





# SSIAD de l'hôpital intercommunal de la presqu'île

Avenue Pierre de la Bouexière BP 5419 44354 GUERANDE CEDEX

1.	ELEMENTS DE CADRAGE	3
1.1.	Presentation de l'organisme evaluateur	3
1.2.	Presentation de l'etablissement evalue	3
1.3.	CONTEXTE INSTITUTIONNEL.	4
1.3.1.	HISTORIQUE DE L'ETABLISSEMENT.	4
1.3.2.	CONTEXTE ACTUEL.	4
1.4.	Organisation.	4
1.4.1.	L'EQUIPE DE PROFESSIONNELS.	4
1.4.2.	Organigramme	5
1.5.	ÉLEMENTS LIES AUX PERSONNES ACCUEILLIES	5
1.5.1.	APPROCHE QUANTITATIVE.	5
1.5.2.	APPROCHE QUALITATIVE	5
1.6.	ENVIRONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT.	5
1.6.1.	ASPECTS ARCHITECTURAUX.	5
1.6.2.	IMPLANTATION ET CONTEXTE LOCAL ET REGIONAL	5
2.	DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D'EVALUATION EXTERNE	6
2.1.	OBJECTIFS DE L'EVALUATION EXTERNE.	6
2.2.	CADRE LEGAL DE L'EVALUATION.	6
2.3.	PROCEDURE D'EVALUATION, ORGANISATION ET DIFFICULTES	7
2.3.1.	LES ETAPES DE L'EVALUATION.	7
2.3.2.	LES SOURCES D'INFORMATION.	8
3.	CADRE EVALUATIF.	9
3.1.	CADRE LEGAL DE REFERENCE	9
3.1.1.	ÉLEMENTS GENERAUX.	9
3.1.2.	ÉLEMENTS SPECIFIQUES AUX SSIAD	9
3.2.	RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES APPLICABLES.	10
3.3.	Sources documentaires.	11
3.4.	QUESTIONNEMENT EVALUATIF	12
4.	ANALYSE ET PRECONISATION.	12
4.1.	Synthese du referentiel d'evaluation	13
4.2.	APPRECIATION GLOBALE DES ACTIVITES ET DE LA QUALITE DES PRESTATIONS (DECRET 2007-975, CHAPITI	RE II, SECTION 2). 13
4.3.	ANALYSE DES ACTIONS REALISEES SUITE A L'EVALUATION INTERNE (DECRET 2007-975, CHAPITRE II, SECT	ion 2) 15
4.4.	CONSTATS, ANALYSES ET PRECONISATIONS SELON LE REFERENTIEL D'EVALUATION.	17
5.	CONCLUSIONS.	42
6.	ANNEXES.	43
6.1.	SYNTHESE DE L'EVALUATION EXTERNE (3.5 DE LA SECTION 3 DU CHAPITRE V DE L'ANNEXE 3- 10 DU CODI	DE L'ACTION SOCIALE ET
DES FAM	IILLES).	43
6.2.	ABREGE DU RAPPORT	50
6.3.	COMPOSITION DE L'EQUIPE D'EVALUATION	58
6.4.	ENGAGEMENT DE DEONTOLOGIE	60
6.5.	DECLARATION SUR L'HONNEUR DES EVALUATEURS	61
6.6.	CALENDRIER DE REALISATION	
6.7	CONTRAT D'EVALUATION EXTERNE ET QUESTIONNAIRE EVALUATIE	62

#### 1. ÉLEMENTS DE CADRAGE.

#### 1.1. Présentation de l'organisme évaluateur.

Nom de la société : A.D.Q. Conseils Sarl Gérant : Marc HOLZHAMMER

Coordonnées : 6, rue des Lilas

57200 Blies Ebersing

 Tél:
 06.77.52.31.95

 Mail:
 mh@adq-conseils.fr

 N° Anesm:
 H2010-03-351

 Siret:
 48019321800017

Code NAF: 7022Z

#### 1.2. Présentation de l'établissement évalué.

Nom de l'établissement : SSIAD de l'hôpital intercommunal de la presqu'île

Mme Marie Thérèse RUSSON, infirmière

Responsable de l'établissement : coordonnatrice

Référent pour l'évaluation Mme Marie Thérèse RUSSON

interne:

Coordonnées: Avenue Pierre de la Bouexière BP 5419 44354

GUERANDE CEDEX

02 40 62 64 62

Organisme gestionnaire : Hôpital intercommunal de la presqu'île

Monsieur Daniel DUMORTIER, directeur

Responsable de l'organisme :

Référent pour l'évaluation

externe:

Coordonnées : Avenue Pierre de la Bouexière BP 5419 44354

**GUERANDE CEDEX** 

Mme Marie Thérèse RUSSON

02 40 62 64 62

Forme juridique Service de l'hôpital

N° Siren 264 403 106

1 00083 SSIADPA

Arrêté ARS du 3 février 2012 autorisation de

N° d'autorisation : création 10 places SSIAD Alzheimer (ESA)

Date prévisionnelle de Calendrier dérogatoire Janvier 2017

renouvellement:

Nombre de places/lits : 152 places :

137 places pour personnes âgées 5 places pour personnes handicapées

10 places d'ESA

#### 1.3. Contexte institutionnel.

#### 1.3.1. Historique de l'établissement.

Le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) a débuté sous la forme associative puis a été repris en gestion par l'hôpital intercommunal de la Presqu'île de Guérande –Le Croisic (HIPI) à partir de l'année 2003. Le service a constamment augmenté de capacité depuis cette reprise :

ARRETE DU	2003	02.11.2006	08.11.2007	20.09.2008	08.09.2009	31.03.2010	30.11.2010
PLACES	40	+12	+12	+20	+10	+10	+11
PLACES			+5				
<b>HANDICAPES</b>							
TOTAL	40	52	69	89	99	109	120

#### 1.3.2. Contexte actuel.

L'autorisation du SSIAD et de l'ESA est fixée par arrêté n°ARS-PDL/DAS/DAMS/PA/16/2012/44 du 03 février 2012 portant autorisation d'extension de 10 places du SSIAD de Guérande pour réaliser une prestation de soins de réhabilitation et d'accompagnement auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (ESA) du service de soins à domicile de Guérande géré par l'Hôpital Intercommunal de la Presqu'île de Guérande.

La capacité totale du SSIAD est en conséquence portée à 152 places réparties comme suit :

- 137 places pour les personnes âgées
- 5 places pour les personnes handicapées
- 10 places d'ESA

	Nombre de places	Taux d'occupation 2012	Journées
SSIAD personnes âgées	137	91.5%	37 498
SSIAD personnes handicapées	5	89.5%	1 634

#### 1.4. Organisation.

#### 1.4.1. L'équipe de professionnels.

FONCTION	ETP
Adjoint administratif	0.75
Aide médico-psychologique	0.75
Aide-soignant	31.1
Ergothérapeute	0.5
Infirmier	3
Psychomotricien	0.5

Le SSIAD peut également s'appuyer sur les infrastructures de l'HIPI et en particulier sur le service ressources humaines, le service financier, la commission qualité et les services techniques.

#### 1.4.2. Organigramme.

#### SERVICE DE SOINS INFIRMERS A DOMICILE

HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE



 Validation

 Nom, Fonction
 Daniel DUMORTIER Directeur

 Date
 01/04/2014

 Visa
 Visa

Lien hiérarchique

Au 1<sup>er</sup> avril 2014 le service intervient au domicile pour une autorisation de 142 bénéficiaires : 137 personnes âgées et 5 personnes handicapées.

La durée moyenne de prise en charge est de 688 jours. 54% des bénéficiaires sont pris en charge par le service depuis plus d'un an.

#### 1.5.2. Approche qualitative.

L'âge moyen des bénéficiaires s'élève à 82,19 ans, 79,90 ans pour les hommes et 83,68 ans pour les femmes.

Le Gir Moyen Pondéré du service est évalué à 612 pour une moyenne nationale à 680.

#### 1.6. Environnement de l'établissement.

#### 1.6.1. Aspects architecturaux.

Le service est hébergé dans une maison de ville, dans l'enceinte de l'hôpital.

1.6.2. Implantation et contexte local et régional.

Le territoire couvert par le service est étendu :



Le SSIAD travaille en partenariat avec les services d'aide à domicile : entre autre CCAS de Guérande et ADAR, il intervient également aux logements-foyers de Guérande, Le Croisic et La Baule.

#### 2. Descriptif de la procédure d'évaluation externe.

#### 2.1. Objectifs de l'évaluation externe.

Les objectifs de l'évaluation externe sont définis par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 relatif au cahier des charges de l'évaluation externe, à savoir :

- Porter une appréciation globale sur l'établissement
- Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne.
- Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques
- Élaborer des propositions et/ou préconisations

#### 2.2. Cadre légal de l'évaluation.

L'évaluation externe a été réalisée dans le respect le plus strict des textes suivants :

- Le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 (fixant le contenu du cahier des charges).
- Décision n° 2012002 du 11 mai 2012 relative à la mise en œuvre des dispositions de suivi des organismes habilités et prestataires inscrits au titre de l'article L.312-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).
- **Décret n° 2012-147du 30 janvier 2012** relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.
- Le **décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010** relatif aux calendriers des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.

#### 2.3. Procédure d'évaluation, organisation et difficultés.

Les étapes de la procédure d'évaluation sont les suivantes :



#### 2.3.1. Les étapes de l'évaluation.

Etape 1 : Préparation de l'évaluation externe			
Contenu de l'étape	Réalisé le	Difficultés rencontrées	
Transmission de la liste des	07/03/2014	Pas de difficultés	
documents			
Préparation du cadre évaluatif et du	19/03/2014	Pas de difficultés	
planning d'intervention sur site.			
Validation du cadre évaluatif	02/04/2014	Pas de difficultés	

Etape 2 : Evaluation sur site (Planning, voir en annexe)			
Contenu de l'étape	Réalisé le	Difficultés rencontrées	
Réalisation de la réunion d'ouverture	17/04/2014	Pas de difficultés	
Entretiens et recueil des informations	17/04/2014	Pas de difficultés	
Présentation des conclusions	17/04/2014	Pas de difficultés	

Etape 3: Rapport			
Contenu de l'étape	Réalisé le	Difficultés rencontrées	
Remise du pré-rapport	25/05/2014	Pas de difficultés	
Remise du rapport final	28/07/2014		

#### 2.3.2. Les sources d'information.

Le personnel		
Interviews individuelles	Entretiens collectifs	
IDE coordinatrice	Directrice des soins-IDE coordinatrice-Responsable	
Secrétaire	qualité	
IDE adjointe ESA	IDE adjoints	
IDE adjoint	IDE adjointe ESA+2 ASG	
	IDE coordinatrice-IDE adjoints-Responsable qualité	
	1ASG-4AS	
	Ergothérapeute-Psychomotricien-IDE coordinatrice	

Le public	
Usagers	Représentants des usagers
2 usagers SSIAD + 2 aidants familiaux	
2 usagers ESA + 2 aidants familiaux	

Les partenaires		
Partenaires locaux	Partenaires institutionnels	
CCAS		
ADAR		

Eléments documentaires consultés sur site		
Documents cadres	Documents opérationnels	
(convention, procédure,)	(dossiers, enregistrements, courriers,)	
Nouveau livret d'accueil et règlement de	Fiche observation médicale d'entrée- Plaquette	
fonctionnement-Procédure de gestion du dossier	SSIAD-Plaquette ESA-	
patient SSIAD/ESA-Modèle de convention avec les		
professionnels libéraux-Poster de présentation		
« création et développement ESA »		

#### 3. Cadre évaluatif.

#### 3.1. Cadre légal de référence.

#### 3.1.1. Éléments généraux.

- o Code civil.
- o Code de l'action sociale et des familles.
- o Code de la santé publique.
- o Code de la sécurité sociale.
- o Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.
- o Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- o Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- o Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs vulnérables.
- o Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- o Circulaire DGA 5/SD 2 n° 2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales.
- o Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil et arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie.
- o Circulaire n° 2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et des maltraitances notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables.
- o Décret n° 2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée.
- o Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement.
- o Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge.
- o Décret n° 2005-1367 du 2 novembre 2005 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation.
- o Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le Code de la santé publique.

#### 3.1.2. Éléments spécifiques aux SSIAD

- o Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées
- o Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (en partie abrogée par la loi 2005-102 du 11 février 2005).
- o Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- o Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- o Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et

- d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Abrogé par le Décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005, à l'exception de l'article 19
- o Modifié par Décret n°2007-793 du 9 mai 2007 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des établissements mentionnés au I bis de l'article L.313-12 du code de l'Action sociale et des familles. –art.6
- o Décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005
- o Circulaire DGAS/2C n°2005-111du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile
- o Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 Hôpital Patient Santé Territoire.
- o Loi n°2005-370 du 22 avril 2005, art.13, relative aux droits des malades et à la fin de vie,
- o Décret n°2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs art. 1
- o Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.
- o Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan« Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 (annexes 5 et 6) (référentiel d'activité et de compétences des ASG)
- Décret n°2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré.
- o Circulaire DGCS/SD3A/2011/110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure 6)
- o Code de l'Action sociale et des familles :
- o Article D 312-1 à D. 312-5-1 du C : prestations délivrées par les SSIAD
- o R 314-105 Principes de Financement des établissements et services
- o R 314-137 et R 314-138 : Financement des Services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées ou personnes handicapées adultes

#### 3.2. Recommandations de bonnes pratiques applicables.

#### Recommandations « tous secteurs »

- o Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique
- o L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes
- o Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux
- o Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service
- o Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement
- o Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile
- o La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles
- o Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement
- o Les attentes de la personne et le projet personnalisé
- o La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre
- o Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses

#### Recommandations spécifiques

- o Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile
- o Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement document réalisé conjointement par l'Anesm et la HAS
- o L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes
- o L'accompagnement à la santé de la personne handicapée

#### 3.3. Sources documentaires.

Les informations ont étés recueillies sur la base des documents obligatoires suivants (selon annexe 3-10 CASF, Chap. II, Section III 3.1).

Documents obligatoires	Documents transmis
Tout document public permettant d'identifier la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social	Répertoire SIREN
Une copie de l'autorisation ou de la déclaration avec un descriptif des activités, des publics accueillis, un organigramme et un document relatif aux personnels : effectifs en poste, répartition par catégorie.	Arrêté ARS du 3 février 2012 d'autorisation de création de 10 places SSIAD Alzheimer (ESA)
Le projet d'établissement et autres documents de référence utilisés : charte, supports de démarche qualité	Projet SSIAD 2011
Le livret d'accueil de l'établissement remis à chaque personne accueillie	Plaquette d'information SSIAD Plaquette d'information ESA
Le règlement de fonctionnement	Règlement de fonctionnement SSIAD Règlement « <i>intérieur »ESA</i>
Les comptes rendus du conseil de la vie sociale ou de toute autre forme de participation conformément à l'article L. 311-6	Bilan enquête de satisfaction SSIAD 2013 Listing des procédures et protocoles
Les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité	Affiche DARI
Les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation	Rapport d'autoévaluation SSIAD Rapport d'évaluation interne SSIAD
Une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne	Plan d'actions évaluation interne SSIAD

Et des documents complémentaires suivants :

Contrat de prise en charge SSIAD et ESA

#### 3.4. Questionnement évaluatif.

Le questionnaire évaluatif a été réalisé sur la base du référentiel d'évaluation interne utilisé par la structure dans le cadre de son évaluation interne.

Il se présente sous la forme d'une grille d'évaluation spécifique qui comprend :

- Les axes et thèmes d'évaluation hiérarchisés.
- Les questions évaluatives.
- Les aspects spécifiques à l'établissement sur la base de son projet d'établissement et de son évaluation interne.

(Voir en annexe : « Questionnaire évaluatif »)

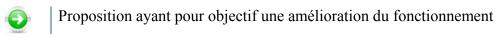
#### 4. ANALYSE ET PRECONISATION.

