

SSIAD

Centre Hospitalier Edmond Garcin
608, avenue du 21 Août 1944
13677 AUBAGNE
N° Finess : 13 080 633 4

RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

SOCRATES
L'éthique comme compétence

Décembre 2014

Evaluation externe réalisée par :

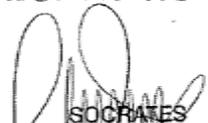
SOCRATES
Parc d'Activité des Glaisins
14 rue du Pré Paillard
74940 Annecy-Le-Vieux
Tél. : 04.50.10.47.63
Fax : 04.50.68.41.08
www.socratesonline.com

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

Évaluateurs :
Annick MINNITI
Floris THOUMELIN

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

Sabrina Dirand
Directrice associée


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



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

DECISION n°H2010-10-583 PORTANT HABILITATION A L'ÉVALUATION EXTERNE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fait à Saint-Denis, le 8 septembre 2010

Le Directeur de l'Anesm
Didier CHARLANNE

SOMMAIRE

SECTION 1 : Éléments de cadrage	6
1. L'ÉTABLISSEMENT ÉVALUÉ : SSIAD Centre Hospitalier Edmond Garcin	7
1.1 Présentation administrative	7
1.2 Historique et implantation géographique	8
1.3 La vocation, les missions et prestations proposées	8
1.4 La population accueillie	10
1.5 Le personnel.....	11
1.6 Les locaux	12
2. Le contexte de l'évaluation externe	13
3. La procédure d'évaluation externe	13
3.1 Le cabinet retenu pour l'évaluation externe	13
3.2 Le questionnaire évaluatif : les choix opérés.....	17
3.3 Démarche / Méthode	18
3.4 Modalités de recueil des informations (source d'information et consultation des parties prenantes)	19
3.5 Difficultés rencontrées.....	20
4. Le diagnostic initial.....	21
4.1 Plan d'amélioration qualité / conclusions de l'évaluation interne	21
SECTION 2 : Résultats de l'analyse détaillée.....	22
1. STRATEGIE, PROJET ET OUVERTURE SUR L'ENVIRONNEMENT	24
1.1 Effectivité du projet de l'ESSMS	24
1.1.1 Le projet associatif / de groupe ou global	24
1.1.2 Le projet d'établissement / service	24
1.1.3 Les promesses du projet d'établissement ou de service	25
Les professionnels s'engagent dans un processus d'accompagnement qui vise à :.....	25
1.1.4 Les outils de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002	25
1.1.5 La charte des droits et libertés de la personne	25
1.2 Liens entre l'ESSMS et son environnement.....	26
1.2.1 Les partenariats institutionnels internes et externes	26
1.2.2 Les parties prenantes externes de l'accompagnement :	27
1.3 Perception de l'ESSMS et de ses missions par les partenaires, professionnels libéraux et les usagers :	28
1.3.1 Point de vue des partenaires	28
1.3.2 Point de vue des libéraux	28
1.3.3 Point de vue des usagers et familles.....	28
2. PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET INDIVIDUALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT	29
2.1 Evaluer avec les usagers leurs besoins et leurs attentes dans le cadre du PE.....	29
2.1.1 Liens entre les besoins des usagers et le PE / PS	29
2.1.2 Association des usagers dans l'élaboration du PE / PS	29
2.1.3 Réévaluation du PE / PS en intégrant l'évolution des besoins des usagers.....	29
2.2 Le projet personnalisé	30
2.2.1 Recueil des besoins et attentes des usagers	30
2.2.2 Formalisation du projet à ses besoins.....	30

