€ par jour) aux dépenses liées à la dépendance (GIR 1 à 4).

La participation moyenne des bénéficiaires est de 23,76% du forfait de 30€ par jour.

Le Département finance donc en moyenne 76,24% du forfait soit 22,87€ par jour d'accueil.

Au regard des tarifs mentionnés ci-dessus, le reste à charge serait donc :

	(Tarifs hébergement + GIR 1/2) - Participation moyenne du Département	Tarifs hébergement + GIR 3/4 – Participation moyenne du Département	Tarifs hébergement + GIR 5/6
Département	33,54 €	24,64 €	38,61 €
Filière de Saint Etienne	34,56 €	24,93 €	38,17 €
Filière du Forez	34,61 €	25,13 €	38,52 €
Filière de Roanne	27,93 €	20,96 €	36,85 €
Filière de l'Ondaine	41,18 €	35,16 €	52,01 €
Filière de la Vallée du Gier	34,69 €	24,69 €	37,57 €

7) Point sur l'étude 2013 relative aux aidants

En 2013, le Département de la Loire a élaboré un questionnaire à destination des aidants familiaux de la Loire.

2877 questionnaires ont été envoyés aux bénéficiaires de l'APA (gir :1,2 et 3) accompagnés d'un courrier. Le bénéficiaire de l'APA était chargé de remettre le questionnaire à son aidant familial.

971 questionnaires ont été retournés.

La connaissance et l'utilisation des dispositifs d'aide de prise en charge

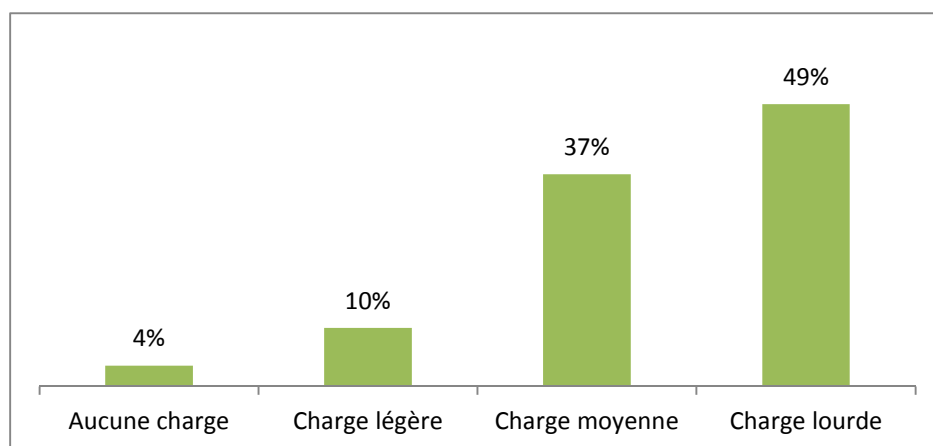
Une minorité des aidants connaissent l'existence des accueils de jour.

	Connaissance	Utilisation
Service d'aide à domicile	96%	90%
Service de soins à domicile ou infirmiers libéraux	88%	81%
Services sociaux (conseil général-caisses de retraite-maire)	66%	54%
Accueil de jour	40%	12%
Hébergement temporaire dans un établissement	40%	7%
Association liée à une pathologie	24%	4%
Groupe de parole, réunions de personnes aidants	23%	4%
Famille d'accueil	19%	0%

- Les aidants enfants connaissent mieux les dispositifs d'aide que les aidants conjoints.
- A l'inverse, les aidants conjoints utilisent davantage l'accueil de jour et l'hébergement temporaire que les aidants enfants. Ils participent plus souvent à des groupes de paroles et adhèrent à des associations liées à une pathologie.
- Plus l'aidant est âgé moins il connaît des dispositifs d'aide et moins il les utilise

Charge ressentie par l'aidant

86 % des aidants ressentent l'aide apportée comme une **charge importante**, soit une charge moyenne ou une charge lourde.



- Plus le lien familial est proche plus la charge ressentie est importante: 63 % des conjoints et 44 % des enfants ressentent une charge lourde.
- 12 % des aidants ont dû réduire leur temps de travail pour s'occuper de leur proche.