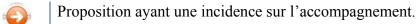
Dans l'ensemble de l'analyse ci-dessous, l'échelle des graphes est la suivante :

Existence de procédures orales	Fonctionnement stable	Organisation définie planifiée	Organisation suivie et maîtrisée	Amélioration pilotée
« Les choses ne se passent pas si mal »	« Les pratiques sont constantes dans le temps »	« Cela se déroule comme prévu »	« La situation est sous contrôle »	« Les pratiques sont constamment revues et améliorées»
1	2	3	4	5

Le niveau d'analyse – sans mention contraire – reflète une analyse consécutive aux informations collectées. Les analyses utilisant les méthodes d'interprétation des données sont mentionnées spécifiquement.

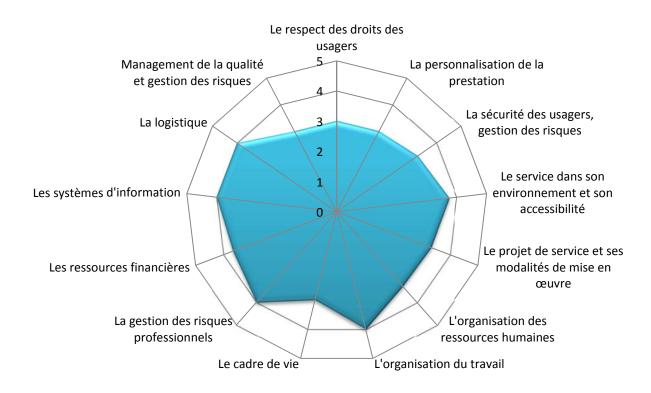
Dans le cadre des préconisations les priorités sont formulées en regard des critères suivants :





Préconisation prioritaire ayant une incidence forte liée soit à l'accompagnement, soit sur des facteurs risque pour l'usager ou pour les professionnels, soit à la législation.

#### 4.1. Synthèse du référentiel d'évaluation.



# **4.2.** Appréciation globale des activités et de la qualité des prestations (décret 2007-975, chapitre II, section 2).

# Adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties.

Le projet de service a été rédigé en décembre 2010, validé en avril 2011. Dans son introduction il est indiqué une durée de validité de trois ans, il est donc échu au moment de l'évaluation externe.

Le projet présente 11 objectifs que l'on peut répartir en 4 axes :

A- accompagnement de l'usager : améliorer le contenu du dossier pour une meilleure connaissance, prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers

B- accompagnement des aidants : questionnaire de satisfaction

C- coordination : réunion de concertation

D- plan de formation : troubles du comportement, toucher-massage

Les objectifs sont en adéquation avec les besoins des usagers, les besoins des professionnels et les missions imparties.

Ce projet ne présente pas les objectifs de l'équipe mobile Alzheimer qui a été autorisée le 03 février 2012.

Si l'on se réfère à la réponse à l'appel à projet, l'ESA répond à deux objectifs du projet SSIAD :

fiche action n° 2 optimiser la prise en charge de la personne ayant des troubles du comportement fiche action n° 3 aider et soutenir l'entourage pour que la personne reste à domicile le plus longtemps possible.

#### Cohérence des différents objectifs entre eux.

Il apparait cohérent d'améliorer le contenu du dossier et de former les soignants aux pathologies pour un meilleur accompagnement de l'usager. Les objectifs de prévention ou de soins concernant les escarres, la douleur, la constipation, la fin de vie convergent vers une amélioration de la qualité de vie au domicile. Quant au soutien de l'entourage il est primordial pour l'usager et le service.

La présence complémentaire des compétences particulières de l'équipe ESA renforce la cohérence du projet. Les objectifs apparaissent cohérents entre eux.

#### Adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place.

Les moyens humains mis en place sont adaptés aux objectifs du SSIAD. Le service ne présente jamais un taux d'occupation de 100%. L'équipe ESA est, en revanche, victime de son succès immédiat et confrontée à une demande importante à laquelle elle ne peut répondre. La file active est de 25 personnes pour 10 places, le délai d'attente s'élève à 3 mois.

#### Existence et pertinence de dispositifs de gestion et de suivi.

L'état d'avancement du projet de service est formalisé à la fin 2010, dans les fiches actions.

Le service a rédigé, en fin d'année 2010, un projet 2011/2014 présentant des échéances pour certaines actions en fin 2008.

Les fiches actions présentent une évaluation à fin 2010 soit à la date d'écriture du projet.

Les objectifs du projet du SSIAD ont été intégrés aux Programme d'Amélioration Continue (PAC)

Devant ces difficultés méthodologiques, la pertinence des outils de suivi du projet de service ne peut être établie.

# Appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs.

Les entretiens ont recherché le degré d'atteinte des objectifs du projet de service que l'on peut estimer à 70%. La coordination avec les services d'aide à domicile est effective, les conventions sont signées, les réunions institutionnelles ont lieu une fois par an et la collaboration à domicile est instaurée. Un travail d'élaboration d'un classeur unique au domicile du patient est actuellement porté par le CLIC.

La prévention des risques a fait l'objet d'un travail d'élaboration de procédures, de formation du personnel à l'utilisation des échelles d'évaluation (BRADEN, AGLO+) ou de fiches de suivi (selles).

Les places ouvertes aux personnes handicapées sont maintenant utilisées.

Les objectifs 1, 2 et 9 concernant la formation des personnels au toucher-massage, aux troubles du comportement et aux soins palliatifs sont les moins avancés. Dans le premier cas, le service a décidé de confier la formation en interne aux deux soignantes compétentes en toucher-massage. Dans le second cas, la présence des professionnels de 1'équipe ESA répond en partie aux besoins et dans le troisième cas les soignants formés aux soins palliatifs niveau 1 peuvent être formés au niveau 2 sur volontariat.

#### Appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés.

Les visites à domicile ont permis d'entendre la satisfaction des usagers et des aidants. Les résultats des enquêtes de satisfaction corroborent leurs propos.

La satisfaction des usagers s'appuie essentiellement sur les interactions humaines mises en place par les soignants et sur la disponibilité de l'encadrement.

#### Conditions d'efficience des actions et de réactualisation régulière de l'organisation.

Le service a besoin du soutien méthodologique de la responsable qualité pour élaborer son prochain projet de service qui devra mettre en valeur les actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance en s'appuyant sur les RBPP. Des indicateurs d'évaluation suivis, en particulier pour l'ESA, permettront de valoriser les effets de l'accompagnement.

# **4.3. Analyse des actions réalisées suite à l'évaluation interne** (décret 2007-975, chapitre II, section 2).

#### Appréciation sur les priorités et modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne.

L'évaluation interne a été effectuée en 2013 selon le référentiel UNASSI. Ce référentiel présente l'avantage d'avoir été conçu spécifiquement pour et avec des Services de Soins Infirmiers A Domicile, d'être organisé autour de 7 axes dont 4 axes correspondent spécifiquement à la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « l'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes ».Dans le cas du SSIAD de l'HIPI, certains axes relèvent d'avantage de l'évaluation des fonctions transversales de l'hôpital que de celles du service : logistique, RH, finances, qualité dans la mesure où le SSIAD est un service de l'HIPI

Deux groupes de travail ont produit l'auto-évaluation :

- Un groupe de travail multi-professionnel a été créé suite à un appel à candidature pour traiter les critères relatifs à la prise en charge des patients du SSIAD.

Il est composé d'un représentant des usagers, de l'IDE coordinatrice, de deux IDE adjoint, de quatre aidessoignantes du SSIAD / ESA, et de la directrice des soins.

Il s'est réuni à quatre reprises.

- Le directoire, composé de représentants de la direction et du corps médical, avec la participation de l' IDE coordinatrice du SSIAD pour traiter les critères relatifs au pilotage de l'établissement et du service. Il s'est réuni une fois.

Les appréciations des usagers ont été relevées dans les réponses à l'enquête de satisfaction annuelle 2011/2012.

### Appréciation sur la communication et la diffusion des propositions d'améliorations et l'implication des acteurs.

Certains membres du personnel ont été impliqués dans les groupes de réflexion. Ils ont partagé avec leurs collègues au cours des réunions de service. Les propositions d'amélioration n'ont pas été diffusées de façon formelle à l'ensemble du personnel, ni aux usagers

#### Mise en œuvre des mesures d'amélioration et de l'échéancier de cette mise en œuvre.

Un échéancier présente 22 actions et 3 objectifs pour la période allant du dernier trimestre 2013 au dernier trimestre 2015. Cet échéancier est suivi par la responsable qualité.

A la date d'évaluation externe les trois objectifs sont notés en cours. Il s'agit de :

- chaque usager à une synthèse par an. Objectif prévu pour la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2014, non atteint.
- calculer l'IMC pour les patients à risque au SSIAD. Objectif prévu pour le 2<sup>ème</sup> trimestre 2014
- améliorer la formalisation du projet personnalisé au SSIAD et intégrer la signature du patient dans l'outil de traçabilité. Objectif prévu pour le 2ème trimestre 2014

Les 10 actions suivantes sont effectuées dans les délais c'est-à-dire avant le 2ème trimestre 2014. Nommer un référent escarre. Nommer un référent douleur. Mettre en place un relevé d'observations et réclamations orales. Revoir la grille "recueil de la vie sociale" utilisé au SSIAD au regard de la fiche "histoire de vie" utilisée en EHPAD. Optimiser la coordination avec les services d'aide à domicile. Adapter l'état des lieux des situations à risque de maltraitance pour le domicile, au regard des recommandations de l'ANESM. Formaliser les documents à transmettre par le SSIAD dans le cadre d'un relais de prise en charge. Formaliser les règles de gestion / le règlement intérieur du dossier patient du SSIAD précisant les règles d'accès, de partage, de communication et de conservation des données.

Revoir la fréquence de mise à jour de la grille AGGIR

Mieux formaliser l'identification des risques inhérents à la prise en charge dans le projet personnalisé.

4 actions sont en cours, délai prévu 4 ème trimestre 2014:

Elaborer les profils de poste des IDE (en cours), psychomotricien, ergothérapeute de l'ESA/ SSIAD.

Informer les professionnels des documents institutionnels sur la bientraitance existants.

Se rapprocher de la diététicienne pour dispenser les conseils adaptés (plaquette d'information).

Attribuer à chaque patient un référent soignant.

Les 8 actions suivantes sont prévues pour des échéances plus lointaines et restent à mettre en œuvre :

Formaliser un protocole de conduite à tenir en cas de chute à domicile.

Nommer un ou deux référents chute pour participer au groupe chute.

Mener une réflexion sur l'informatisation du dossier patient.

Créer une fiche d'entretien initiale, comprenant la traçabilité des conseils d'aménagements.

Réfléchir au suivi du respect des conditions de sécurité, notamment électriques, précisées dans le règlement de fonctionnement du SSIAD.

Intégrer dans la fiche d'entretien initiale par l'IDE, le recueil de l'accord de l'usager pour solliciter son entourage dans l'implication du maintien de l'autonomie.

Formaliser dans le projet de service du SSIAD la liste des structures sanitaires et médico-sociales participant à l'accompagnement de l'usager, les ressources de l'environnement local.

Ajouter dans le projet de service du SSIAD la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance.

#### Présentation des modalités de suivi et bilan périodique

Le service bénéficie du soutien de la commission qualité de l'HIPI.

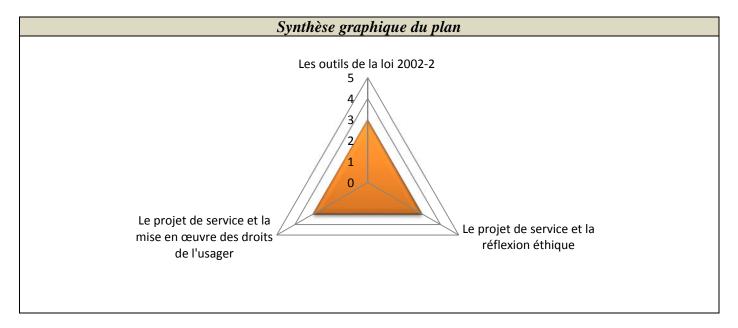
La responsable qualité élabore un tableau de suivi du plan d'amélioration qualité (PAC). Ce tableau reprend notamment les actions d'amélioration issues de l'évaluation interne et du projet de service, le nom du pilote de l'action, l'échéance initiale, l'échéance issue de l'évaluation interne et la date de réalisation. La date d'échéance initiale est toujours conservée en mémoire afin de motiver le pilote de l'action.

La procédure d'évaluation interne a fait prendre conscience au service d'un certain retard en matière de formalisation des outils prévus par la Loi 2002-2. L'équipe a décidé de rattraper ce retard pour la date d'évaluation externe et a fourni un effort notable. Le jour de l'évaluation externe les nouveaux documents ont pu être remis aux évaluateurs : livret d'accueil SSIAD, livret d'accueil ESA, et les nouvelles versions du règlement de fonctionnement et du contrat individuel de prise en charge

#### 4.4. Constats, analyses et préconisations selon le référentiel d'évaluation.

Plan 1 : Le respect des droits des usagers

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	Inclus PAQ ?
1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.	Oui
4. Effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits	Oui
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.	Oui
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.	Oui
13. Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.	Oui



#### Sous-plan 1.1 : Les outils de la loi 2002-2

#### Analyse

Les visites à domicile ont permis de constater pour l'ESA : la présence d'un contrat individuel de prise en charge signé, d'un règlement de fonctionnement et d'une plaquette de présentation du service. Le projet personnalisé était présent dans un cas sur deux.

Pour les usagers du SSIAD, les visites ont permis de constater la présence ou non au domicile d'un contrat individuel de prise en charge (Néanmoins, 100% des patients ont un contrat présent dans leur dossier de soins au SSIAD). Ce contrat peut ne pas être signé (dans environ 10% des cas).

Les entretiens ont démontré qu'environ 40% des usagers avaient reçu la nouvelle version du contrat individuel de prise en charge.

Le livret d'accueil incluant les chartes « droits et libertés de la personne dépendante » et « droits et libertés de la personne accueillie », fait référence à la loi « informatique et libertés », présente les modalités d'accès au dossier de l'usager, les modalités de saisine d'une personne qualifiée, les modalités d'assurance du service et les responsabilités de l'usager en la matière.

Le règlement de fonctionnement reprend les modalités de plaintes et réclamations.

Ces documents viennent d'être réécrits (validés le 7/04/2014) et ne sont pas encore distribués.

#### Sous-plan 1.2 : Le projet de service et la réflexion éthique

#### Analyse

Le projet de service décline les missions et les valeurs du service : respect et professionnalisme. La place de la famille est rappelée ainsi que la nécessité pour le soignant de travailler en collaboration avec celle-ci.

Toutefois, le projet ne fait pas référence aux RBPP de l'ANESMS et aux modalités mises en place pour la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance. Egalement le projet de service ne fait pas référence aux outils de la Loi 2002-2 et n'aborde pas la notion de confidentialité.

#### Sous-plan 1.3 : Le projet de service et la mise en œuvre des droits de l'usager

#### Analyse

Le projet de service écrit en 2010 ne fait pas référence aux outils de la Loi 2002-2.Il est diffusé aux professionnels dans l'intranet mais n'est pas diffusé aux usagers.

Le livret d'accueil et les nouveaux règlements de fonctionnement et DIPC ne sont pas encore à disposition de tous les usagers.

Les modalités d'information sont, jusqu'à présent, surtout orales et la traçabilité des différentes autorisations ou accords donnés par l'usager n'est, jusqu'à présent, pas en place.

#### Points remarquables du plan

Le projet de service décline les missions et les valeurs du service : respect et professionnalisme (RBPP Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, Chap. 2 les thématiques à traiter). pertinent

La place de la famille est rappelée ainsi que la nécessité pour le soignant de travailler en collaboration avec celle-ci (RBPP La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre Repère 3-1. Travailler avec l'entourage et respecter les relations de l'usager avec ses proches)

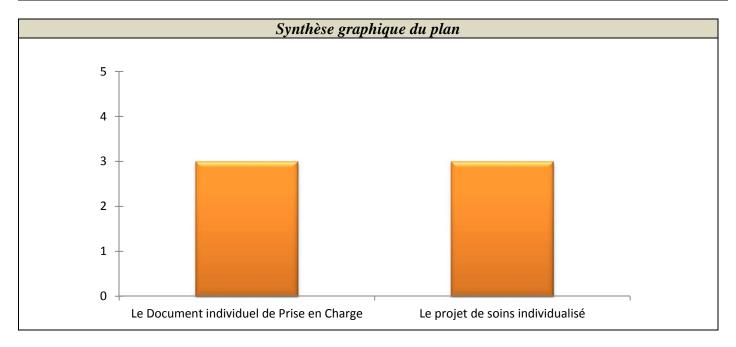
#### Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).