2.2.3	Mise en œuvre effective du projet.....	30
2.2.4	Evaluation et Actualisation du projet	31
2.2.5	Participation de l'utilisateur et de sa famille.....	31
2.3	Réponses apportées par l'ESSMS aux attentes exprimées par les usagers.....	32
2.3.1	L'accueil / L'admission.....	32
2.3.3	La maintenance et l'entretien des locaux	32
2.3.4	Les soins.....	33
2.4	Capacité de l'ESSMS à faciliter, valoriser l'expression et la participation de l'utilisateur.....	34
2.4.1	Les modalités de participation et d'expression des usagers	34
2.4.2	Prise en compte des besoins / de la parole de l'utilisateur	34
3	DEMARCHE QUALITE	35
3.1	Capacité à observer les changements et à adapter son organisation.....	35
3.1.1	La démarche qualité	35
3.1.2	L'évaluation interne et les suites réservées	35
3.2	Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques (RBPP) de l'ANESM dans la délivrance des prestations.....	36
3.2.1	Connaissance et diffusion des RBPP	36
3.2.2	Mise en œuvre des RBPP.....	36
3.3	Modalités de gestion des risques	37
3.3.1	Hygiène et sécurité.....	37
3.3.2	Prévention des situations de crise	38
3.3.3	Recueil et gestion des événements indésirables	38
	Une fiche de recueil des événements indésirables est mise en place. Elle est connue du personnel. Les événements indésirables sont suivis par la cellule qualité.	38
4	ORGANISATION, FONCTIONNEMENT ET RESSOURCES HUMAINES.....	39
4.1	Capacité de l'ESSMS à assurer la cohérence et la continuité des actions.....	39
4.1.1	Modalités de coordination interne et externe.....	39
4.1.2	Continuité et cohérence du Soin (care).....	39
4.1.3	Gestion du dossier de l'utilisateur	40
4.2	Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective.....	40
4.2.1	Le management	40
4.2.2	La communication interne	41
4.2.3	Les écrits professionnels.....	41
4.2.4	La politique RH.....	41
4.3	Mise en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation relatifs à la fatigue professionnelle	43
4.3.1	Groupe d'analyse de la pratique.....	43
4.3.2	Prévention des risques psychosociaux	43
4.3.3	Supervision	43
4.3.4	CHSCT	43
4.3.5	Délégués du personnel / syndicats	43
4.3.6	DUERP.....	44
4.3.7	Chiffres clés	44
5.	Conclusion : le climat éthique et bien-être de la structure	45
	SECTION 3 : Synthèse ANESM.....	47
	Introduction	48
1.	Mesure de la qualité et suites réservées à l'évaluation interne	48

2. La prise en compte des RBPP de l'ANESM.....	49
A. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers.....	50
1. Les critères d'élaboration du Projet	50
2. La mise en œuvre effective du PEPS : les outils de la loi 2002-2	50
3. Evaluation et actualisation du PEPS.....	50
4. L'organisation/la garantie de la qualité en terme de ressources humaines mobilisées.....	51
B. L'ouverture du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique	52
1. L'inscription de l'ESMS dans son environnement.....	52
2. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS	52
C. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers	53
1. Effectivité du PP	53
2. Les moyens de participation individuel et collectif des usagers et prise en compte des résultats/ accès à l'information.....	53
D. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	54
1. Les conditions de garantie du respect de la dignité et du droit à l'intimité.....	54
2. Gestion des événements indésirables et de la maltraitance	54
3. La politique de prévention des risques relatifs aux spécificités des usagers	54
SECTION 4 : Annexes	55
Annexe 1. L'Abrégé	56
Annexe 2. Contrat d'engagement du prestataire.....	70
Annexe 3. Décision d'attribution du marché.....	71
Annexe 4. Charte des évaluateurs	72
Annexe 5. Processus d'évaluation externe (présentation schématique).....	74
Annexe 6. Calendrier de mise en œuvre	75
Annexe 7. Equipe d'évaluateurs.....	76
Annexe 8. Référentiel d'évaluation externe.....	77
Annexe 9. Liste des pièces techniques fournies par l'ESSMS	79
Annexe 10. Liste des personnes consultées	80



SECTION 1 : Éléments de cadrage

1. L'ETABLISSEMENT EVALUE : SSIAD Centre Hospitalier Edmond Garcin

1.1 Présentation administrative

- Organisme gestionnaire

Raison sociale	Centre Hospitalier Edmond Garcin
Nom et titre du représentant légal	Alain TESSIER, Directeur
Adresse postale	608, avenue du 21 Août 1944 13677 AUBAGNE
Téléphone	04 42 84 70 00

- Etablissement évalué

Nom de l'ESSMS	SSIAD Centre hospitalier Edmond Garcin		
Adresse postale	Maison du Parc 608, avenue du 21 août 1944 13677 Aubagne cedex	Téléphone	04 42 84 71 47
		Fax	04 42 84 75 25
N° SIRET	261 300 024 00054	N° Finess	13 080 633 4
Type d'établissement	Service de soins infirmiers à domicile.		
Direction	Directeur : Alain TESSIER		
Email	atessier@ch-aubagne.fr ; direction@ch-aubagne.fr		

Date d'autorisation initiale	13/08/1985	
Date de renouvellement de l'autorisation	Octobre 2007	
Date de signature de la convention tripartite	NA	
Date de dépôt de l'évaluation interne	Décembre 2013	
Financier	CRAM	
Budget de fonctionnement	2013 : 498 5400.20€ dont 8000€ de crédits non reductibles.	2014 : 528 383.29€ dont 35 000 € de crédits non reductibles.

1.2 Historique et implantation géographique

Le Service de soins infirmiers à domicile est un service du Centre Hospitalier Edmond Garcin d'Aubagne. Il est implanté dans les locaux de la Maison du Parc situés au 608, avenue du 21 août 1944 depuis 1986.