Facteurs de réussite

- Le soin
 - Existence d'une coordination médicale (lien avec l'extérieur, aide à la définition de la prise en charge, coordination avec corps médical extérieur si nécessaire)
 - Coordination avec les médecins et consultations mémoires
- Limites de la prise en charge définies en amont
- Formalisation d'un projet (même un projet de sortie)
- Lien entre projet personnalisé et objectifs des animations
- Zone urbaine ou semi urbaine (difficulté des zones rurales)
- L'AJ au sein du parcours. Lien et coordination avec les partenaires extérieurs (hébergement temporaire, EHPAD, MAIA)
- Les ESAD sont des dispositifs de diagnostic expert et d'accompagnement qui facilitent l'acceptation de la prise en charge en accueil de jour.
- Accompagnement des familles

Freins

Les obstacles au développement de l'accueil de jour (circulaire du 29 novembre 2011)

Outre que l'offre d'accueil de jour disponible sur les territoires n'est pas toujours connue des usagers, certains freins au recours à l'accueil de jour sont identifiés :

- le manque de lisibilité de l'offre sur le territoire ;
- le dispositif est peu connu par les professionnels libéraux ;
- la fréquente réticence des personnes âgées à sortir de leur domicile ;
- l'appréhension que peut susciter l'accueil de jour lorsqu'il est implanté dans un EHPAD ;
- le sentiment de culpabilité des aidants à l'idée de substituer une aide formelle, extérieure, à l'aide informelle qu'ils assument

L'étude quant à elle met en exergue les freins suivants :

- Manque de lisibilité du dispositif : maillage territorial parfois insuffisant avec les structures en amont, les médecins traitants et les structures en aval. Peu de communication autour de la dimension « soins ».
- Un diagnostic parfois tardif.
- Représentation sociale des Accueils de Jour (population accueillie, premier pas vers l'établissement)
- Obstacles financiers : prix de journée, reste à charge pour les familles, et prise en charge des transports.
- Problématique autour de la prise en charge des transports. Inégalités marquées entre les structures AJ avec transports intégrés... et les autres.
- Connaissance non exhaustive et suivi de la population accueillie et de l'activité (indicateurs)
- Certains territoires ne disposent pas d'une offre médicale et médico-sociale permettant l'anticipation des prises en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée (le roannais particulièrement).

4. RETOUR SUR LES BONNES PRATIQUES CONSTATEES

AMONT DE LA PRISE EN CHARGE EN ACCUEIL DE JOUR

1. Établir précisément l'origine des orientations faites pour les prises en charge en AJ (hôpital, médecin libéraux, consultation mémoire, ESAD...).
2. Améliorer l'amont pour permettre l'accueil de publics atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée à un stade léger ou modéré.
 - Faire connaître les prises en charge assurées par les AJ auprès des prescripteurs potentiels : médecins libéraux, consultations mémoires, neurologues, ESAD, MAIA, équipes médico-sociales du Département.
 - Communiquer avec les structures d'amont, sur la nécessité d'orienter les publics à un stade moins avancé de la maladie (adéquation avec la population cible du cahier des charges)

ACCUEIL

1. Identifier des coordonnées spécifiques à l'accueil de jour (AJ) : mail, téléphone
2. Mettre à jour régulièrement les documents relatifs à la loi de 2002 (projet de service, règlement de fonctionnement, contrat d'accueil, livret d'accueil). Tous ces documents doivent être spécifiques à l'AJ.
3. Renforcer la dimension « soins » dans les documents de présentation.
4. Définir préalablement les modalités d'accueil (critères d'admission) et/ou de réorientation des personnes les plus lourdement dépendantes (Donner des limites aux conditions d'admission)
5. Exiger le diagnostic de tous les patients pour avoir une meilleure qualification de la liste d'attente (au regard de l'avancé de la maladie) et mieux organiser la prise en charge de la personne accueillie.

ADMISSION

1. Définir une procédure d'admission (rôle de chacun, outils, critères d'admission clairs et précis etc.).
2. Prévoir, dès la procédure d'admission, qu'un courrier sera systématiquement envoyé au médecin traitant et au médecin spécialiste le cas échéant de la personne accueillie (à 1 mois) les informant du suivi effectué au sein de l'accueil de jour. Ce document, à visée informative, permettra à la fois de dresser un bilan de l'évolution de la personne accueillie, et de communiquer auprès des praticiens sur la dimension médicale de la prise en charge en accueil de jour.
3. Exiger un diagnostic précis des personnes accueillies dès l'admission (niveau de la pathologie, suggestions de prise en charge), et notamment un écrit systématique de la Consultation Mémoire le cas échéant.
4. Établir systématiquement une fiche de recueil d'information lors de l'admission.
5. Prévoir la présence, lors des entretiens d'admission, du médecin, du cadre infirmier et de la psychologue.
6. Prévoir la traçabilité de l'évaluation initiale dans le dossier.
7. Prévoir une mini-ZARIT systématique lors de l'admission en vue d'évaluer la fatigue des aidants et ainsi prévenir les situations de crise. Ce test permet d'identifier la surcharge de travail de l'aidant et ses répercussions sur le prendre soin de la personne malade.
8. Contrat de séjour:
 - Dans le contrat de séjour, préciser qu'il est préconisé que toute consultation médicale soit signalée à l'accueil de jour et sera suivie d'un envoi de courrier d'information au médecin sur les modalités et l'évolution de la prise en charge.
 - Préciser également dans ce document que l'accueil de jour est un lieu de soins qui ne peut fonctionner au profit de la personne accueillie qu'en étroite collaboration avec le médecin traitant et le médecin de la consultation mémoire.
 - Préciser les critères de sortie liés à la personne accueillie dans le contrat de séjour (comportement, aggravation de la maladie ne permettant plus la prise en charge en AJ...).
 - Définir les modalités de résiliation pour la personne accueillie.