Ecrire le projet de service 2014 en faisant référence aux outils de la Loi 2002-2 et aux RBPP avec la participation des usagers, des professionnels et des partenaires (RBPP Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service).

Diffuser à tous les usagers le projet de service, le livret d'accueil et le nouveau règlement de fonctionnement de l'établissement (CASF : art L311-8, L311-4, L311-7)

Plan 2 : La personnalisation de la prestation

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	Inclus PAQ ?
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'usager par ce projet.	Oui
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.	Oui
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.	Oui
9. Prise en compte des facteurs de risque.	Oui



#### Sous-plan 2.1 : Le Document individuel de Prise en Charge

#### Analyse

100% des patients disposent d'un DIPC (environ 40% des usagers disposent de la nouvelle version du DIPC). Tous l'ont signé. Le service a pris conscience des informations réglementaires manquantes lors de l'évaluation interne.

Lorsque le service ne peut répondre aux besoins et /ou attentes de l'usager, il l'oriente vers le CLIC.

#### Sous-plan 2.2 : Le projet de soins individualisé

#### Analyse

Le service intervient sur prescription médicale. Le SSIAD a formalisé une fiche de synthèse « observation médicale d'entrée »qui est complétée par le médecin traitant.

La fiche relate les antécédents médicaux et chirurgicaux, les addictions, les allergies médicamenteuses et l'histoire de la maladie.

Lors de l'admission, l'infirmière coordinatrice se rend au domicile pour effectuer une première évaluation des besoins et établir un plan d'intervention (jours, moments et durée des passages).

La première prise en soins est effectuée par un binôme infirmière et aide-soignante. L'aide-soignante devient la référente du patient, chaque aide-soignante est référente de 5 à 6 patients. Un plan de soins est formalisé puis pendant les 15 premiers jours de la prise en charge l'aide-soignante complète le recueil de données (histoire de vie, attentes).

Le projet personnalisé est ensuite rédigé par la référente qui formalise des objectifs et les soumet à l'équipe et aux cadres lors des réunions de synthèse.

Lorsque les objectifs sont validés, le projet est présenté au patient ou à la famille qui peut le refuser.

Lors des entretiens, les personnels ont affirmé que les priorités du patient étaient bien prises en compte. En cas de refus, le cadre infirmier se rend au domicile pour une conciliation.

Les évaluateurs ont constaté que les objectifs des projets étaient très généraux et qu'il manquait des actions précises et des indicateurs de suivi.

Les PP sous leur forme actuelle sont élaborés depuis 2013. Un tableau de suivi est mis en place depuis un mois. Les renouvellements n'ont pas été formalisés.

Antérieurement une planification des soins était formalisée

Une séance d'information a été réalisée le 20/02/14 par l'IDE coordinatrice, la directrice de soins et la responsable qualité, auprès de tous les agents du SSIAD afin de présenter les recommandations concernant la formalisation des projets personnalisés et le nouveau support réalisé en groupe de travail.

#### Points remarquables du plan

Le service nomme une aide-soignante référente pour chaque patient (RBPP : les attentes de la personne et le projet personnalisé Chap.2-5 La mise en œuvre du projet personnalisé)

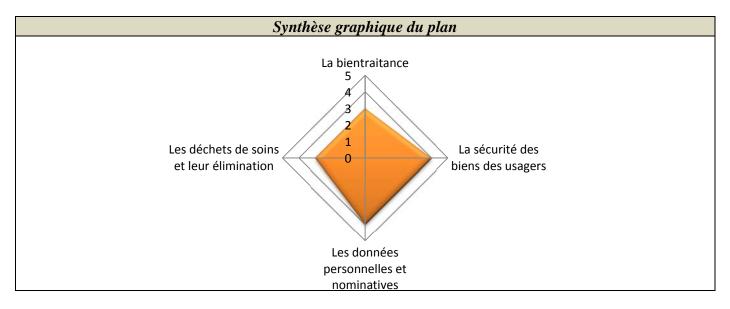
#### Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).

Mettre en place dans les projets personnalisés des objectifs plus spécifiques à chaque patient, des actions précises et évaluables avec des indicateurs RBPP : les attentes de la personne et le projet personnalisé Chap.6 la co-évaluation du projet personnalisé).

Prévoir de formaliser les avenants sur la base du nouveau DIPC.

Formaliser un projet personnalisé avec et pour chaque patient. Prévoir et suivre les échéances de renouvellement.

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	Inclus PAQ ?
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.  11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques	Oui Oui
professionnelles.	Oui



#### Sous-plan 3.1: La bientraitance

#### Analyse

L'HIPI a mis en place un groupe de réflexion sur la bientraitance depuis 2007. L'infirmier adjoint du SSIAD est membre de ce groupe qui a élaboré un livret sur la bientraitance et des protocoles de toilette bientraitante et de repas bientraitant.

L'ensemble des professionnels est très sensibilisé au risque de maltraitance et l'analyse de cas, en cas de suspicion, a déjà été menée au sein du groupe de réflexion comme au sein des réunions de service du SSIAD.

La procédure de signalement est en cours d'écriture.

L'infirmière coordinatrice a déjà alerté les services sociaux pour des cas de suspicion qui ont été résolus par des mises sous tutelle ou l'entrée en établissement.

Dans un autre cas, la rencontre avec le membre de la famille et son information sur la notion de maltraitance a fait cesser les agissements.

Le personnel connait la procédure de pose de contention : elle est faite sur prescription médicale, pas à long terme et demande une vigilance particulière.

Un débat a eu lieu avec les évaluateurs au sujet des personnes dépendantes au lit avec barrières et seules chez elles la nuit. Le service dispose des clés et ferme le logement, pour la sécurité.

Les évaluateurs estiment que le maintien à domicile de nuit nécessite, de fait, la présence d'un aidant et que les limites sont atteintes dans ce cas. La responsabilité du service pourrait être engagée en cas de problème lié à la santé et /ou à la sécurité de la personne.

#### Sous-plan 3.2 : La sécurité des biens des usagers

#### Analyse

Le service a formalisé une procédure pour détenir les clés du logement. Cette procédure est indiquée dans le nouveau règlement de fonctionnement page 6.

#### Sous-plan 3.3 : Les données personnelles et nominatives

#### Analyse

Les dossiers des patients sont rangés dans des armoires, dans le bureau des infirmiers du SSIAD. Le « *règlement intérieur du dossier patient du SSIAD/ESA* », élaboré en février 2014, par l'équipe du SSIAD, et validé par la direction en avril 2014, liste les différents documents constituant le dossier du patient en distinguant ceux qui sont conservés dans le service, ceux qui sont conservés au domicile et ceux qui sont présents aux deux endroits.

Le dossier conservé dans le service est accessible à tous les professionnels du SSIAD, aux stagiaires et au médecin référent de l'HIPI. Il contient le formulaire SP30, l'observation médicale d'entrée, et les prescriptions médicales des actes de la vie courantes réalisés par les aides-soignants (application des pommades, vérification de la prise des traitements).

Les évaluateurs notent l'absence de restrictions concernant les données médicales qui sont accessibles à tous les professionnels et aux stagiaires. Il semble que le partage des données « utiles et nécessaires » prévu par la règlementation soit organisé très largement.

Le dossier à domicile est accessible aux intervenants à domicile et à la famille.

Les modalités d'archivage sont prévues.

Le livret d'accueil informe les patients de leurs droits concernant la constitution du dossier, sa consultation et son droit au refus du traitement informatif de ces données nominatives (Loi 6/01/1978).

Le règlement de fonctionnement précise que les données sont échangées entre professionnels de santé (page 8).

#### Sous-plan 3.4 : Les déchets de soins et leur élimination

#### Analyse

Les containers pour déchets de soins sont entreposés dans le garage du SSIAD.

Ils sont traités par le même prestataire que celui des services hospitaliers, selon contrat.

Les conventions avec les IDE libérales et le règlement de fonctionnement n'abordent pas le thème de la gestion des déchets de soins.

#### Points remarquables du plan

Il existe un groupe de réflexion sur la bientraitance. L'infirmier adjoint du SSIAD en est membre.

La procédure de signalement en cas de suspicion de maltraitance est rédigée, validée et diffusée dans l'intranet depuis février 2013. Les soignants doivent y être sensibilisés lors de séance d'information organisée par la commission bientraitance au 4ème trimestre 2014.

En cas de suspicion de maltraitance, l'encadrement prend contact avec les personnes ressources afin d'obtenir une analyse collégiale. (RBPP: Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile Chap2.1 recueil des faits, croisement des informations et signalement)

Une procédure de détention des clés du domicile est formalisée

Une procédure de gestion du dossier de l'usager est formalisée

#### Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).

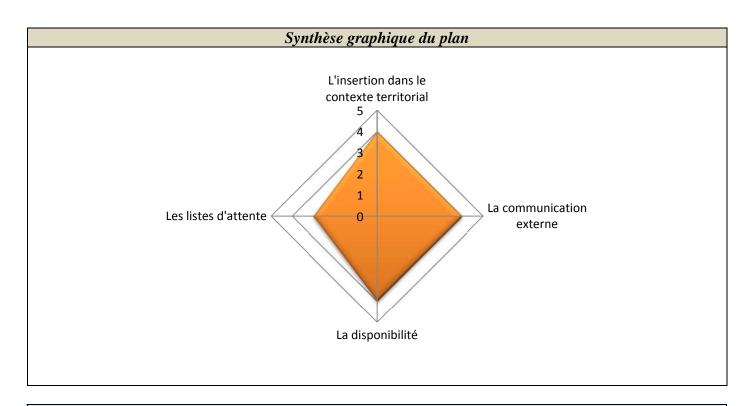
Intégrer aux conventions signées avec les infirmières libérales une information concernant leurs obligations et celles du service en matière de gestion des déchets de soins.

Intégrer au règlement de fonctionnement une information concernant la gestion des déchets de soins, les obligations du patient et celles du service en la matière.

Réfléchir aux limites du maintien à domicile dans le cas de personnes dépendantes, seules la nuit, au lit avec barrières, dans un logement fermé à clef par le service.

Plan 4 : Le service dans son environnement et son accessibilité

Thématiques spécifiques traitées dans le plan	Inclus
(décret 2007-975, chapitre II, section 3)	PAQ ?
. 4. Effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits 15. Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire.	Oui Oui



### Sous-plan 4.1 : L'insertion dans le contexte territorial

#### Analyse

Le SSIAD est particulièrement bien intégré dans le territoire, c'est un de ses points forts.

Il est un des services de la filière gériatrique mise en place par l'HIPI, l'ESA est venue compléter cette plateforme de services.

La collaboration avec les partenaires des services à domicile CCAS de Guérande et ADAR est formalisée par des conventions.

Les infirmières libérales ont également signé une convention de partenariat avec le SSIAD.

Les relations sont très fréquentes avec le logement foyer de Guérande (convention prévue), l'accueil de jour de l'HIPI, le CLIC de Guérande qui sont tous situés dans le périmètre immédiat du SSIAD.

Les réunions de concertation ont lieu, organisées par la responsable du SSIAD, pour les prises en charge difficiles ou/et qui nécessitent une coordination pour mettre en place un binôme.

Ces réunions sont parfois organisées, avant même l'admission en SSIAD, dans le service hospitalier, avec la responsable du Conseil Général concernant l'APA et le médecin du Conseil Général pour élaborer le plan d'aide.

Des réunions annuelles, plus axées sur l'organisation des services et leur collaboration sont également organisées entre le service SSIAD et les services à domicile (CCAS et ADAR).

Les partenaires interrogés se sont félicités des modalités de coopération et du climat de confiance instauré entre les services.

Lorsque le SSIAD admet un nouveau patient en sortie d'hospitalisation, il se charge d'informer le médecin traitant et l'infirmière du patient. Il informe également des sorties de patient.

Si le patient ne reçoit pas d'aide à domicile et ne connait pas les intervenants libéraux du secteur la responsable du SSIAD l'oriente vers le CLIC.

#### Sous-plan 4.2: La communication externe

#### Analyse

Le SSIAD communique à l'aide de plaquettes spécifiques : SSIAD, équipe ESA.

Le service participe également aux actions organisées sur le territoire :

- o forum aide aux aidants mis en place par le Conseil Général,
- o réflexion en cours sur un projet de « bistrot mémoire » avec la structure de répit « alpha répit »,
- o réunion de formalisation d'un classeur unique départemental pour les structures d'aide à domicile organisée par le CLIC

L'équipe ESA est particulièrement sollicitée car elle présente des compétences particulières. Elle a ainsi présenté un poster « Création et développement d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA) » au Congrès Gérontologique de l'Ouest en 2013. A l'ouverture, en juillet 2012, l'équipe s'est chargée de sa communication ciblée vers les prescripteurs : médecins gériatres, neurologues et médecins libéraux. Le succès a été immédiat.

#### Sous-plan 4.3 : La disponibilité

#### Analyse

Les trois postes infirmiers (une coordinatrice et deux adjoints) permettent d'organiser la présence d'un membre de l'encadrement de 7h30 à 17h. Les soignantes peuvent donc rencontrer l'un d'eux à la prise de poste, aux transmissions d'après-midi (de 16h45). C'est un élément fort de prévention des risques psychosociaux et de prévention de la maltraitance car il évite le sentiment de solitude souvent rencontré chez les soignants à domicile.

Le week-end un dispositif d'astreinte administrative et technique est mis en place. Les soignants relèvent les messages sur le répondeur.

Le répondeur du service indique de laisser un message qui sera écouté aux horaires de relève, il n'indique pas le numéro à appeler en cas d'urgence vitale.

Les messages téléphoniques sont reportés sur une main courante.

Les locaux du SSIAD ne sont pas aisément accessibles pour une personne à mobilité réduite. Si le cas se présente, la responsable du SSIAD reçoit la personne dans les locaux du CLIC, à côté.

Les horaires de passage chez le patient ne sont pas fixés contractuellement, une plage horaire est indiquée de manière orale (de façon écrite sur les nouveaux DIPC) mais les entretiens ont démontré qu'elle n'était pas forcément tenue. Lorsqu'il y a des changements d'organisation le patient est prévenu la veille au soir.

Le taux de 70% de patients non pris en charge le week-end a fait l'objet d'interrogations. Il s'avère que le service organise ses services du week-end auprès des personnes seules et isolées et des personnes incontinentes et très dépendantes, en s'appuyant sur l'aide des familles et les services d'aide à domicile. Une réorganisation est en cours pour augmenter le nombre de tournée le dimanche (avec diminution le samedi. Cette organisation permet d'augmenter le nombre de patient pris en charge dans chaque tournée en semaine et de satisfaire un maximum de demande.

#### Sous-plan 4.4: Les listes d'attente

#### Analyse

La liste d'attente est gérée sur le logiciel Ménestrel. Elle est mise à jour une fois par an. L'infirmière du service pratique environ quinze visites d'évaluation à domicile par mois. Lorsqu'un patient est hospitalisé plus de dix jours, il doit faire l'objet d'une réadmission avec une nouvelle prescription et une demande de prise en charge.

Les prises en charge de plus de 30 jours font l'objet d'une procédure de prolongation.

#### Points remarquables du plan

Le SSIAD est particulièrement bien intégré dans le territoire, c'est un de ses points forts.



La coordination par le SSIAD des interventions au domicile est effective



Les partenariats sont formalisés par des conventions

La disponibilité de l'encadrement est organisée et effective (RBPP Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées Chap. 2.2)



Le service communique activement et valorise les compétences particulières dont il dispose

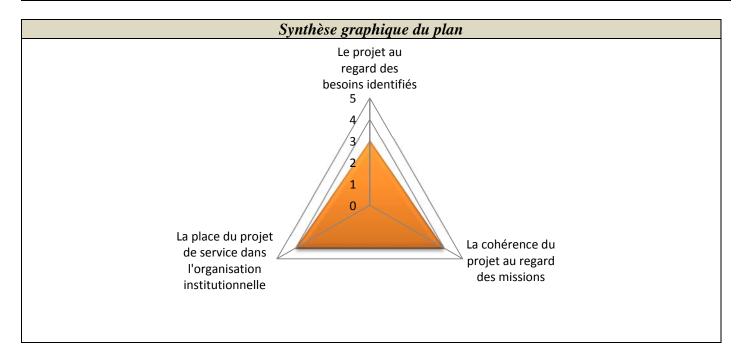
#### Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).