Il dispose de 26 places destinées à la prise en charge à domicile des personnes âgées de 60 ans et plus. Une extension de 12 places permet depuis 2006 d'offrir un accompagnement à des adultes handicapés. Il intervient sur Aubagne mais aussi sur les communes de :

Auriol, Carnoux, Cassis, Cuges-les-Pins, Gemenos, La Penne-sur-Huveaune, Roquefort-la-Bédoule, Roquevaire.

1.3 La vocation, les missions et prestations proposées

Philosophie de l'accompagnement

Le SSIAD s'attache à conserver une qualité de vie aux personnes dépendantes ayant fait le choix d'une prise en charge à domicile. Il propose un accompagnement et l'intervention de professionnels qui viendront en soutien des familles soigner et « prendre soin des bénéficiaires ». Il apporte, grâce à un personnel qualifié compétent, des réponses évolutives aux besoins définis par l'état de santé des personnes afin de leur préserver au maximum leur autonomie.

Le consentement éclairé de l'utilisateur est recherché dans le respect des droits et libertés des personnes âgées dépendantes. Celui-ci sera pris en charge dans une démarche éthique qui se réfère :

- à la charte de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance
- et aux principes édictés dans la charte des soins palliatifs et de l'accompagnement.

Les missions

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

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

- 1° Evaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux;
- 2° Protection administrative des personnes âgées ;
- 3° Actions médicales, thérapeutiques adaptées aux besoins de la personne , à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;
- 4° Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;
- 5° Actions contribuant au développement social et culturel ;

L'établissement SSIAD Centre hospitalier Edmond Garcin appartient à la catégorie décrite dans l'article L312-1 du code de l'action sociale et de la famille. La mission des SSIAD est définie depuis le décret n°81-448 du 8 mai 1981. Deux décrets successifs et une circulaire vont procéder à la mise en conformité avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale :

le 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 ;

le décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005 portant codification de certaines dispositions relatives à l'action sociale et médico-sociale et modifiant le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

la circulaire DGAS/2C/2005-111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile. Cette mission s'inscrit dans une mission d'intérêt général qui consiste en des actions de soutien, de prévention, d'éducation, de soins et d'accompagnement y compris à titre palliatif ou dans le cadre de démence au domicile.

Les schémas régionaux et départementaux qui orientent également l'activité de la résidence sont les suivants :

- Le schéma départemental en faveur des personnes âgées
- Le schéma départemental en faveur des personnes handicapées
- Le SROS/PRS de PACA 2012-2016

L'offre de service

Le SSIAD organise un accompagnement des personnes âgées et handicapées afin de soutenir le maintien à domicile :

Il propose une aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne qui ne peuvent être accomplis par les auxiliaires de vie.

Il exerce une vigilance pour assurer le maintien en bonne santé de la personne, il exerce aussi des actions préventives et pédagogiques pour favoriser une évolution positive des capacités de la personne et la préservation de sa qualité de vie. Il est le cœur du réseau qui se met en place. Il établit une communication avec les aidants naturels, avec les acteurs qui interviennent en complémentarité du SSIAD pour un suivi et une cohérence des interventions autour de l'utilisateur.

Les moments de fin de vie font l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des habitudes de vie du patient et de sa famille.

1.4 La population accueillie

Capacités d'accueil	-26 places pour des personnes âgées, -12 places pour des adultes handicapés.
Caractéristiques des personnes accueillies	-des personnes âgées de soixante ans et plus malades ou dépendantes, -des personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap, -des personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques.

Activité sur la période janvier – octobre 2014

Mois	Nb jours dans mois	Nb de journées réalisées	Cumul de journées réalisées	Nb bénéficiaires	Activité mens. %	Moyenne Patients/jour	Activité cumulée %
Janvier	31	675	675	24	83,75%	21,77	83,75%
Février	28	647	1322	24	88,87%	23,11	86,18%
Mars	31	682	2004	24	84,62%	22,00	85,64%
Avril	30	663	2667	23	85,00%	22,10	85,48%
Mai	31	681	3348	25	84,49%	21,97	85,28%
Juin	30	679	4027	24	87,05%	22,63	85,57%
Juillet	31	716	4743	25	88,83%	23,10	86,05%
Aout	31	732	5475	25	90,82%	23,61	86,66%
Septembre	30	703	6178	25	90,13%	23,43	87,04%
Octobre	31	709	6887	25	87,97%	22,87	87,13%
Novembre	30						
Décembre	31						

Répartition des personnes accueillies par sexe en 2013 et 2014 (période janvier – octobre 2014)