PUBLIC

1. Être vigilant quant à l'adéquation de la population accueillie et la population cible (maladie légère et modérée).
2. Veiller à l'homogénéité des groupes suivant le niveau de la maladie (léger, modéré, sévère).
3. Nécessité d'évaluer à l'entrée, puis de manière régulière le MMS des personnes accueillies. Bilans à prévoir de manière régulière.
4. Mettre à jour régulièrement le GIR (une fois par an).
5. Identifier les patients en attente de place en EHPAD.

ELABORATION D'UN PROJET PERSONNALISE

1. Afin de structurer la prise en charge, privilégier 2 accueils par semaine. La participation à 3 jours doit rester une réponse à une situation exceptionnelle (hospitalisation du conjoint...).

2. Dossier individuel :

Prévoir un dossier individuel pour chaque personne accueillie intégrant:

- les éléments d'ordre administratif.
- Les éléments relatifs à l'environnement de la personne (familial notamment)
- le suivi des consultations médicales (courriers aux médecins traitants, ordonnances....).
- les projets personnalisés.
- les évaluations des MMS et GIR.
- les comptes-rendus de tous les entretiens avec le médecin et la psychologue.
- une évaluation des ateliers pour chaque personne accueillie (évaluation avant chaque visite, synthèse ou entretien).

3. Projet personnalisé :

- Formaliser pour chaque personne accueillie un projet individuel écrit (dans les 2 mois suivant l'admission) comprenant les principaux objectifs du projet de soins (prise en charge individuelle et accompagnement familial), ainsi que le projet à long terme de la personne.
- Élaborer ce projet en concertation avec les professionnels de l'accueil de jour, de la personne accueillie et sa famille, au cours d'un rendez-vous fixé à un mois après le premier accueil. Le projet peut être élaboré lorsque nécessaire en concertation avec la MAIA et les ESA.
- Prévoir la signature du projet personnalisé par la personne accueillie et sa famille, ainsi que sa transmission aux intéressés.
- En prévoir une réévaluation régulière.
- Mettre en place une gestion et un suivi informatisé de ce projet de vie.

MISE EN ŒUVRE DU PROJET

1. Identifier pour chaque atelier quel est ou quels sont les objectifs recherchés en terme de prise en charge. Cet outil pourra notamment servir à la définition du projet personnalisé.

→ Suggestion outil : Un tableau définissant pour chaque objectif recherché pour la personne, les activités appropriées et les modalités d'évaluation

2. Effectuer des synthèses régulières au cours de réunions pluridisciplinaires institutionnalisées.

3. Former le personnel régulièrement aux techniques d'animation et aux animations adaptées aux malades d'Alzheimer.

PRISE EN CHARGE EN SOINS

1. Identifier un temps de médecin et de l'IDE. Un ETP de médecin est une véritable plus-value dans la prise en charge.
2. Veiller à l'homogénéité des groupes suivant le niveau de la maladie (léger, modéré, sévère).
3. Prévoir une formation du personnel aux techniques d'animation adaptées aux malades Alzheimer.
4. Prévoir au niveau du tableau des effectifs un temps de coordination médicale dans la limite des dotations allouées par les tutelles.
5. Organiser la gestion du médicament :
 - Exiger les ordonnances à jour.
 - Suivre la mise à jour des ordonnances (Mettre en place une fiche récapitulative par jour par résident pour chaque médicament pour tous les jours de présence et un système d'alerte tous les 3 mois.