✓ Indiquer une plage horaire de passage dans le DIPC

Plan 5 : Le projet de service et ses modalités de mise en œuvre

Thématiques spécifiques traitées dans le plan	Inclus
(décret 2007-975, chapitre II, section 3)	PAQ?
1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du	
projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de	
la personne.	Oui
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'usager par ce projet.	Oui
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.	Oui
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.	Oui
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse	Oui
apportées aux usagers.	
9. Prise en compte des facteurs de risque.	Oui
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.	Oui
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.	Oui



### Sous-plan 5.1 : Le projet au regard des besoins identifiés Analyse

Le projet de service élaboré en 2011 se veut pragmatique. Les actions prévues sont élaborées pour répondre de façon précise aux besoins identifiés auprès des patients, le plus souvent par la formation du personnel à ces thématiques :

- o formation aux troubles du comportement pour améliorer l'accompagnement en augmentant la connaissance,
- o généralisation de la pratique du toucher massage pour améliorer le bien-être et l'image de soi,
- o formaliser des outils d'information aux aidants pour la prévention du risque d'escarres
- o formation à l'évaluation de la douleur
- o formaliser des outils d'information aux aidants pour la prévention du risque de constipation et mettre en place une fiche de suivi
- o former le personnel aux soins palliatifs pour diminuer le recours à l'hospitalisation.

Le projet de service 2011/2014 n'aborde pas la thématique bientraitance/maltraitance.

Il n'a pas été communiqué de façon spécifique aux usagers et partenaires.

#### Sous-plan 5.2 : La cohérence du projet au regard des missions

#### Analyse

Le projet est cohérent avec les missions du service. Les principes de non-discrimination à l'admission et pendant la prise en charge sont respectés.

## Sous-plan 5.3 : La place du projet de service dans l'organisation institutionnelle Analyse

Le projet a été validé le 7 avril 2011 pour 3 ans soit 2011/2014.

Il présente les valeurs, les missions du service et la spécificité des PA, en lien avec le projet institutionnel de l'HIPI.

11 fiches actions ont été formalisées, les actions prévues ont majoritairement été menées à terme. Les échéances sont toutes comprises entre fin 2008 et fin 2012 ce qui n'est pas cohérent avec les dates du projet.

Les indicateurs de suivi sont limités à un des moyens même s'il y en a plusieurs prévus et l'indicateur n'est pas toujours pertinent au regard de l'objectif attendu

Le service de soins infirmiers à domicile et l'ESA s'intègrent complètement dans la filière gériatrique mise en place par l'HIPI. Leur complémentarité avec l'accueil de jour, l'hébergement temporaire, l'hébergement permanent, l'UHR, le PASA et les services hospitaliers permettent la mise en place d'un parcours de l'usager sur un territoire géographique défini.

#### Points remarquables du plan

Les actions prévues au projet de service 2011/2014 sont en lien avec les besoins identifiés des usagers

Le SSIAD et l'ESA sont intégrés dans la filière gériatrique de l'HIPI et complémentaires avec les autres services.

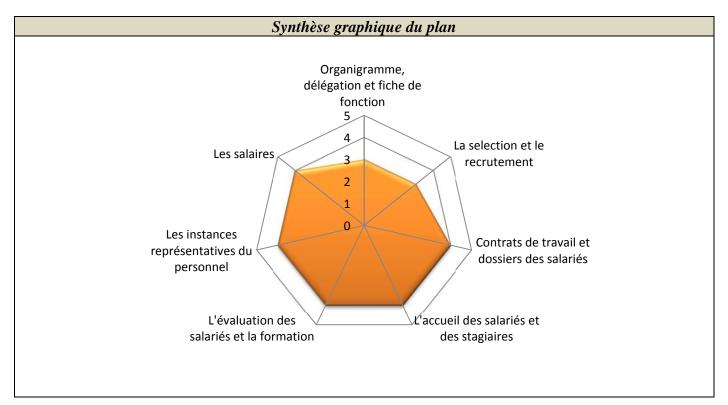
#### Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).

Les indicateurs de suivi des actions du projet écrit en 2014 gagneraient à être simples, mesurables, atteignables, réalisables. Fixer des échéances cohérentes avec les dates du projet.

Il serait intéressant que le projet écrit en 2014 explique comment le principe de la prévention de la maltraitance et celui de la bientraitance sont mis en acte dans le service. (RBPP : Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service Chap. 2. Les thématiques à traiter, point 5 les principes d'intervention).

Plan 6 : L'organisation des ressources humaines

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	Inclus PAQ ?
9. Prise en compte des facteurs de risque.	
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.	Oui
12. Formes de mobilisation des professionnels.	Oui
13. Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de	Oui
mesurer la fatigue professionnelle.	Oui
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.	Oui



#### Sous-plan 6.1 : Organigramme, délégation et fiche de fonction Analyse

L'organigramme du SSIAD a été validé le 01/04/14.

Cet organigramme n'est pas diffusé aux usagers dans le livret d'accueil (prévu dans la nouvelle version) Le personnel relève du statut de la fonction publique hospitalière, les fiches de fonction sont diffusées dans l'intranet. Elles sont évaluées régulièrement et actualisées le cas échéant.

#### Sous-plan 6.2 : La sélection et le recrutement

Analyse

Une procédure de recrutement est formalisée. La grille de recrutement utilisée est annexée au dossier du salarié.

Le recrutement est effectué par le service ressources humaines et parfois on demande le : « *ressenti* » de l'infirmière coordinatrice.

#### Sous-plan 6.3 : Contrats de travail et dossiers des salariés

#### Analyse

Le dossier des salariés et le registre du personnel sont tenus à jour et sont conservés par le service ressources humaines de l'hôpital.

#### Sous-plan 6.4 : L'accueil des salariés et des stagiaires

#### Analyse

Le nouvel agent participe aux journées d'intégration des salariés organisées sur l'hôpital. Les thèmes de la sécurité et de la bientraitance y sont abordés.

A l'arrivée dans le service, l'agent reçoit le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement du SSIAD. Il participe aux soins sur une tournée spécifique (*tournée doublure*) où les soins à domicile sont toujours pratiqués à deux soignants.

Le jeudi qui suit l'intégration, lors de la réunion de service, « *on prend le temps de lui présenter les outils* ». Un guide d'utilisation a été élaboré.

L'ensemble des protocoles et procédures est consultable sur l'intranet et l'agent doit s'approprier l'outil. Un des effets constatés par les évaluateurs, lors des entretiens, est que les soignants, lorsqu'ils ressentent une difficulté à domicile, téléphonent systématiquement au personnel d'encadrement « *qui nous dit quoi faire* ».

Les salariés citent spontanément le protocole d'accident d'exposition au sang, ils disposent d'une mallette dans le véhicule et ils ont été formés à son utilisation par l'infirmière de la médecine du travail. Ils citent également le protocole de lavage des mains.

L'accueil d'un stagiaire est soumis à la conclusion d'une convention préalable entre le SSIAD et le centre de formation.

#### Sous-plan 6.5 : L'évaluation des salariés et la formation

#### Analyse

Les entretiens annuels d'évaluation sont pratiqués par l'infirmière coordinatrice.

Il existe une grille d'évaluation qui est celle de l'hôpital.

L'évaluation des pratiques professionnelles n'est pas systématisée dans le service, elle a lieu en cas de réclamation d'un patient et lors des synthèses. Elle ne sert pas à objectiver l'entretien individuel annuel. Cependant la fiche d'évaluation comprend des objectifs personnels d'amélioration des pratiques posées pour l'année n+1.

#### Sous-plan 6.6 : Les instances représentatives du personnel

#### Analyse

La règlementation concernant les Instances Représentatives du Personnel (IRP) est appliquée par le service ressources humaines de l'hôpital.

#### Sous-plan 6.7: Les salaires

#### Analyse

Le personnel relève du statut de la fonction publique hospitalière, le service ressources humaines est chargé du respect des échéances règlementaires.

#### Points remarquables du plan

Le nouveau salarié participe aux journées d'intégration organisée par l'hôpital

Le nouveau salarié bénéficie d'un accompagnement les premiers jours (tournée doublure) (RBPP Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées Chap. 2.1 organiser l'accompagnement du nouvel arrivant en phase d'accueil et d'intégration)

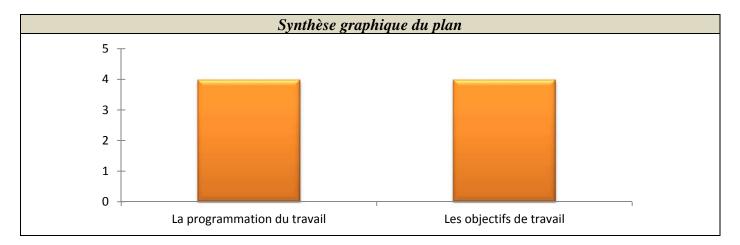
Le temps de présence et la disponibilité de l'encadrement sont à souligner (RBPP Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées Chap. 2.2)

#### Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).

L'évaluation des pratiques professionnelles pourrait être organisée plus fréquemment (RBPP Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées Chap.1.7)

Plan 7: L'organisation du travail

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	Inclus PAQ ?
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.	Oui
9. Prise en compte des facteurs de risque.	Oui
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.	Oui
12. Formes de mobilisation des professionnels.	Oui



#### Sous-plan 7.1: La programmation du travail

#### Analyse

#### **SSIAD**

Les plannings des tournées prévoient entre 5 et 8 patients par aide-soignante, en fonction du niveau de dépendance de l'usager et des distances à parcourir.

Le service a organisé une tournée particulière pour les accompagnements les plus lourds où la présence de deux soignants est requise.

Les personnes incontinentes sont prioritaires dans la programmation de la journée.

La plage horaire de passage n'est pas définie précisément. Chez certains usagers, l'organisation prévoit un binôme avec les auxiliaires de vie des services d'aide à domicile. Dans ce cas, il faut respecter un horaire de passage précis.

Le service s'adapte aux demandes de changement des patients (pour RDV par exemple) et l'aide-soignante prévient les autres usagers la veille au soir d'une modification dans l'organisation. Lorsque le délai de prévenance est plus court, l'infirmière coordinatrice prévient les patients par téléphone. Une aide-soignante travaille sur la même tournée entre deux jours de repos afin d'assurer une certaine stabilité au patient. L'aide —soignante a cependant la possibilité de demander un changement lorsque l'accompagnement s'avère trop lourd pour elle soit sur le plan physique soit sur le plan psychologique. Deux infirmiers sont présents à 7H15 pour 20 minutes de transmissions, deux ou trois infirmiers sont présents aux transmissions de fin de matinée, un infirmier est présent à la prise de poste à 16H30. Cette présence infirmière facilite la coordination des soins et permet une grande réactivité du service. Lors des entretiens, les évaluateurs ont entendu la satisfaction des personnels face à cette proximité de l'encadrement.

#### Equipe ESA

La première rencontre est effectuée par un binôme infirmière coordinatrice-ergothérapeute ou psychomotricienne afin d'évaluer les besoins et les attentes du patient et de sa famille. La deuxième et, si besoin, la troisième rencontre ont lieu avec un binôme ergothérapeute-ASG ou psychomotricienne-ASG afin d'approfondir le bilan et d'élaborer le projet personnalisé. Les séances suivantes sont mises en œuvre par l'ASG. Un bilan est effectué à mi-parcours et en fin de prise en charge.

A mi- parcours une rencontre est également prévue avec l'aidant familial pour l'aider à exprimer ses ressentis, ses besoins, son niveau de fatigue et lui apporter des conseils, voire envisager des solutions de répit plus pérennes en l'orientant vers le CLIC ou les associations.

La prescription est toujours de quinze séances, renouvelable éventuellement une fois.

#### Sous-plan 7.2: Les objectifs de travail

#### Analyse

#### **SSIAD**

Les service formalise des projets personnalisés depuis peu de temps et tous les patients n'en ont pas. Les objectifs de travail sont donc le plus souvent des plans de soins répondant aux besoins des usagers. Le projet est élaboré par l'aide-soignante référente qui le soumet à l'équipe lors des réunions de synthèse du jeudi. Après validation de l'encadrement le projet est présenté au patient qui donne ou non son accord. La coordination avec les autres intervenants au domicile est mise en place par l'infirmière coordinatrice, si besoin lors de réunions de concertation au domicile du patient. Actuellement chaque service dispose de son propre cahier de liaison et d'un simple cahier commun mis en place par le SSIAD. Le projet d'un dossier commun est mené par le CLIC avec les services concernés.

Les objectifs des projets restent assez généraux (maintien de l'autonomie) et ne sont pas déclinés en actions précises avec indicateurs d'évaluation. Le service est conscient de cette difficulté et a pour objectif de travailler sur les transmissions ciblées et le raisonnement clinique avec le soutien des deux référents du service en transmissions ciblées et les cadres de santé de l'hôpital.

#### **ESA**

Les objectifs de travail sont déterminés par la psychomotricienne ou l'ergothérapeute selon les patients. Ils sont déclinés en actions.

Les dossiers consultés ne présentent pas suffisamment d'indicateurs de suivi des actions pour évaluer et valoriser le travail effectué et ses effets. Ces indicateurs sont d'autant plus importants que la population spécifique accompagnée par l'ESA ne peut répondre aisément à des enquêtes de satisfaction.

La difficulté d'élaborer ou de sélectionner des indicateurs pertinents est ressentie par l'équipe qui souhaite le soutien méthodologique de la responsable qualité.

#### Points remarquables du plan

Le service est réactif aux demandes de changement d'horaire exprimées par les patients.



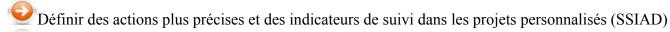
L'organisation mise en place permet une certaine stabilité pour le patient



Une aide-soignante en difficulté peut demander à changer de patient

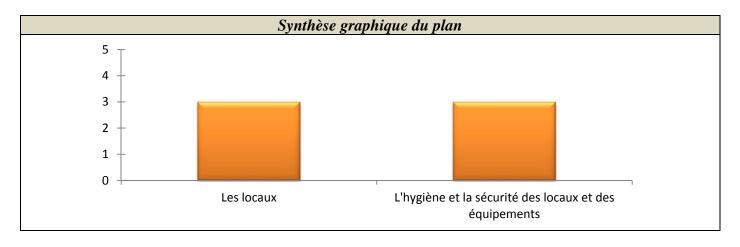
#### Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).

Indiquer une plage horaire de passage dans le DIPC afin de ne pas risquer d'entraver les droits du patient (article 3 de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante)



Apporter un soutien méthodologique à l'équipe ESA afin de sélectionner les indicateurs de suivi pertinents

Thématiques spécifiques traitées dans le plan	Inclus
(décret 2007-975, chapitre II, section 3)	PAQ ?
<ul> <li>9. Prise en compte des facteurs de risque.</li> <li>11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</li> </ul>	Oui Oui



#### Sous-plan 8.1: Les locaux

#### Analyse

Le SSIAD et l'ESA sont installés dans une maison individuelle d'un étage, située dans l'enceinte de l'hôpital. Les services sont accessibles depuis la rue.

Les bureaux des trois infirmiers, de l'ESA et de la secrétaire sont au premier étage. Le rez de chaussée propose une pièce avec un coin cuisine et un espace de réunion, et une autre petite pièce.

Les locaux sont propres et agréables mais assez petits.

Lorsque les aides-soignantes reviennent du domicile, il est difficile de trouver une place pour chacune dans la pièce de réunion.

Le nombre de postes informatiques est insuffisant et le personnel ne peut pas les utiliser pour les informations qui sont rédigées sur informatiques (projet personnalisé et connaissance de la personne soignée).

L'accessibilité des bureaux aux personnes à mobilité réduite n'est pas assurée. Ces personnes sont reçues dans les locaux du CLIC qui sont très proches.

### Sous-plan 8.2 : L'hygiène et la sécurité des locaux et des équipements

#### Analyse

Les locaux ne sont pas équipés de détecteurs de fumée, ce qui semble indispensable pour la protection des salariés qui travaillent dans les bureaux au 1<sup>er</sup> étage.