	2013			2014		
	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL
60 à 74 ans	3	0	3	4	1	5
75 à 84 ans	1	7	8	1	7	8
85 à 95 ans	5	17	22	6	13	19
de 95 ans	0	0	0	1	1	2

Répartition des personnes accueillies par type de situation au domicile en 2013 et 2014 (période janvier – octobre 2014)

	2013	2014
Personnes vivant avec des personnes de la génération suivante	5	4
Personnes vivant en couple ou avec des personnes de la même génération	15	15
Personnes vivant seules	14	16

Répartition des personnes accueillies selon leur domicile en 2013 et 2014 (période janvier – octobre 2014)

Localisation des patients ville habitation	2013	2014
Personnes domiciliées dans la commune d'AUBAGNE	28	25
Personnes domiciliées dans la commune d'AURIOL	0	0
Personnes domiciliées dans la commune de CARNOUX	3	5
Personnes domiciliées dans la commune de GEMENOS	2	4
Personnes domiciliées dans la commune de LA PENNE / HUVEAUNE	2	1
Personnes domiciliées dans la commune de ROQUEFORT LA BEDOULE	1	1
Personnes domiciliées dans la commune de ROQUEVAIRE	0	1

Répartition des personnes accueillies selon leur GIR en 2013 et 2014 (période janvier – octobre 2014)

Répartition des patients par Groupe Iso Ressource	2013	2014
GIR 1	5	2
GIR 2	9	8
GIR 3	2	1
GIR 4	14	18
GIR 5	1	4
GIR 6	4	4

1.5 Le personnel

L'équipe du SSIAD est constituée par des professionnels diplômés qui travaillent sous la responsabilité d'une cadre de santé coordinatrice. Si nécessaire, d'autres professionnels paramédicaux peuvent être associés à la prise en charge : infirmiers libéraux, psychologues, assistantes sociales etc.

La cadre de santé : responsable du service, elle en assure le fonctionnement interne. Elle est chargée de l'accueil des personnes, de l'évaluation de leurs besoins, de l'organisation des soins et de la coordination des différents intervenants. Elle met en lien le service avec les autres établissements médico-sociaux ou de santé et les professionnels libéraux.

L'infirmier : depuis 2011 le SSIAD n'emploie plus d'infirmier salarié. Le bénéficiaire a le libre choix de son infirmier libéral qui a pour obligation de passer convention avec le SSIAD. Les cabinets d'IDE libéraux facturent leurs actes au SSIAD.

Les aides-soignants (es) : Ils réalisent, sous la responsabilité du cadre de santé, les soins de base et les soins relationnels relevant de leurs compétences (soins d'hygiène, aides aux actes essentiels de la vie). Sont exclues les tâches relevant de l'aide-ménagère.

Le personnel administratif :

Il assure le suivi des dossiers administratifs et l'accueil physique et téléphonique durant les heures d'ouverture du bureau. Il assure le renouvellement des prolongations de soins en lien avec la CRAM, il veille à la bonne tenue des dossiers de soins.

Tableau des effectifs pour la prise en charge des personnes âgées :

	Cadre infirmier	Aides-soignantes	Secrétariat
Effectifs Physiques : 10	1	8	1
ETP : 8,4	0,3	7,8	0,3

ORGANIGRAMME DU S.S.I.A.D.

Les locaux du service se trouvent au rez-de-chaussée de la Maison du Parc
et se composent essentiellement de bureaux.

Cadre de Pôle

Nicole GRAVE
(C.S.S.)

Cadre de Santé AMISTA
Coordinatrice du Pôle «Gérontologie »

Thérèse DULUC

Coordinatrice du SSIAD

Astrid ROMANO

Aide-soignant(e)s

BERNARD S.	CIBRARI C.	HADJACENE M.	BENNOURI S.	GUIGNARD M.
LESAGE D.	BOUKOULT H.	MURELLO R.	RASETA T.	RAULOT S.

Secrétaire

SARAIVA Brigitte

Horaires de travail : 07h30 – 15h00
07h30 – 12h30 /17h00 –19h30

Version juillet 2014

1.6 Les locaux

L'espace dédié au SSIAD comporte 90 M² intégrés dans le bâtiment dénommé Maison du Parc (propriété de l'hôpital depuis 1981) implantée sur un vaste terrain de 9200 M².

Les locaux du SSIAD sont composés d'un secrétariat et d'un bureau réservé à la cadre de santé. Le bureau des soignants consiste en une vaste pièce qui regroupe le personnel au moment des relèves, pour les réunions de services et les transmissions. Un vestiaire est installé à proximité. Les locaux sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Une signalétique est mise en place à l'intérieur de la Maison du Parc pour faciliter l'accueil des usagers.