REEVALUATION DU PROJET

1. Évaluer de manière régulière la situation des personnes accueillies via le MMS (a minima une fois par an), ainsi que des évaluations régulières du GIR. En cas d'évolution de la perte d'autonomie (GIR), prévenir le Département et solliciter les familles pour demander une éventuelle révision du plan d'aide.
2. En cas de consultation de la personne accueillie chez son médecin (médecin traitant, neurologue, consultation mémoire), transmettre à ce dernier un courrier faisant le bilan de la prise en charge de la personne et des éléments sur la famille et le contexte d'accompagnement à domicile. Formuler, le cas échéant, des préconisations (fiche de liaison).
3. Prévoir à fréquence régulière (hebdomadaire ou mensuelle) une évaluation des ateliers pour chaque personne accueillie (conseil : employer une échelle visuelle d'évaluation).
4. Prévoir une évaluation des projets à 6 mois, puis annuelle, et institutionnaliser les temps d'échange autour de ces projets. La réévaluation du projet se fait avec la MAIA lorsque nécessaire.

PLACE DES FAMILLES

1. Impliquer les familles dès l'entrée (réunion des familles) avec énonciations des grands principes de fonctionnement (notamment transmission des ordonnances ; limites de la prise en charge en AJ...).
2. Prévoir une mini-ZARIT systématique lors de l'admission en vue d'évaluer la fatigue des aidants et ainsi prévenir les situations de crise. Ce test permet d'identifier la surcharge de travail de l'aidant et ses répercussions sur le prendre soin de la personne malade.
3. Effectuer des réévaluations régulières de la fatigue des aidants (une fois par an à minima).
4. Mettre à profit les temps d'intervention des psychologues pour travailler sur le suivi des personnes accueillies et le soutien des familles: soutien individuel, groupes de paroles thématiques programmés à l'avance (exemple de thème : Maladie Alzheimer et troubles apparentés/ troubles du comportement/les familles et leur souffrance/ aides possible/ anticiper les crises et la séparation).
5. Mettre en place une enquête de satisfaction régulière auprès de l'ensemble des personnes accueillies et des familles.
6. Constituer un CVS en vue d'échanger sur le fonctionnement de la structure (ou profiter, le cas échéant, d'un temps d'échange à l'issue d'un groupe de parole en direction des familles).
7. Accompagner et préparer les familles à la séparation avec leurs proches. Prévenir les familles dès l'admission que la prise en charge en AJ intervient de manière ponctuelle. La préparation pour une orientation vers une unité protégée en EHPAD notamment, peut être faite dès l'arrivée en AJ.

AVAL DE LA PRISE EN CHARGE :

1. Développer des orientations vers des prises en charge en Hébergement Temporaire (anticipation des sorties de l'AJ et répit aux familles), puis vers des unités adaptées en EHPAD.
2. Identifier et accompagner les personnes en attente de place en EHPAD.
3. Définir les modalités d'accueil et/ou de réorientation des personnes les plus lourdement dépendantes.
Préciser, dans le contrat de séjour les critères de sortie liés à la personne accueillie (comportement, aggravation de la maladie ne permettant plus la prise en charge en AJ....) afin de préparer les familles à la séparation dès l'arrivée.
4. Mettre à disposition des familles la liste des hébergements temporaires pour prévenir l'épuisement des aidants et préparer l'entrée en institution.
5. Mettre en place une brève fiche de liaison pour toute orientation en EHPAD, reprenant la synthèse des prises en charge (ou une simple transmission des courriers rédigés au cours de la prise en charge à destination des consultations mémoire et/ou des médecins traitants).

MOYENS DE LA MISE EN ŒUVRE

1. Prévoir au niveau du tableau des effectifs un temps de coordination médicale dans la limite des dotations allouées par les tutelles.
2. Veiller à ne pas dépasser le forfait « transports » alloué. La perspective du recours aux chèques Mutuelle (« Sortir Plus ») ou aux services à domicile qui effectuent du transport accompagné pourra être étudiée.
3. Préciser dans la plaquette d'accueil qu'une rétrocession du forfait transport est effectuée au profit des familles dans le respect des conditions réglementaires.
4. Encadrer la présence des bénévoles qui interviennent au sein de la structure (une attention sera observée quant à la confidentialité des situations).

INDICATEURS DE SUIVI

1. Établir annuellement un rapport d'activité, spécifique à l'accueil de jour, étayé d'indicateurs :
 - Population : GIR, GMP, MMS, âge, diagnostic et niveau de la maladie, durée moyenne d'accueil, fréquences d'accueil, Motif principal de l'admission (attente de place en établissement/ maintien de l'autonomie et des capacités/ répit de l'aidant).
 - Activité : absentéisme (fréquence et motifs), nombre d'entrées et origines des orientations, nombre de sorties et destination ou motifs, nombre de personnes accueillies dans l'année, taux de remplissage (hébergement/ dépendance/ soin)