Le garage attenant contient des stocks divers et la porte donnant sur le couloir n'est pas coupe-feu.

Il v a un extincteur près de la porte, qui est vérifié dans le cadre du contrat de l'hôpital.

#### Points remarquables du plan



Locaux agréables et accueillants bien qu'exigus.

#### Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).

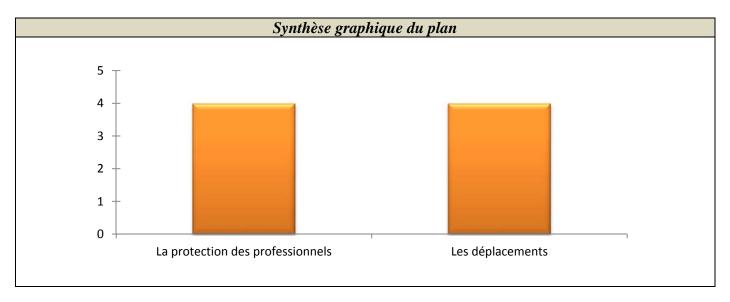
L'acquisition de matériels informatiques en nombre suffisant permettrait de réduire le temps consacré aux transmissions écrites.



Installer des détecteurs de fumée pour protéger les salariés qui travaillent au 1<sup>er</sup> étage.

Plan 9 : La gestion des risques professionnels

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	
9. Prise en compte des facteurs de risque.	Oui



#### Sous-plan 9.1: La protection des professionnels

#### Analyse

Les professionnels disposent dans leur véhicule d'une mallette et d'un protocole en cas d'accident d'exposition au sang. Ils ont été formés par l'infirmière en santé du travail.

Les professionnels disposent également de blouses et de gants.

Le service dispose de 9 téléphones mobiles, les soignants utilisent également leur portable personnel pour communiquer avec le service.

La prévention des troubles musculo-squelettiques et la gestion de l'agressivité sont inscrits régulièrement au plan de formation du service.

Le soutien psychologique est assuré par l'encadrement en première intention, si besoin le soignant peut faire appel à la psychologue de l'hôpital. Le service a également déjà fait appel au réseau RESPEL (soins palliatifs) pour accompagner l'équipe.

Lors des entretiens les évaluateurs ont pu entendre la confiance instaurée entre les différents membres de l'équipe qui s'apportent un soutien collectif : « les problèmes sont réglés tout de suite, on communique beaucoup entre nous ».

Le règlement de fonctionnement (page 5) prévoit les modalités d'aménagement du domicile des patients et l'apport de matériel médicalisé. Il prévoit également (page 7) les modalités d'interruption du contrat en cas d'inadaptation des locaux et /ou des matériels en matière d'hygiène et de sécurité. Enfin, il rappelle (page 9) les obligations de l'usager en matière d'installations et de matériel électriques.

A l'admission, l'infirmière qui procède à la première visite établit les besoins en matériel médicalisé, le service dispose de catalogues pour expliquer et montrer le matériel souhaité à l'usager et aux aidants. Une prescription est ensuite demandée au médecin traitant. L'usager conserve le libre choix de son prestataire. Le dossier du résident ne contient pas de traçabilité de cette action d'information, il serait donc difficile de mettre en œuvre la procédure prévue au règlement de fonctionnement en cas de manquement de la part de l'usager. De la même façon, un état des lieux du logement et de son équipement électrique formalisé à l'admission permettrait d'évaluer les risques pour les professionnels et de recourir au règlement de fonctionnement, le cas échéant (prévu dans plan d'actions issu de l'évaluation interne)

La cartographie des risques professionnels est suivie annuellement par le CHSCT dans le cadre du document unique.

#### Sous-plan 9.2 : Les déplacements

#### Analyse

Le service dispose d'une flotte de véhicules dont un véhicule de remplacement en cas de panne. Les carnets de bord permettent de suivre les distances parcourues. Les contrats d'entretien et de distribution de carburant sont gérés par le service financier de l'hôpital.

Un module d'apprentissage de la conduite en période hivernale est proposé pour intégrer le plan de formation depuis plusieurs années mais n'avait jamais été retenu par la commission de formation, jusqu'en 2014.

#### Points remarquables du plan

Les professionnels disposent dans leur véhicule d'une mallette et d'un protocole en cas d'accident d'exposition au sang. Ils ont été formés par l'infirmière en santé du travail.

Confiance instaurée entre les différents membres de l'équipe qui s'apportent un soutien collectif

Recours aux ressources internes à l'hôpital et externes en cas de difficultés d'ordre psychologique lors des accompagnements.

Le règlement de fonctionnement prévoit les modalités de protection des personnels

Le service apporte son aide dans le choix du matériel médicalisé.

#### Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).

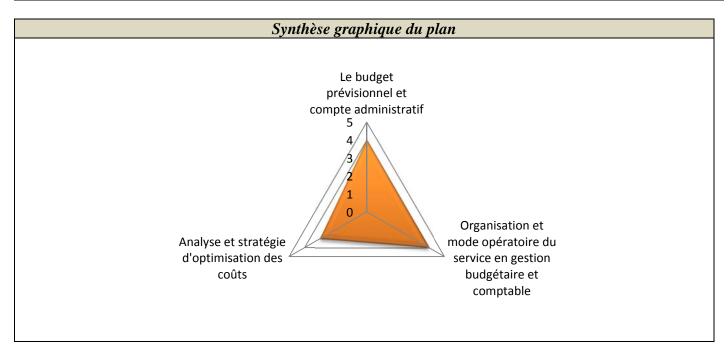
Mettre en place le module d'apprentissage de la conduite en période hivernale prévu depuis de nombreuses années.

Mettre en place un état des lieux du domicile et des matériels électriques afin d'évaluer les risques pour les professionnels

Mettre en place la traçabilité des préconisations de matériels médicalisés afin de conserver la possibilité d'un recours au règlement de fonctionnement

Plan 10 : Les ressources financières

Thématiques spécifiques traitées dans le plan	Inclus
(décret 2007-975, chapitre II, section 3)	PAQ ?
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions	Oui



### Sous-plan 10. : Le budget prévisionnel et compte administratif *Analyse*

Le SSIAD, en tant que service interne à un hôpital public, dispose d'un budget propre. Le budget prévisionnel et le compte administratif sont validés par l'organisme gestionnaire et transmis dans les délais règlementaires. La gestion des ressources financières du SSIAD est assurée par la Direction des Finances de l'HIPI.

## Sous-plan 10. : Organisation et mode opératoire du service en gestion budgétaire et comptable Analyse

Chaque mois la secrétaire du service saisit le montant des honoraires des infirmières libérales sur le logiciel Ménestrel. Un récapitulatif par IDE et par patient est ensuite élaboré manuellement par la secrétaire et adressé au service comptable. Cette méthode permet le contrôle des actes effectués par rapport aux prescriptions.

Chaque mois, les statistiques d'activité sont éditées : nombre de patients, GIR par patient, GMP du service.

L'utilisation des véhicules du service est également suivi mensuellement à l'aide du carnet de bord dans lequel les soignants notent le kilométrage parcouru, la date et apposent leur signature.

L'utilisation du contrat essence est suivie dans un cahier qui recense les tickets de caisse avec les numéros des véhicules et leur kilométrage.

L'ensemble de ces données est adressé mensuellement au service de la comptabilité.

# Sous-plan 10. : Analyse et stratégie d'optimisation des coûts

Analyse

L'analyse et la stratégie d'optimisation des coûts est menée par la Direction des Finances de l'HIPI que les évaluateurs n'ont pas rencontrée dans le temps imparti à l'évaluation externe (1 journée).

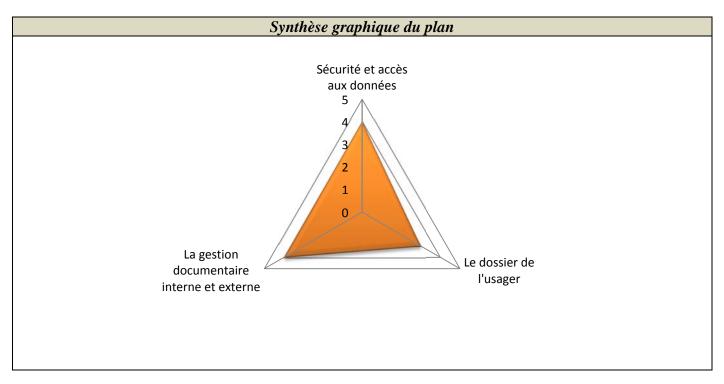
### Points remarquables du plan

Le service dispose des tableaux de bord nécessaires au suivi de son activité. Ils sont renseignés mensuellement.

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).

Pas de préconisations

Thématiques spécifiques traitées dans le plan	Inclus
(décret 2007-975, chapitre II, section 3)	PAQ ?
<ul><li>7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.</li><li>9. Prise en compte des facteurs de risque.</li></ul>	Oui Oui



## Sous-plan 11.1 : Sécurité et accès aux données

### Analyse

Le système d'information du SSIAD est assurée par la Direction (service qualité et informatique) de l' HIPI.

Le SSIAD ne dispose pas de logiciel de suivi des soins. Seul le logiciel administratif et comptable est utilisé par le personnel d'encadrement et la secrétaire.

### Sous-plan 11.2 : Le dossier de l'usager

#### **Analyse**

Une procédure de gestion du dossier a été élaborée par le SSIAD avec l'accompagnement du service qualité. Les dossiers sont tous organisés selon cette procédure qui décrit les documents présents au bureau du SSIAD, ceux présents à domicile et ceux présents aux deux endroits.

Les modalités d'accès au dossier par les professionnels sont prévues dans cette procédure. Les évaluateurs notent l'absence de restrictions concernant les données médicales qui sont accessibles à tous les professionnels et aux stagiaires. Il semble que le partage des données « utiles et nécessaires » prévu par la règlementation soit organisé très largement.

Les modalités et la durée d'archivage sont également présentées dans la procédure.

Les modalités d'accès au dossier par le patient sont indiquées dans le livret d'accueil et font l'objet d'une procédure particulière.

Les dossiers des usagers sont conservés dans les bureaux des infirmiers. Ils sont accessibles à tous les professionnels durant les heures d'ouverture du service.

Les entretiens et la visite ont démontré que les professionnels concernés connaissent et appliquent la procédure « *règlement intérieur du dossier patient du SSIAD/ESA* ».

## Sous-plan 11.3: La gestion documentaire interne et externe

### Analyse

La gestion et la veille documentaires sont organisées et mises en ligne dans l'intranet.

Les protocoles et procédures applicables au SSIAD et à l'ESA sont dans la base documentaire intranet ce qui amène les soignants à appeler l'encadrement en cas de difficultés au domicile. En effet les soignants ne disposent pas d'accès direct aux protocoles lors de leur tournée.

## Points remarquables du plan

Une procédure de gestion du dossier patient a été élaborée par le service qualité

Les modalités d'accès au dossier par le patient sont indiquées dans le livret d'accueil et font l'objet d'une procédure particulière.

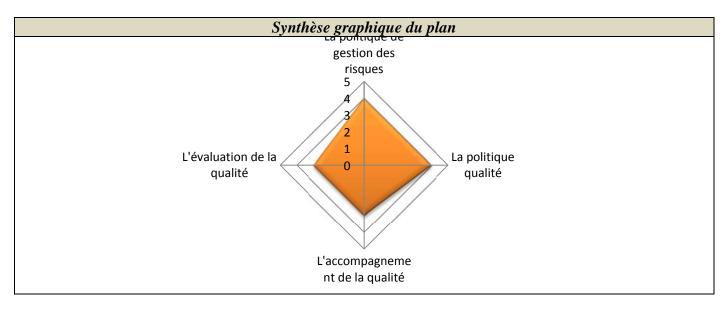


La gestion et la veille documentaire sont organisées et mis en ligne dans l'intranet

### Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).

Modifier, dans le règlement de fonctionnement, le libellé concernant le partage des informations entre professionnels en précisant la nature des informations partagées afin que l'accord du patient relève du consentement éclairé (la RBPP concernant l'accompagnement personnalisé de la santé du résident en EHPAD ne s'applique pas aux SSIAD mais peut guider les professionnels sur les notions juridiques du partage d'information).

Thématiques spécifiques traitées dans le plan	Inclus
(décret 2007-975, chapitre II, section 3)	PAQ ?
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation. 9. Prise en compte des facteurs de risque.	Oui Oui



# Sous-plan 13.1 : La politique de gestion des risques

## Analyse

La cellule qualité de l'hôpital a élaboré une cartographie des risques à priori.

L'évaluation des risques est assurée par l'analyse des fiches de recueil des évènements indésirables qui sont adressées par les services à la cellule qualité.

Le SSIAD a mis en place en juillet 2013 un recueil des observations et réclamations en provenance des usagers qui retrace le détail de la réclamation, l'analyse et la réponse donnée.

## Sous-plan 13.2 : La politique qualité

### **Analyse**

Un tableau de bord de suivi des actions d'amélioration a été mis en place par la cellule qualité à l'issue de l'évaluation interne. Les échéances sont suivies par la responsable qualité. Ces actions sont regroupées dans le Programme d'Amélioration de la Qualité (PAC) existant depuis 2005. Les actions décidées dans le cadre du nouveau projet de service qui doit être formalisé en 2014 seront également intégrés au PAC.

## Sous-plan 13.3 : L'accompagnement de la qualité

### Analyse

Le soutien méthodologique des équipes est assuré par la responsable qualité de l'hôpital qui participe aux réunions concernant le PAQ.

L'appropriation des RBPP lors des groupes de travail thématiques n'est pas systématique.

## Sous-plan 13.4 : L'évaluation de la qualité

### Analyse

Les salariés ont été associés directement à l'évaluation interne (COPIL, groupes de travail, questionnaires...).

Les usagers répondent chaque année à une enquête de satisfaction. Le taux de participation et le taux de satisfaction sont d'environ 70%. Les thèmes abordés sont l'accueil, l'organisation des soins, les soins et l'appréciation globale du service. Les réponses sont analysées par la cellule qualité. Un courrier présentant les résultats de l'enquête et les remerciements de la direction est adressé aux patients. Le délai entre la réponse à l'enquête et le retour aux usagers est trop long : un an.

Les aidants et les patients de l'ESA ne reçoivent pas d'enquête de satisfaction spécifique au service. Les usagers des deux services ne sont pas représentés au CVS de l'hôpital. Ce constat fait l'objet d'un objectif d'amélioration issu de l'évaluation interne prévu pour l'année 2014.

## Points remarquables du plan

Le service bénéficie du soutien et des compétences de la cellule qualité de l'hôpital

Un tableau de bord de suivi des actions d'amélioration de la qualité est élaboré et suivi

Une enquête de satisfaction annuelle est adressée aux usagers

Les résultats de l'enquête de satisfaction sont adressés aux usagers

# Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).

L'appropriation des RBPP lors des groupes de travail thématiques pourraient faire l'objet d'un objectif suivi de la démarche qualité

Le délai de retour aux usagers de l'analyse des questionnaires de satisfaction pourrait être raccourci

Une enquête de satisfaction spécifique aux aidants familiaux et aux usagers de l'ESA pourrait être élaborée.

# Favorable - Atout

# Défavorable - Handicap

	Forces.	Faiblesses.
	- Equipe motivée et dynamique	-Taux de remplissage à optimiser
Interne	-Service intégré dans la filière gériatrique de	-Retard à la formalisation des différents
te	l'hôpital	documents prévus par la Loi 2002-2
드	-Apport des diverses compétences de l'hôpital	-Difficultés à l'élaboration des projets
		personnalisés
	Opportunités.	Menaces.
e	- Formaliser un projet de Plateforme de service	
err	pour valoriser la complémentarité de l'offre HIPI	
Externe	- Participer au bistrot mémoire avec l'association	
_	alpha répit pour valoriser les compétences	
	spécifiques de l'ESA	

### 6. ANNEXES.

6.1. Synthèse de l'évaluation externe (3.5 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3- 10 du code de l'action sociale 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 ou du service en tenant compte de son environnement.

Cette synthèse reprend les constats opérés par l'évaluateur externe qui permettront de déterminer les tendances (points forts/points faibles).