2. Le contexte de l'évaluation externe

L'évaluation externe s'inscrit dans la continuité de la démarche qualité globale qui engage la totalité du centre hospitalier Edmond Garcin.

Elle fait suite à l'évaluation interne qui s'est déroulée en 2013.

La démarche d'évaluation externe a été impulsée et pilotée globalement au niveau du SSIAD par le cadre supérieur de santé, le cadre de santé d'AMISTA (coordinatrice du pôle gériatrique). Le pilotage opérationnel de l'évaluation est assuré par l'encadrement du pôle de gériatrie et le service qualité.

Une jeune cadre de santé a pris nouvellement ses fonctions comme coordinatrice du service de soins infirmiers à domicile (juillet 2014) : elle n'a que partiellement participé à l'évaluation interne.

3. La procédure d'évaluation externe

3.1 Le cabinet retenu pour l'évaluation externe

▪ Présentation du cabinet

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

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

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

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

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

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

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

▪ **Valeurs et Déontologie des évaluateurs :**

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



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

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

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

▪ **Vision de l'évaluation externe**

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

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

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

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

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

2) Une démarche collaborative et partagée...

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

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

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

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

3) Une approche personnalisée mais qui traite de thématiques incontournables

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

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

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

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

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

3.2 Le questionnement évaluatif : les choix opérés

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

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

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

Ce référentiel reprend les 15 thèmes du décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux, Chapitre II, section3.

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

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

3.3 Démarche / Méthode

▪ Processus et étapes de l'évaluation externe

Le processus retenu pour la conduite de l'évaluation externe du SSIAD CH Edmond Garcin est un processus en 3 étapes. Chacune de ces étapes a été détaillée en sous étapes.

L'évaluation externe a été conduite par Floris Thoumelin et Annick Minniti sur une durée totale de 8,5 jours, répartis de la façon suivante :

Etapes clés de l'évaluation externe	Période	Nombre de jours homme
Phase 1 : Préparation de l'évaluation externe		
- Préparation de la démarche et du cadre évaluatif avec la Direction médicale et qualité	Semaines 26 à 43	2 j
- Analyse des documents techniques		
Phase 2 : Réalisation de la visite d'évaluation externe		
Intervention sur site (information autour de la démarche et évaluation sur site)	Semaine 48 (27 et 28/11/2014)	3,5 j
Phase 3 : Finalisation de l'évaluation externe		
Analyse des données et rédaction du pré rapport	Semaines 49 à 51	1,5 j
Réalisation des échanges autour du pré rapport	Semaine 52 / 01	0,5 j
Rédaction et finalisation du rapport	Semaine 02	1 j
Total des journées		8,5 jours

Cf. Annexe, graphique processus.

▪ Liens Siège / Etablissement

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

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



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

recueillir des informations et d'optimiser la collecte des données en entretien (les questions sont alors ciblées et approfondies en fonction des résultats de l'étude documentaire).

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



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

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

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

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

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



Entretiens individuels

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

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

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



Entretiens collectifs

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

2 publics sont concernés :

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

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

3.5 Difficultés rencontrées

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

4. Le diagnostic initial



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

Dans le cadre de l'évaluation externe du SSIAD du CH Edmond Garcin le diagnostic initial s'appuie sur plusieurs supports clés :

- le plan d'amélioration de la qualité issu de l'évaluation interne qui s'est déroulée pendant l'année 2013 ;
- l'enquête de satisfaction effectuée entre le 24/02 et le 28/03/2014.

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

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

- Au regard de l'évaluation interne de décembre 2013 les équipes ont pu mettre en évidence 10 axes d'amélioration :
- Il n'existe pas de procédure formalisée définissant l'accueil lors du premier rendez-vous. Néanmoins, l'organisation est reproductible et connue de tous (fiche action n°1) ;
- Chaque personne accueillie a un référent connu mais il n'existe pas de procédure formalisant le rôle du référent, bien que les agents le connaissent (fiche action n°2) ;
- Il n'existe pas de procédure formalisée fixant les conditions de détention et d'utilisation des clés de la personne prise en charge. Néanmoins, une organisation existe qui est connue de tous (fiche action n°4) ;
- Il n'existe pas de livret d'accueil des stagiaires et des nouveaux personnels, bien que l'accueil soit organisé (fiche action n°5) ;
- Il existe un relevé des réclamations téléphoniques et même si celles-ci sont traitées dans l'immédiat, il n'y a pas d'analyse de ces réclamations (fiche action n°6) ;
- Les projets de vie sont, en règle générale, élaborés dans le mois suivant l'admission et les projets de soins personnalisés sont réévalués annuellement ou plus rapidement si nécessaire. Cependant, ce suivi n'est pas formalisé (fiche 7) ;
- Les objectifs du service et du pôle sont connus des personnels mais ne sont pas portés à la connaissance des bénéficiaires et des familles (fiche action n°8) ;
- Les places handicapées ne sont pas correctement identifiées sur le parking (fiche action n°9) ;
- Une réflexion est menée pour mettre en conformité le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement au regard de la réglementation (fiches action n° 3 - 10).