#### Introduction

1. La (ou les) démarche(s) d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS : principales caractéristiques (périmètre, axes évalués, méthode employée, modalités de participation des usagers, données recueillies, etc.) ; résultats et axes d'amélioration mis en œuvre ; modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité ; effets observés ;

L'évaluation interne a été effectuée en 2013 selon le référentiel UNASSI. Ce référentiel présente l'avantage d'avoir été conçu spécifiquement pour et avec des Services de Soins Infirmiers A Domicile, d'être organisé autour de 7 axes dont 4 axes correspondent spécifiquement à la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « l'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes ».Dans le cas du SSIAD de l'HIPI, certains axes relèvent d'avantage de l'évaluation des fonctions transversales de l'hôpital que de celles du service : logistique, RH, finances, qualité.

Deux groupes de travail ont produit l'auto-évaluation : un groupe de travail multi-professionnel et le directoire. Les usagers n'ont pas participé de façon spécifique mais les résultats de l'enquête de satisfaction 2011/2012 ont été utilisés pour la réflexion.

Certains membres du personnel ont été impliqués dans les groupes de réflexion. Ils ont partagé avec leurs collègues au cours des réunions de service. Les propositions d'amélioration n'ont pas été diffusées de façon formelle à l'ensemble du personnel, ni aux usagers.

Un échéancier présente 22 actions et 3 objectifs pour la période allant du dernier trimestre 2013 au dernier trimestre 2015. Cet échéancier est suivi par la responsable qualité.

A la date de l'évaluation externe 10 actions étaient finalisées dans les délais prévus, 4 étaient en cours. Il reste 8 actions et 3 objectifs à finaliser pour une échéance à fin 2015.

La procédure d'évaluation interne a fait prendre conscience au service d'un certain retard en matière de formalisation des outils prévus par la Loi 2002-2. L'équipe a décidé de rattraper ce retard pour la date d'évaluation externe et a fourni un effort notable. Le jour de l'évaluation externe les nouveaux documents ont pu être remis aux évaluateurs : livret d'accueil SSIAD, livret d'accueil ESA, et les nouvelles versions du règlement de fonctionnement et du contrat individuel de prise en charge.

2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm par l'ESSMS

Le projet de service échu en 2014 ne fait pas référence aux RBPP de l'ANESMS. Les recommandations paraissent en référence dans le référentiel d'évaluation interne, elles ont été utilisées comme support à la réflexion par le groupe bientraitance de l'hôpital. Les entretiens ont démontré que les recommandations n'étaient pas connues du personnel soignant. Les recommandations sont toutefois diffusées à l'ensemble des personnels dans l'intranet de l'établissement.

A/Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

3. Le PEPS : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions ;

Le projet a été validé le 7 avril 2011 pour 3 ans soit 2011/2014.

Il présente les valeurs, les missions du service et la spécificité des PA, en lien avec le projet institutionnel de l'HIPI.

11 fiches actions ont été formalisées, les actions prévues ont majoritairement été menées à terme. Les objectifs sont en adéquation avec les besoins des usagers, les besoins des professionnels et les missions imparties.

Ce projet ne présente pas les objectifs de l'équipe mobile Alzheimer qui a été autorisée le 03 février 2012. Cependant si l'on se réfère à la réponse à l'appel à projet, l'ESA répond à deux objectifs du projet SSIAD :

- -fiche action n° 2 optimiser la prise en charge de la personne ayant des troubles du comportement -fiche action n° 3 aider et soutenir l'entourage pour que la personne reste à domicile le plus longtemps possible.
- 4. L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention ;

Les moyens humains mis en place sont adaptés aux objectifs du SSIAD. Le service ne présente jamais un taux d'occupation de 100%.

- L'équipe ESA est, en revanche, victime de son succès immédiat et confrontée à une demande importante à laquelle elle ne peut répondre. La file active est de 25 personnes pour 10 places, le délai d'attente s'élève à 3 mois.
- 5. L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences) ;

L'ensemble du personnel du SSIAD et de l'ESA dispose des diplômes et des compétences en lien avec sa fonction.

6. Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échanges pluridisciplinaires, etc.) mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences ;

La prise de poste est organisée avec une journée d'intégration organisée par l'hôpital autour de la sécurité et de la bientraitance, en particulier.

Le service organise la prise de poste en doublon et remet au nouveau salarié le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement.

Certains professionnels sont référents sur les thèmes : escarre, chute, bientraitance, raisonnement clinique, toucher massage. La mise en place d'un groupe de travail, avec la collaboration de la diététicienne est souhaitée.

Les référents deviennent progressivement formateurs internes pour leurs collègues.

7. Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'ESSMS et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines ;

La présence des infirmiers aux transmissions matin, midi et après-midi permet aux soignants d'évoquer immédiatement leurs éventuelles difficultés.

La disponibilité des encadrants qui proposent leur soutien aussi bien à domicile que par téléphone est reconnue des soignants qui n'hésitent pas à les interpeller.

Chaque jeudi, une réunion de synthèse permet aux professionnels de conforter leurs pratiques. Le recours aux compétences internes à l'hôpital (psychologue) ou externes (réseau de soins palliatifs) est en place.

Le changement de tournée, la mise en place de binôme sont également utilisés par le service, si besoin

8. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers ;

Les données d'activité sont disponibles dans le logiciel Ménestrel qui assure la gestion administrative et comptable du service.

Les nouveaux documents élaborés en 2014 : les livrets d'accueil SSIAD et ESA, et la nouvelle version du règlement de fonctionnement complètent les plaquettes d'information et décrivent les modalités d'accompagnement.

L'organigramme du service et la planification permettent d'apprécier les ressources mobilisées. Les résultats et analyse des enquêtes de satisfaction annuelles permettent d'apprécier en partie les effets de l'accompagnement pour les usagers. L'évaluation des effets de l'accompagnement serait plus précise si des indicateurs de suivi étaient élaborés pour chacune des actions mises en œuvre dans les projets personnalisés.

9. La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS ;

La formalisation des projets personnalisés est une difficulté rencontrée au SSIAD. Les objectifs restent très généraux, ils ne sont pas déclinés en actions et aucun indicateur ne permet d'évaluer l'atteinte de l'objectif. Il s'agit d'avantage de plan de soins que de projets personnalisés. Cette difficulté doit être levée.

# B/L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) : niveau de formalisation, natures et effets des partenariats développés, modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement ;

Le SSIAD est particulièrement bien intégré dans le territoire, c'est un de ses points forts. Il est un des services de la filière gériatrique mis en place par l'HIPI, l'ESA est venue compléter cette plateforme de services.

La collaboration avec les partenaires des services à domicile CCAS de Guérande et ADAR est formalisée par des conventions.

Les infirmières libérales ont également signé une convention de partenariat avec le SSIAD. Les relations sont très fréquentes avec le logement foyer de Guérande (convention prévue), l'accueil de jour de l'HIPI, le CLIC de Guérande qui sont tous situés dans le périmètre immédiat du SSIAD. Des réunions annuelles, plus axées sur l'organisation des services et leur collaboration sont également organisées entre le service SSIAD et les services à domicile (CCAS et ADAR). Si le patient ne reçoit pas d'aide à domicile et ne connait pas les intervenants libéraux du secteur la responsable du SSIAD l'oriente vers le CLIC.

Le service participe aux réunions organisées par le CLIC afin d'élaborer un outil de liaison commun aux intervenants à domicile.

Le service participe également aux actions organisées sur le territoire :

- o forum aide aux aidants mis en place par le Conseil Général,
- o réflexion en cours sur un projet de « bistrot mémoire »avec la structure de répit « alpha répit ».
- o réunion de formalisation d'un classeur unique départemental pour les structures d'aide à domicile organisée par le CLIC

L'équipe ESA est particulièrement sollicitée car elle présente des compétences particulières. Elle a ainsi présenté un poster « Création et développement d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA) » au Congrès Gérontologique de l'Ouest en 2013.

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

Les partenaires interrogés se sont félicités des modalités de coopération et du climat de confiance instauré entre les services.

12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions ;

Les réunions de concertation ont lieu, organisées par la responsable du SSIAD, pour les prises en charge difficiles ou/et qui nécessitent une coordination pour mettre en place un binôme. Ces réunions sont parfois organisées, avant même l'admission en SSIAD, dans le service hospitalier, avec la responsable du Conseil Général concernant l'APA et le médecin du Conseil Général pour élaborer le plan d'aide.

Lorsque le SSIAD admet un nouveau patient en sortie d'hospitalisation, il se charge d'informer le médecin traitant et l'infirmière du patient. Il informe également des sorties de patient.

13. Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (architecture, outil de communication, etc.) permettant de développer le caractère accueillant de l'ESSMS;

Les patients étant à domicile les liens sociaux et familiaux sont maintenus de fait. Le service oriente très facilement les usagers et les aidants vers le CLIC pour que toutes les possibilités d'aide et d'accompagnement soient inventoriées.

Dans le cas précis des aidants familiaux et des usagers de l'équipe ESA qui peuvent être isolés et épuisés du fait de la maladie particulière, le service oriente vers les associations telles qu'*alpha répit*. Les propositions en lien avec l'accueil de jour *Pause-Café* et l'hébergement temporaire de l'HIPI permettent également d'envisager des relais en soutien à l'aidant familial.

Les locaux du SSIAD sont agréables, situés dans l'enceinte de l'hôpital ils sont faciles à trouver. Ils ne permettent pas l'accueil aisé d'une personne à mobilité réduite mais les locaux du CLIC, voisins, sont alors proposés pour la rencontre.

# C/ Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

14. Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire;

Le service intervient sur prescription médicale. Le SSIAD a formalisé une fiche de synthèse « observation médicale d'entrée »qui est complétée par le médecin traitant.

La fiche relate les antécédents médicaux et chirurgicaux, les addictions, les allergies médicamenteuses et l'histoire de la maladie.

Lors de l'admission, l'infirmière coordinatrice se rend au domicile pour effectuer une première évaluation des besoins et établir un plan d'intervention (jours, moments et durée des passages). La première prise en soins est effectuée par un binôme infirmière et aide-soignante. L'aide-soignante devient la référente du patient, chaque aide-soignante est référente de 5 à 6 patients. Un plan de soins est formalisé puis pendant les 15 premiers jours de la prise en charge l'aide-soignante complète le recueil de données (histoire de vie, attentes).

Le projet personnalisé est ensuite rédigé par la référente qui formalise des objectifs et les soumet à l'équipe et aux cadres lors des réunions de synthèse. Lorsque les objectifs sont validés, le projet est présenté au patient ou à la famille qui peut le refuser.

Les objectifs des projets restent assez généraux (maintien de l'autonomie) et ne sont pas déclinés en actions précises avec indicateurs d'évaluation. Le service est conscient de cette difficulté et a pour objectif de travailler sur les transmissions ciblées et le raisonnement clinique avec le soutien des deux référents du service en transmissions ciblées.

15. Les modes de participation des usagers (ou, le cas échéant de leur représentant légal) à l'élaboration de leur projet personnalisé et à son actualisation; modes de prise en compte des besoins et attentes, des capacités et potentialités des usagers, y compris pour ceux ayant des difficultés de communication; le mode de consultation pour toute décision les concernant.

Les usagers participent au recueil de l'histoire de vie et de leurs attentes. Le résident est consulté sur les objectifs proposés par l'aide-soignante référente et donne ou non son accord.

16. Le rythme d'actualisation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées ;

Les PP sont élaborés depuis 2013. Un tableau de suivi est mis en place depuis un mois. Les renouvellements n'ont pas été formalisés. Auparavant, seuls les plans de soins étaient formalisés.

17. Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant ;

Les modalités d'accès au dossier par le patient sont indiquées dans le livret d'accueil et font l'objet d'une procédure particulière élaborée par la cellule qualité de l'HIPI.

- 18. La prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers ; Les usagers du SSIAD et de l'ESA ne sont pas représentés au CVS de l'hôpital. Ce constat fait l'objet d'un objectif d'amélioration issu de l'évaluation interne prévu pour l'année 2014.
- 19. Les modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement ; Les usagers répondent chaque année à une enquête de satisfaction. Le taux de participation et le taux de patients très satisfaits sont d'environ 70% (TRES SAT : 63% SATISFAIT : 34% NON REPONSE : 3%). Les thèmes abordés sont l'accueil, l'organisation des soins, les soins et l'appréciation globale du service. Les réponses sont analysées par la cellule qualité. Un courrier présentant les résultats de l'enquête et les remerciements de la direction est adressé aux patients. Le délai entre la réponse à l'enquête et le retour aux usagers est trop long : un an. Les aidants et les patients de l'ESA ne reçoivent pas d'enquête de satisfaction spécifique au service.

.

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

20. Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité ;

Le droit à l'intimité et le respect de la dignité font partie intégrante du règlement de fonctionnement qui rappelle les valeurs de la charte des droits et libertés de la personne dépendante.

Les professionnels sont régulièrement invités à réfléchir à ces thèmes lors des réunions de synthèse organisées tous les jeudis.

Le plan de formation de l'HIPI prévoit également des modules sur ces thèmes.

Le groupe bientraitance de l'HIPI, auquel participe l'infirmier adjoint, a élaboré un livret sur la bientraitance et un protocole concernant la toilette bientraitante qui a été diffusé à l'ensemble du personnel et qui est remis aux nouveaux agents lors de la journée d'intégration.

21. Les modalités de traitement et d'analyse des évènements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance ;

La cellule qualité de l'hôpital a élaboré une cartographie des risques à priori.

L'évaluation des risques est assurée par l'analyse des fiches de recueil des évènements indésirables qui sont adressées par les services à la cellule qualité.

Le SSIAD a mis en place en juillet 2013 un recueil des observations et réclamations orale en provenance des usagers qui retrace le détail de la réclamation, l'analyse et la réponse donnée. Les réclamations écrites sont gérés par la Direction (procédure écrite).

22. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'usager; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels;

La prévention des risques a fait l'objet d'un travail d'élaboration de procédures, de formation du personnel à l'utilisation des échelles d'évaluation (BRADEN,ALGO +) ou de fiches de suivi (selles). Les protocoles et procédures applicables au SSIAD et à l'ESA sont dans la base documentaire intranet ce qui amène les soignants à appeler l'encadrement en cas de difficultés au domicile. Le règlement de fonctionnement (page 5) prévoit les modalités d'aménagement du domicile des patients et l'apport de matériel médicalisé. Il prévoit également (page 7) les modalités d'interruption du contrat en cas d'inadaptation des locaux et /ou des matériels en matière d'hygiène et de sécurité. Enfin, il rappelle (page 9) les obligations de l'usager en matière d'installations et de matériel électriques.

La prévention des troubles musculo-squelettiques et la gestion de l'agressivité sont inscrits régulièrement au plan de formation du service.

Les professionnels disposent dans leur véhicule d'une mallette et d'un protocole en cas d'accident d'exposition au sang. Ils ont été formés par l'infirmière en santé du travail.

Le soutien psychologique est assuré par l'encadrement en première intention, si besoin le soignant peut faire appel à la psychologue de l'hôpital. Le service a également déjà fait appel au réseau RESPEL (soins palliatifs) pour accompagner l'équipe.

# 6.2. Abrégé du rapport

## La démarche d'évaluation interne

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne,	2 groupes de travail : 1 pluri-professionnel et le directoire Référentiel UNASSI		
Modalités de participation des usagers	Prise en compte de l'analyse de l'enquête de satisfaction 2011 + Présence d'un représentant des usagers de la CRUQ	Pas de participation spécifique à l'évaluation interne	Lors de la prochaine évaluation s'assurer de la participation effective des représentants des usagers.
Modalités d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité	Plan d'amélioration issu de l'EI formalisé avec le soutien de la cellule qualité de l'HIPI		
Modalités de suivi des résultats	Tableau de suivi formalisé avec actions, responsable, échéance, quelques indicateurs		

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités d'appropriation des recommandations,		Les personnels ne connaissent pas les RBPP	L'appropriation des RBPP lors des groupes de travail thématiques pourrait faire l'objet d'un objectif suivi de la démarche qualité
Mobilisations des recommandations en fonction des	Les recommandations sont citées en	Les recommandations ne sont pas citées en	S'appuyer sur les recommandations pour élaborer le projet de service qui

sujets traités	référence dans le	référence dans le	doit être écrit en 2014 pour 2015 et
	référentiel de	projet de service	en particulier celles concernant la
	l'évaluation interne	échu en 2014 qui	bientraitance : définitions et repères
		n'aborde pas les	pour la mise en œuvre et celle
		thèmes de la	concernant la mission du responsable
		bientraitance et de la	de service et le rôle de l'encadrement
		prévention de la	dans la prévention et le traitement de
		maltraitance	la maltraitance à domicile

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.

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Pertinence du projet	Le projet de service	Le projet ne fait pas	Ecrire le projet de service 2014 en
de service	décline les missions et	référence aux RBPP	faisant référence aux outils de la Loi
	les valeurs du	de l'ANESMS et aux	2002-2 et aux RBPP avec la
	service : respect et	modalités mises en	participation des usagers, des
	professionnalisme.	place pour la	professionnels et des partenaires
	La place de la famille	prévention de la	(RBPP Elaboration, rédaction et
	est rappelée ainsi que	maltraitance et la	animation du projet d'établissement
	la nécessité pour le	promotion de la	ou de service)
	soignant de travailler	bientraitance.	
	en collaboration avec	Il ne fait pas référence	
	celle-ci.	aux outils de la Loi	
		2002-2 et n'aborde	
		pas la notion de	
		confidentialité.	
Adaptation de	Les actions prévues		
l'offre des activités	sont élaborées pour	Les indicateurs de	Formaliser des indicateurs précis et
et des prestations à	répondre de façon	suivi sont peu précis	mesurables permettant le suivi du
la population	précise aux besoins	ou absents	projet
accompagnée	identifiés auprès des		
	patients, le plus		
	souvent par la		
	formation du		
	personnel		

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

Items (5 maximum)		Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Perception du rôle	Les	partenaires		

de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires	interrogés se sont félicités des modalités de coopération et du climat de confiance instauré entre les services	
Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'usager,  Prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu,	La collaboration avec les partenaires des services à domicile et les infirmières libérales est formalisée par des conventions.  Les réunions de concertation ont lieu, organisées par la responsable du SSIAD, pour les prises en charge difficiles ou/et qui nécessitent une coordination pour mettre en place un binôme.	
Contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement).	Il est un des services de la filière gériatrique mis en place par l'HIPI, l'ESA est venue compléter cette plate-forme de services.  Le service participe également aux actions organisées sur le territoire: forum d'aide aux aidants mis en place par le Conseil Général, réflexion en cours sur un projet de « bistrot mémoire »avec la structure de répit « alpha répit », réunion de	

formalisation d'un	
classeur unique	
départemental pour	
les structures d'aide à	
domicile organisée	
par le CLIC.	
L'équipe ESA a	
présenté un poster	
« Création et	
développement d'une	
équipe spécialisée	
Alzheimer (ESA) » au	
Congrès	
Gérontologique de	
l'Ouest en 2013.	

# Personnalisation de l'accompagnement

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne,	ESA: évaluation par ergo ou psychmotricienne, 1 séance prévue avec l'aidant  SSIAD: évaluation par IDE +AS référente		
Conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé,		Les PP sont élaborés depuis 2013. Tous les usagers n'ont pas de projets formalisés (mais disposent de plans de soins). Un tableau de suivi est mis en place depuis un mois. Les renouvellements n'ont pas été formalisés.	Formaliser un projet personnalisé avec et pour chaque patient. Prévoir et suivre les échéances de renouvellement.  Mettre en place dans les projets

Formalisation des		personnalisés des objectifs plus
projets		spécifiques à chaque patient, des
personnalisés	Objectifs des projets	actions précises et évaluables avec
	très généraux, il	des indicateurs selon la RBPP : les
	manque des actions	attentes de la personne et le projet
	précises et des	personnalisé( Chap.6 la co-
	indicateurs de suivi.	évaluation du projet personnalisé).

# L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Effectivité des droits	Les modalités	Tous les usagers	Prévoir de formaliser les avenants
individuels et	d'accès au dossier	n'ont pas signé un	afin de recueillir et tracer les
collectifs et de la	par le patient sont	DIPC (10%)	différents accords et autorisations
participation	indiquées dans le	Le règlement de	donnés par l'usager
collective des usagers,	livret d'accueil et	fonctionnement reste	Reprendre le règlement de
	font l'objet d'une	directif.	fonctionnement en introduisant la
	procédure	Les documents	notion de négociation possible (plan
	particulière	récemment élaborés	d'intervention, projet personnalisé)
		ne sont pas diffusés à	Diffuser à tous les usagers le projet
		l'ensemble des	de service, le livret d'accueil et le
		résidents.	règlement de fonctionnement du
prise en compte de			service.
l'expression des			
usagers pour	Le SSIAD a mis en		
améliorer	place en juillet 2013		
l'accompagnement.	un recueil des		
	observations et		
	réclamations orales		
	en provenance des		
	usagers qui retrace le		
	détail de la		
	réclamation,		
	l'analyse et la		
	réponse donnée.		
	Les réclamations		
	écrites sont gérées au		
	niveau de la direction		
	et font l'objet		
	d'indicateurs de		

|--|

# La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS	Les procédures de détention des clés du domicile et de gestion du dossier de l'usager sont formalisées	Maintien à domicile de nuit de personnes dépendantes, seules la nuit, au lit avec barrières, dans un logement fermé à clef par le service.  La gestion des déchets de soins n'est pas abordée dans les	Réfléchir aux limites du maintien à domicile.  Améliorer l'information de l'usager concernant le type de données partagées entre professionnels afin qu'il donne un consentement éclairé.  Intégrer au règlement de fonctionnement et aux conventions signées avec les infirmières libérales
dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques	Mise en place de référents qui deviennent formateurs internes sur les principaux risques Il existe un groupe de réflexion sur la bientraitance. L'infirmier adjoint du SSIAD en est membre. Journée d'intégration qui aborde les thèmes sécurité et	différents documents  Les protocoles et procédures applicables au SSIAD et à l'ESA sont dans la base documentaire intranet ce qui amène les soignants à appeler l'encadrement en cas de difficultés au domicile.	une information concernant la gestion des déchets de soins et les obligations des parties

b	pientraitance.	
traitement des faits de maltraitance,  I  c  p  a  I  s  n	En cas de suspicion le maltraitance, 'encadrement prend contact avec les personnes ressources afin d'obtenir une analyse collégiale.  La procédure de ignalement en cas de uspicion de maltraitance est en cours d'écriture	

### Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'évaluation externe s'est passée dans de très bonnes conditions. L'ensemble des personnes rencontrées a répondu sans réticence.

Un certain retard à la formalisation des différents documents ne doit pas oblitérer la qualité de l'accompagnement mis en place depuis des années. La personnalisation de l'accompagnement existe dans les faits grâce à la prévenance et à la disponibilité de l'équipe. Les partenaires interrogés se sont félicités des modalités de coopération et du climat de confiance instauré entre les services et les usagers rencontrés ont été unanimes dans l'expression de leur satisfaction. Le SSIAD est particulièrement bien intégré dans le territoire, c'est un de ses points forts.

Il est un des services de la filière gériatrique mis en place par l'HIPI, l'ESA est venue compléter cette plateforme de services. Grâce à ce réseau, le service est en mesure de participer activement à la coordination du parcours de l'usager.

## Méthodologie de l'évaluation externe

Items	
(5 maximum)	
Outils utilisés	Analyse documentaire, entretiens individuels et collectifs, observation, modèle de
	Marchesnay et SWOT
Nombre	
d'entretiens	
conduits	6 entretiens individuels, 7 entretiens collectifs
Durée de	1 journée
l'évaluation	
externe sur le	
terrain	

Commentaires de l'ESSMS				
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe			
La visite du SSIAD de l'Hôpital Intercommunal de la Presqu'île a été réalisée suite à trois jours de visite des EHPAD.  Les processus de direction et supports (DRH, finances, maintenance,) mis en place sur l'ensemble de l'HIPI ont pu ainsi être observés.  L'évaluation externe a été réalisée dans de bonnes conditions.	Le rapport d'évaluation externe a été rédigé de façon très détaillée ce qui peut submerger les constats plus importants.  Cependant, via la formulation de 16 propositions (dont 5 préconisations « rouge ») et 35 points remarquables, le SSIAD de l'HIPI pourra cibler ses axes d'amélioration et sa communication auprès des professionnels et des tutelles.			

# 6.3. Composition de l'équipe d'évaluation

Identité	Muriel COURTAY
Place dans l'équipe d'évaluation	<ul> <li>Évaluateur</li> <li>Spécialiste « Personne âgée »</li> </ul>
Formation	<ul> <li>2013: Evaluateur externe expert des organisations médicosociales certifié AFNOR</li> <li>2009: Master de management et conduite de projets - CNAM de Nantes et Paris. Diplôme de niveau I.         <ul> <li>Montage d'un dossier de création d'entreprise dans le « tourisme durable »</li> <li>Diagnostic et préconisations pour un EHPAD associatif</li> <li>Mission en restauration collective pour obtenir l'agrément sanitaire européen</li> <li>Note d'approfondissement « de l'expert au consultant ; le chemin à parcourir »</li> </ul> </li> <li>1997: Certificat de responsable d'établissements sociaux - CFP de Meslay - Diplôme de niveau II.</li> <li>1981: Diplôme d'état d'infirmière - CHU La Salpetrière - Paris</li> <li>1977: Baccalauréat de technicien en biochimie - Paris.</li> </ul>
Expérience	<ul> <li>Directrice multi sites de 2009 à février 2013 Fondation des Caisses d'Epargne pour la solidarité Résidence Clodomir Arnaud 79270 La Rochenard (75 résidents) et Résidence Les Trois Roix 79270 Frontenay Rohan Rohan (63 résidents)</li> <li>Directrice d'EHPAD de 1997 à 2009 Le Clair Logis - 49710 Le Longeron.</li> <li>1995/1996 : Infirmière coordinatrice en maison de retraite - 85300 Les Herbiers</li> <li>1991/1995 : Infirmière libérale - 85110 Chantonnay</li> <li>1989/1991 : Conjointe collaboratrice - 79300 Cerizay</li> <li>1981/1989 : Infirmière hospitalière - CHU de Caen et Beauvais</li> </ul>

Identité	Corinne BERCHET	
Place dans l'équipe d'évaluation	<ul> <li>Évaluateur</li> <li>Spécialiste « Personne âgée »</li> </ul>	
Formation	<ul> <li>Maîtrise des Sciences et Techniques – UFR (Bobigny) en 2000     Option Cadres Experts en Soins Infirmiers: Gestion et management de la santé,</li> <li>Certificat Cadre Infirmier – CHU (Reims) en 1989</li> <li>Diplôme d'État Infirmier – CH (Thionville) en 1976</li> </ul>	
Expérience	<ul> <li>2005 – 2013 : Cadre Supérieur de Santé – Responsable Qualité et Gestion des Risques des EHPAD du CH de Chaumont</li> <li>2003 – 2005 : Cadre Supérieur de Santé – Maison de retraite ; Unité de Soins de Longue Durée CH Chaumont</li> <li>2001 – 2003 : Cadre supérieur de Santé Chef de projet Accréditation v1 CH de Chaumont et USLD</li> <li>1996 – 2003 : Cadre de santé Attaché à la Direction des soins</li> <li>1994 – 1996 : Cadre de Santé Médecine interne gériatrique</li> <li>1991 – 1994 : Enseignante IFSI /IFAS</li> <li>1977 – 1991 : Cadre infirmier – Maison de retraite ; Unité de Soins de Longue Durée</li> <li>1977 – 1989 : Infirmière Diplômée d'État – CHRU et CH (Thionville, Nancy, Chaumont) Réanimation polyvalente, Chirurgie Infantile, Libérale, Cardiologie, Stérilisation Centrale</li> </ul>	

## 6.4. Engagement de déontologie

<u>J</u>e m'engage à réaliser une évaluation basée sur une approche factuelle et un diagnostic partagé par le responsable de l'établissement évalué.

Je m'engage au respect de l'ensemble de mes interlocuteurs, à mener mes interventions avec pédagogie et courtoisie et à utiliser un vocabulaire adapté.

Je m'engage à refuser tout cadeau ou avantage de la part de la structure évaluée.

Je m'engage à respecter une confidentialité totale des informations fournies par le client ou relatives à l'évaluation (documents, informations orales, conclusion de l'évaluation,...) en dehors des cas spécifiquement requis par la loi.

Dans ce cadre je m'engage à ne transmettre le rapport final qu'à l'établissement évalué. Je m'engage à ne réaliser aucune copie et à détruire l'ensemble des documents collectés dans la structure ou transmis par la structure à l'issue de la validation du rapport final.

Je m'engage à ne réaliser aucune évaluation externe dans une structure dans laquelle j'interviens ou suis intervenu dans un délai de trois ans au regard des actions d'évaluation interne et dans un délai d'un an au regard de toute autre activité. De la même manière, je m'engage à n'exercer aucune activité de conseil ou de formation auprès des structures évaluées dans un délai d'une année.

Je m'engage à refuser de réaliser toute mission en cas de conflits d'intérêts (relations commerciales ou financières avec l'entité évaluée, relations professionnelles en cours ou par le passé, relations privées avec des personnes de la structure évaluée,...).

Je m'engage à réaliser uniquement les évaluations pour lesquelles je dispose des connaissances, du savoir-faire et de l'expérience nécessaires.

Je m'engage à déclarer sans délai et par écrit tout évènement ne me permettant pas de réaliser la mission d'évaluation externe à laquelle je me suis engagé dans les conditions d'indépendance, d'objectivité et de déontologie attendue par le décret du 15 mai 2007.

Je m'engage à maintenir à jour ma connaissance des recommandations de l'Anesm et de la réglementation en vigueur. »

À Blies Ebersing, le 9 mai 2014

**Courtay Muriel** 

**Corine Berchet** 

ougher

A.D.Q. CONSEILS
6 rue des Lilas
57200 BLIES EBERSING
Tél. 06 77 52 31 95
Email: mh@adq-conseils.fr

60/62

2. Recott

### 6.5. Déclaration sur l'honneur des évaluateurs

Je soussignée, atteste sur l'honneur remplir les conditions nécessaires à l'évaluation de l'organisme « SSIAD de l'HIPI » selon les conditions du décret n°2007-975 du 15 mai 2007 ainsi que selon les conditions d'habilitation de la société « A.D.Q. Conseils ».