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



SECTION 2 : Résultats de l'analyse détaillée

CONSIGNES DE LECTURE

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

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

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

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

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



Les informations présentées dans ce paragraphe s'appuient sur les données collectées le 27 et le 28/11/2014 :

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

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

1. STRATEGIE, PROJET ET OUVERTURE SUR L'ENVIRONNEMENT

1.1 Effectivité du projet de l'ESSMS

1.1.1 Le projet associatif / de groupe ou global

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

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

1. Amélioration continue de la qualité : poursuite de l'amélioration des pratiques professionnelles et des organisations, poursuite de l'amélioration de la prise en charge de la douleur, développement de l'évaluation de la satisfaction des usagers, communication et mise en œuvre d'une gestion documentaire informatisée (développement et évolution des sites internet et intranet).
2. Amélioration continue de la sécurité et gestion des risques : poursuite de la prévention du risque infectieux et surveillance des infections nosocomiales, poursuite de la sécurisation du circuit du médicament, organisation de la gestion des risques associés aux soins, déploiement de la cartographie des processus à risque, mise en œuvre d'une gestion des risques et sécurités sanitaires informatisées (pérennisation et coordination des actions).
3. Développement durable : poursuite de la coopération avec la ville et la communauté d'agglomération, sensibilisation et développement des comportements éco-responsables.

1.1.2 Le projet d'établissement / service

Le projet de service du SSIAD s'inscrit dans les orientations du SROMS PACA 2012-2016 partagées entre personnes âgées et personnes en situation de handicap. Le CPOM signé en juillet 2012 prévoit de consolider et de compléter la filière de soins gériatriques en s'inscrivant dans la prise en charge coordonnée de la maladie d'Alzheimer et en créant un réseau médico-social.

Le SSIAD s'attache à développer une politique de qualité de vie et favoriser l'intervention de tous les partenaires sociaux et des familles afin d'optimiser le maintien à domicile dans le respect de la dignité de la personne soignée. Il reprend les grands axes définis dans le projet de soins du pôle 2011-2015 en poursuivant les réflexions ou les actions en cours :

- Elaboration et évaluation des projets de vie pour une prise en charge bienveillante et personnalisée ;
- Actualisation des fiches de poste du service en cohérence avec le projet GPMC ;
- Evaluation du partenariat avec les infirmiers libéraux ;
- Formation d'un référent pour la mise en place d'un projet d'éducation thérapeutique de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ;
- Amélioration de la gestion des déclarations d'évènements indésirables pour développer une politique plus ciblée de prévention des risques ;
- Renforcement des formations en lien avec les objectifs de pôle dans une démarche de bientraitance ;
- Réflexion sur les nouvelles orientations du pôle de gérontologie ;
- Participation au plan de retour à l'équilibre financier.

Synthèse

A2

Abrégé

T3 et 7

1.1.3 Les promesses du projet d'établissement ou de service

Les professionnels s'engagent dans un processus d'accompagnement qui vise à :

- Maintenir l'autonomie, voire l'améliorer ou du moins conserver les acquis ;
- Eviter une hospitalisation (lorsque celle-ci n'est pas indispensable et que les conditions médicales et sociales sont favorables) et préserver l'autonomie le plus longtemps possible ;
- Faciliter un retour rapide au domicile à la suite d'une hospitalisation ;
- Retarder l'entrée en institution (Foyer Logement, EHPAD...) ;
- Permettre à l'usager, malgré une dépendance, de rester dans son cadre de vie ;
- Apporter aux familles et aux proches le soutien technique complémentaire permettant d'accompagner leur parent dans les meilleures conditions (intervention de professionnels compétents) et de conserver une vie sociale satisfaisante.

Le SSIAD s'engage auprès des usagers en leur garantissant la qualité et la continuité des soins dans le respect de leurs droits.

Synthèse

A2

Abrégé

T3 et 7

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

Les outils de la loi de 2002-2 sont opérationnels. Le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour ont été réactualisés récemment. Les chartes sont annexées au livret d'accueil. Un document spécifique permet au bénéficiaire de faire connaître son choix pour les interventions des infirmiers libéraux. Les informations sur le rôle de la personne de confiance, sur les directives anticipées, sur le droit d'accès aux données personnelles et médicales sont indiquées. La recherche du consentement éclairé du bénéficiaire ou de son représentant légal est indiquée.