A Blies Ebersing le 18 Mai 2014

À Blies Ebersing, le 9 mai 2014

**Courtay Muriel** 

**Corine Berchet** 

C. Racht.

oualus

A.D.Q. CONSEILS
6 rue des Lilas
57200 BLIES EBERSING
Tél. 06 77 52 31 95
Email: mh@adq-conseils.fr

# 6.6. Calendrier de réalisation

Horaires	Évaluation portant sur	Interlocuteurs	Mme Courtay Evaluatrice externe	Me Brechet Evaluatrice externe
8h30 – 9h00	Réunion d'ouverture	IDEC et tous personnels disponibles	X	X
9h00h – 10h00	Projet de service, Evaluation interne et organisation du service	Infirmière coordinatrice	X	
9h00 -10h00	La personnalisation de l'accompagnement  - Le dossier du résident - Le projet personnalisé - Les soins et la personnalisation	IDE Adjoint SSIAD		X
10h00-11h00	La personnalisation de l'accompagnement  - Le dossier du résident  - Le projet personnalisé  - Les activités et la personnalisation	IDE Adjoint ESA		X
10h00-11h00	Accueil-Admission-Suivi de l'activité	Secrétaire	X	
11h00-12h00	Management de la qualité Démarche d'appropriation des recommandations des bonnes pratiques Prise en compte des recommandations dans l'évaluation interne	Infirmière coordinatrice IDE Adjoint SSIAD IDE Adjoint ESA	X	X
12h00 – 13h00	La personnalisation de l'accompagnement Respect de la citoyenneté, des droits, libertés et expressions	Ergothérapeute Psychomotricien	X	X
13h00-14h00	Pause	1	1	
14h00-15h00	La personnalisation de l'accompagnement Démarche d'appropriation des recommandations des bonnes pratiques Respect de la citoyenneté, des droits, libertés et expressions	Panel d'AS et ASG	X	X
15h00 – 17h00	Respect de la citoyenneté, des droits, libertés et expressions  L'expression et la participation individuelle et collective des usagers et des familles :	2 Visites à domicile		X
15h00 – 17h00	Respect de la citoyenneté, des droits, libertés et expressions  L'expression et la participation individuelle et collective des usagers et des familles :	2 Visites à domicile	X	
17h00 – 17h30	Préparation de la restitution		X	X
17h30 – 18h	Restitution	Infirmière coordinatrice	X	X
18h-18h30	Réunion de clôture	Personnels disponibles	X	X

# 6.7. Contrat d'évaluation externe et questionnaire évaluatif

(Annexes non paginées)



### Référentiel évaluatif

Ī	Plan Sous-plan		Sous-plan	Thèmatique évaluée	Aspect spécifique à l'établissement
		1.1.	Les outils de la loi 2002-2	Les outils sont-ils présents ? Validés ? Actualisés ? Les outils sont-ils connus des professionnels ? Des usagers ? Les outils sont-ils effectivement utilisés dans la procédure de prise en charge ?	Le LA prévu pour février 2014 est-il élaboré, diffusé?Comment vous assurez-vous de la connaissance des outils par le personnel et les usagers?
		1.2.	Le projet de service et la réflexion éthique	Le projet de service prend-il en compte les besoins spécifiques des différentes populations prises en charge (personnes agées, personnes handicapées, personnes atteintes de maladies chroniques, personnes atteintes de déficiences sensorielles, personnes atteintes de déficience intellectuelle)?  Le projet de service prend-il en compte les particularités de l'intervention à domicile (respect de l'espace privatif, respect de la place de la famille et des aidants, respect des choix de vie de la personne)?  Le projet de service intègre-t-il le maintien de la bientraitance (définition, bases et modalités de la prévention de la maltraitance, rappel de l'obligation de signalement et de la procédure)?  Le projet de service décline-t-il les modalités propres à garantir le respect de la confidentialité et du secret professionnel? Le projet de service intègre-t-il le respect du droit des usagers dans sa politique de gestion des ressources humaines?  Le projet de service fait-il référence aux outils de la loi (utilisation des différents outils tout au long de la prise en charge)?	Les RBPP ont-elles servi d'appui à la réflexion lors de l'élaboration du projet de service?
	Le respect des droits des usagers	1.3.	Le projet de service et la mise en œuvre des droits de l'usager	La charte de la personne accueillie est-elle affichée dans les locaux et figure-t-elle en annexe du livret d'accueil de l'usager ?  Le livret d'accueil est-il systématiquement remis et commenté à l'usager lors du premier contact ?  Le livret d'accueil comporte-t-il le règlement de fonctionnement, la référence à la personne qualifiée et la charte de la personne accueillie ?  Le Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) fait-il référence au règlement de fonctionnement ?  L'usager est-il informé des modalités de sa prise en charge ?  Le consentement éclairé de l'usager est-il recueilli ?  Le dispositif de transmission d'information préserve-t-il la confidentialité des informations relatives à la personne ?  L'existence d'une procédure d'accès au dossier de soins et au dossier de l'usager (loi 2002-303) est-elle mentionnée dans le livret d'accueil ?  Les usagers sont-ils informés des assurances souscrites par le S.S.I.A.D. et des garanties restant à leur charge ?  Le règlement de fonctionnement informe-t-il l'usager de la possibilité d'exprimer une plainte , remarque ou réclamation et les modalités de suivi ?  Le dipositif opérationnel de remontée de plainte est-il en place et connu des professionnels (procédure) ?	Assurez-vous la tracabilité des différentes autorisations données par l'usager? Quelle est la procédure de réponse à l'usager en cas de plainte?
		2.1.	Le Document individuel de Prise en Charge	La prescription médicale constitue-t-elle le préalable indispensable à la prise en charge ?  Le Document individuel de prise en charge est-il élaboré avec la participation de l'usager ou de son représentant légal ?  Les délais réglementaires de remise du D.I.P.C. à l'usager sont-ils respectés (signature et actualisation) ?  Le service propose-t-il à l'usager de contresigner le D.I.P.C. ?  Le D.I.P.C. engage-t-il tous les acteurs, dans le respect des principes énoncés par les différentes chartes (charte de la personne agée dépendante, charte de la personne accueillie) ?  Une alternative est-elle recherchée lorsque le S.S.I.A.D. ne peut donner une suite favorable à la demande ?	Le DIPC est t-il revu annuellement par avenant?

21/03/2014 Page: 1/2



2	la prestation	2.2.	Le projet de soins individualisé	L'IDEC procède-t-il à l'entretien d'évaluation initial préalable à toute prise en charge, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur ?  Le projet de soins individualisé est -il négocié avec l'usager ou son représentant légal (formalise-t-il les modalités d'intervention ?  Constitue-t-il un avenant du D.I.P.C. ?) ?  Le projet de soins est-il réajusté régulièrement selon l'évolution des besoins de l'usager ?  La fin de la prise en charge fait-elle l'objet d'une préparation préalable entre l'usager, son entourage, le S.S.I.A.D. et les différents partenaires éventuels ?  Le service organise-t-il les conditions de la continuité de la prise en charge (les documents nécessaires sont ils établis ? Les différents intervenants sont-ils informés ?) ?	Commment expliquez-vous que 70% des patients n'ait aucun passage du service les week-end ?Le PP est-il élaboré pour tous les patients? Qui est chargé de son élaboration? Est-il évalué? Est-il réajusté?A quel rythme et avec quels outils de tracabilité?
		3.1.	La bientraitance	Les personnel sont-ils formés à la notion de vulnérabilité des usagers ? Un dispositif de soutien des professionnels est-il effectif (groupes de parole, analyse des pratiques	Y a-t-il consensus sur la définition de la maltraitance? Si oui, comment y est-on parvenu? Avec quels outils ou modalités?Comment vous assurez-vous de la permanence de ce consensus?
3	La sécurité des usagers, gestion des risques	3.2.	La sécurité des biens des usagers	Franciscon   Fra	Existe-t-il une procédure concernant les contentions posées par les aidants familiaux?
		3.3.	Les données personnelles et nominatives	Les traitements des données individuelles, informatiques ou non, sont-ils sécurisés et font-ils l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ? L'archivage des données personnelles des usagers, informatisées ou non, est-il sécurisé ?	Les professionnels sont -ils sensibilisés à la sécurité des données qu'ils transportent dans les véhicules de service ?
		3.4.	Les déchets de soins et leur élimination	Une information relative à l'élimination des déchets de soins est-elle diffusée aux intervenants et aux usagers concernés ?	Cette information est-elle intégrée dans les conventions signées avec les intervenants libéraux?
		4.1.	L'insertion dans le contexte territorial	Le service participe-t-il à l'analyse des besoins sur le territoire concerné (participation à l'élaboration des schémas départementaux) ?  Le service a-t-il établi le catalogue des ressources disponibles sur le bassin d'intervention ?  Le service développe-t-il tous les partenariats nécessaires pour répondre aux besoins des usagers ?  Des conventions sont-elles signées avec les partenaires ? Des conventions de coopération sont-elles signées avec d'autres structures (centre hospitalier, EHPAD, SSR, CCAS, soins palliatifs, HAD, secteur psychiatrique) ?  Les conventions obligatoires pour l'intervention des professionnels libéraux sont-elles effectives ? Ces conventions sont-elles régulièrement évaluées ?	La coopération avec les services d'aide à domicile est -elle coordonnée par le service?

21/03/2014 Page: 2/2

# SSIAD de l'Hôpital Intercommunal de la Presqu'île 2014 **COMITE DE SUIVI – EVALUATION EXTERNE** Composition

M. DUMORTIER, directeur Mme GUERIN, directrice des soins Mme RUSSON, cadre de santé Mme DELROT, responsable qualité

> Le Directeur par délégation, ormunal or Le Directeur Adjoint,

GUERANDE Christophe PRESSE

### ENGAGEMENT DU CANDIDAT

### Présentation du candidat

Nom, prénom: HOLZMANTER Para Giral
Agissant pour son propre compte  A.D.Q. Consetts  For use des Lilas  Adresse du siège social.  Adresse du siège social.  A.D.Q. Consetts  For use des Lilas  57200 BLIES EBERSING  Tét. 06 77 52 31 93  Email: mh@adg-consells fr.
Compte à créditer 3000400452000 1003 224394

### Déclaration du candidat

Le candidat atteste sur l'honneur :

- a)- qu'il n'a pas fait l'objet au cours des 5 dernières années d'une condamnation définitive pour l'une des infractions prévues aux articles 222-38, 222-40, 313-1 à 313-3, 314-1 à 314-3, 324-1 à 324-6, 421-2-1, 421-5 alinéa 2, 433-1, 434-9 alinéa 2, 435-2, 441-1 à 441-7, 441-8 alinéas 1 et 2, 441-9 et 450-1 du Code Pénal, ou ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pour une infraction de même nature dans un autre Etat de l'Union Européenne ;
- b)- ne pas avoir fait l'objet, depuis moins de cinq ans d'une condamnation définitive pour l'infraction prévue par l'article 1741 du Code général des impôts ou une infraction de même nature dans un autre Etat de l'Union Européenne,
- c)- qu'il n'a pas fait l'objet, au cours des cinq dernières années, d'une condamnation inscrite au bulletin n° 2 du casier judiciaire pour les infractions visées aux articles L 8221-1, L 8231-1, L8241-1 et L 8251-1 du Code du Travail ou des infractions de même nature dans un autre Etat de l'Union Européenne ;
- d) qu'il n'est pas en état de liquidation judiciaire au sens de l'article L 620-1 du Code de Commerce ou ne pas faire l'objet d'une procédure équivalente régie par un droit étranger ;
- e)- qu'il n'est pas déclaré en état de faillite personnelle, au sens de l'article L 625-2 du même Code du Commerce ou faire l'objet d'une procédure équivalente régie par un droit étranger ;
- f) et qu'il n'est pas admis au redressement judiciaire, au sens de l'article L 620-1 du Code de Commerce, ou à une procédure équivalente régie par un droit étranger, sans justifier d'une habilitation à poursuivre son activité pendant la durée prévisible d'exécution du marché.
- g) avoir, au 31 décembre de l'année précédant celle au cours de laquelle a lieu le lancement de la consultation, souscrit les déclarations lui incombant en matière fiscale et sociale et acquitté les impôts et cotisations exigibles à cette date, ou s'être acquitté spontanément de ces impôts et cotisations avant la date du lancement de la

présente consultation ou avoir constitué spontanément avant cette date des garanties jugées suffisantes par le comptable ou l'organisme chargé du recouvrement ;

- h) qu'il est en règle, au cours de l'année précédant celle au cours de laquelle a lieu le lancement de la consultation, au regard des articles L 5212-2, L 5212-5 et L 5212-9 du Code du Travail concernant l'emploi des travailleurs handicapés.
- i) dans le cas où j'emploie des salariés, de la réalisation du travail par des salariés régulièrement employés au regard des articles L 1221-10 à L1221-12, L3243-1 et R3243-1 du code du travail. (Article D8222-5-3).

Les attestations ou certificats des organismes sociaux et fiscaux, un extrait de l'inscription au registre du commerce et des sociétés (K ou K Bis) ou autres documents permettant d'identifiés l'entreprise devront être remis au plus tard dans un délai de dix jours après demande de l'hôpital intercommunal de la Presqu'île. Si le candidat ne peut produire ces documents dans le délai imparti, l'offre est rejetée et la candidature éliminée.

A Slica Ehon ( Le 23 sept 2013

Nom et signature 

Cachet de la société 

Cárat

Engagement du candidat	Acceptation de l'offre	
Engagement du candidat  Mon offre m'engage pour la durée de la validité fixée à 120 jours.  A Slice Eberrie le 13. sept. le 13.  Le Candidat:  A.D. Conseils  6 rue des Lilas 6 rue des Lilas 7200 BLIES EBERSING 57200 BLIES EBERSING 57200 BLIES EBERSING Email: mh@adq-conseils.fr Email: mh@adq-conseils.fr	Acceptation de l'offre  La présente offre est acceptée pour :  Sa totalité  Les lots suivants :  LOT 1 :  Au Croisic, le  Le représentant du Centre Médico-Social du Croisic — Fondation Saint-Jean de Dieu  La Directrice  Geneviève LEVRON-DELOSTAL  LOT 2 :  A Paris, le  Le représentant du Centre Médico-Social Lecourbe — Fondation Saint-Jean de Dieu  La Directeur  Michel CAPPE	
	A Marseille, le	
	Le représentant de l'EHPAD Saint-Barthélemy – Fondation Saint-Jean de Dieu	
	La Directeur	
	Olivier QUENETTE	

LOT 4:

A Marseille, le

Le centre d'hébergement et de réinsertion sociale Forbin –
Fondation Saint-Jean de Dieu

La Directeur

Georges KEMMERLOCHER

LOT 5:

A Guérande, le 03 novembre 2013

Le représentant de l'hôpital Intercommunal de la presqu'île

Le Directeur

GUERANDE Daniel DUMORTIER

### Avertissement:

Le présent document a pour objet de servir de support unique pour la passation du marché dont l'objet est indiqué au Chapitre I.

Il contient à la fois :

- les mentions qui relèvent du règlement de la consultation
- le Cahier des Clauses Particulières
- les mentions de l'Acte d'Engagement

## **OFFRE FINANCIERE ET PRESTATIONS ASSOCIEES**

### LOT 1 : Centre Médico-social du Croisic - Fondation Saint-Jean de Dieu

Elape	Durée	Coût HT	TVA	Cour TTC
Elaboration de la méthodologie et du calendrier	1 jour x 1 personne	650 €	127,40€	777,40 €
Visite sur site	3 jour x 2 évaluateurs	5400€	1058,40€	6442,20 €
Elaboration du des	1 jour x 1 personne	650-€	<del>127,40 €</del>	<del>777,40 €</del>
rapports d'évaluation externe	2 jours x 1 personne	1.300 €	254,80€	1554,80 €
Cout total de la				6700 € HT
prestation				7350 € HT
	8013,20 € TTC (TVA 19,6%)			
	8790,60 €TTC (TVA 19,6%)			

A Blies Ebersing

Le 23 septembre 2013

Les dates des 24-25-26 mars 2014 sont disponibles pour l'évaluation sur site des établissements. La méthodologie prévoit la restitution finale en fin de la dernière journée d'évaluation sur site, le pré rapport est livré 30 jours après l'évaluation sur site.

Votre attention est attirée sur le fait que la liberté de choix des évaluateurs peut être limitée par le fait de respecter les dates imposées.

Nom et signature : Marc HOLZHAMMER, Gérant

Cachet de la société

6 rue des Lilas 57200 BUES EBERSING Tél. 06 77 52 31 95 Email : mh@adp-conseils.fr

LOT 5: Hôpital Intercommunal de la Presqu'île

Etape	Durée	Coût HT	TVA	Coût TTC
Elaboration de la méthodologie et du calendrier	1 jour x 1 personne	650€	127,40€	777,40€
Visite sur site	4 jours x 2 évaluateurs	7200€	1411,20€	8611,20€
Elaboration <del>du</del> des	1 jour x 1 personne	<del>650 €</del>	<del>127,40 €</del>	<del>777,40</del> €
rapports	2 jours x 1 personne	1.300€	254,80€	1554,80€
d'évaluation externe				
Cout total de la				8500 € HT
prestation				9150 € HT
	10.166,00 € TTT (TVA 19,6%)			
	10.943,40 €TTC (TVA 19,6%)			

A Blies Ebersing

Le 14 octobre 2014

Les dates des 17-18-19-20 mars 2014 sont disponibles pour l'évaluation sur site des établissements. La méthodologie prévoit la restitution finale en fin de la dernière journée d'évaluation sur site, le pré rapport est livré 30 jours après l'évaluation sur site.

Votre attention est attirée sur le fait que la liberté de choix des évaluateurs peut être limitée par le fait de respecter les dates imposées.

Nom et signature : Marc HOLZHAMMER, Gérant

Cachet de la société

Tél. 06 77 52 31 95 Email : mh@adq-conseils.h

A.D.Q. CONSEILS 6 rue des Lilas 57200 BLIES EBERSINO