Les explications du règlement de fonctionnement et toutes autres explications nécessaires sont fournies par la cadre lors des premières rencontres.

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

Synthèse

D4

Abrégé

T3 et 7

1.1.5 La charte des droits et libertés de la personne

La charte des droits et liberté de la personne accueillie est affichée dans les locaux du SSIAD. Elle est intégrée dans le livret d'accueil remis aux bénéficiaires ainsi que la charte de la personne âgée dépendante et la charte de soins palliatifs et d'accompagnement.

Trois valeurs fondent l'accompagnement réalisé par le service :

- le respect de l'intimité, de la dignité, de la culture et des choix de la personne ;
- l'accompagnement / stimulation de l'autonomie afin de favoriser le maintien à domicile ;
- le soutien aux familles et proches du bénéficiaire.

Les informations sur le rôle de la personne de confiance, sur les directives anticipées, sur le droit d'accès aux données personnelles et médicales sont indiquées dans les documents remis. Le consentement éclairé du bénéficiaire ou de son représentant légal est recherché.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
<ul style="list-style-type: none"> - Les outils de la loi de 2002-2 sont mis en place. Ils sont explicités aux bénéficiaires et à leurs familles. - Le SSIAD accompagne les usagers dans une démarche bientraitance inspirée des valeurs humanistes fondamentales du CHEG. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les listes des personnes qualifiées pour la région PACA sont en cours de constitution pour les 6 départements et ne sont pas diffusées à ce jour. Néanmoins en cas de litige l'ARS communique à la personne concernée le nom d'une personne qualifiée ; - Améliorer l'accès des usagers à l'information ; - Mode d'utilisation des informations par les usagers et les aidants.
<p>Préconisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiser une lecture ou relecture des documents au domicile pour une meilleure appréhension du dispositif. 	

Synthèse
B1
Abrégé
T4

1.2 Liens entre l'ESSMS et son environnement

1.2.1 Les partenariats institutionnels internes et externes

L'orientation 6 du CPOM signé en juillet 2012 développe la consolidation de la filière de soins gériatriques par l'inscription dans la prise en charge coordonnée de la maladie d'Alzheimer et la création d'un réseau médico-social.

Pour les patients Alzheimer, un partenariat est développé avec l'association « Le Fil rouge Alzheimer » qui a été reconnue plateforme d'Accompagnement et de Répit pour les familles depuis le 1er novembre 2012. Pour les autres patients, un partenariat est développé avec le pôle Info-senior de la ville. Le Fil Rouge Alzheimer se situe au carrefour des acteurs impliqués dans le Plan d'aide Alzheimer: il peut proposer dans le cadre du réseau médico-social :

- Un bilan médico-psychologique et des actions de prévention avec l'IRIPS ;
- Un soutien aux familles depuis l'entretien individuel jusqu'à des rencontres mensuelles pour les aidants familiaux ;
- Une aide administrative pour le montage de dossiers d'aide sociale (APA, CRAM, aides à la rénovation de l'habitat, etc....) ;
- Une orientation vers des lieux d'accueil ;
- Des activités de loisirs et ateliers spécialisés (stimulation cognitive, activité physique et art thérapie) ;
- Une liste d'intervenants à domicile (infirmière, aide-ménagère, service du SSIAD) ;
- Des aides aux déplacements afin de favoriser le maintien à domicile, sur le territoire d'Aubagne-La Ciotat, pour une réponse adaptée à chaque personne.

La présence du SSIAD dans l'organisation du pôle de gérontologie du centre hospitalier E. Garcin lui permet de s'inscrire très logiquement dans la filière gériatrique optimisant de ce fait une orientation pertinente des personnes suivies comme par exemple le travail entre le SSR personnes âgées et le SSIAD, ainsi que l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs.

Le pôle de gérontologie comporte déjà de nombreuses structures d'aide au maintien au domicile. La volonté du SSIAD est d'augmenter les liens avec ses partenaires du territoire afin de renforcer le maillage existant entre tous les établissements du secteur.

Il y a déjà un partenariat avec les établissements publics du territoire : la maison de retraite d'Auriol et de Roquevaire, le foyer logement, la résidence pour personnes âgées d'Aubagne, dans lesquels les médecins du pôle vont assurer des fonctions de coordinateur.

Le pôle de gérontologie se propose de tisser des liens avec les structures privées dédiées à la prise en charge de la personne âgée et de participer à la création d'un réseau gérontologique.

Un conventionnement se poursuit avec :

- les établissements sanitaires privés : la Clinique du Parc, la Clinique La Pagerie ;
- les EHPAD : « la Verte Colline », « Les Ophéliades », « l'Hermitage », « la Résidence : La Marguerite », « Le château de l'Aumône ».

Le rôle important du pôle dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer pourrait être renforcé par la création d'un SSIAD Alzheimer.

1.2.2 Les parties prenantes externes de l'accompagnement :

Le SSIAD intervient sur prescriptions médicales renouvelées tous les 3 mois. Chaque bénéficiaire a son médecin traitant. Les soins infirmiers sont réalisés par des infirmières libérales. Celles-ci ont signé une convention de partenariat avec le SSIAD (Conventions effectives pour 32 IDE représentant 13 cabinets libéraux).

Des services d'aide à domicile interviennent également auprès des bénéficiaires du SSIAD.

Le SSIAD est également en lien avec le CLIC, le SAMSAH qui sont interpellés chaque fois que nécessaire.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
<ul style="list-style-type: none"> - Le SSIAD s'inscrit dans l'orientation 6 du CPOM signé en juillet 2012 dont l'objectif est la consolidation de la filière de soins gériatriques par l'inscription dans la prise en charge coordonnée de la maladie d'Alzheimer et la création d'un réseau médico-social ; - Le partenariat avec les autres intervenants à domicile est effectif. 	<ul style="list-style-type: none"> -Harmonisation des pratiques des différents acteurs du maintien à domicile.
<p>Préconisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réfléchir sur la possibilité d'une charte commune aux intervenants du maintien à domicile. 	

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

1.3.1 Point de vue des partenaires

Le rôle de coordination assumé par le SSIAD est unanimement reconnu et apprécié. La collaboration est efficace. Les informations nécessaires à la mise en place d'actions coordonnées sont transmises. Les sollicitations se font facilement. Des rencontres peuvent avoir lieu entre les professionnels du SSIAD, les bénéficiaires, les mandataires judiciaires et les services d'aide à domicile.

1.3.2 Point de vue des libéraux

Les personnes contactées (IDEL) trouvent que la collaboration avec le SSIAD est efficace ; le cadre du service est repéré comme « personne – ressource » facilement « contactable ». Le dossier laissé à domicile est un support opérationnel et utilisé.

1.3.3 Point de vue des usagers et familles

Les usagers rencontrés lors de nos visites à domicile ainsi que leurs proches sont satisfaits de la prise en charge dont ils bénéficient ; ce qui est corroboré par les résultats de l'enquête satisfaction réalisée en 2013. Les familles impliquées dans l'accompagnement de leur parent ont exprimé une réelle reconnaissance aux équipes du SSIAD qui avec patience, respect et empathie travaillent à revaloriser l'image de soi de leurs proches. Il y a aussi une vraie satisfaction de pouvoir respecter la volonté de leur parent de continuer à vivre chez eux et de pouvoir ainsi retarder la perte des derniers repères de leur vie sociale et familiale. Une relation de confiance s'est établie avec les soignants qui sont reconnus compétents et bienveillants.

En synthèse

Points forts	Points de progrès
<ul style="list-style-type: none"> - Le rôle de coordination du SSIAD est unanimement reconnu par les différents intervenants du domicile. - La collaboration est efficiente. 	<p>Communication entre les acteurs pour une prise en compte de l'évolution de chacun d'eux. (offre de services, règlement de fonctionnement, nouvelles modalités de prise en charge etc.).</p>
<p>Préconisations :</p> <p>Proposer des rencontres transversales pour pérenniser les bonnes relations entre acteurs de terrain et faire émerger des projets partagés (ex : formations mutualisées).</p>	

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

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

Synthèse

A1

Abrégé

T3

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

Les bénéficiaires sont au centre de l'organisation du pôle de gérontologie et de celle du service ; le soutien aux aidants est une réalité. Nous pouvons relever dans l'évaluation des objectifs 2013 du pôle de gérontologie l'objectif n°1 : « organisation des soins dans un souci de bienveillance, de respect et de dignité » au regard duquel le SSIAD a réalisé 13 projets de vie initiaux et 5 relectures de projet de vie. Ce travail s'est poursuivi sur l'année 2014 et l'ensemble des bénéficiaires est doté aujourd'hui d'un projet de vie individualisé.

La tâche principale du SSIAD est la mise en œuvre de soins d'hygiène, la réalisation des soins techniques à visée thérapeutique et l'accompagnement au domicile des usagers. Cela se traduit par des objectifs opérationnels adaptés aux missions de soutien à domicile des usagers à savoir : préserver la qualité de vie à domicile, éviter les hospitalisations itératives. Des liens avec Le Fil Rouge peuvent exister pour des patients atteints de pathologie de type Alzheimer. Pour les autres patients, le pôle Info-senior de la ville peut être un relais.

Synthèse

A1

Abrégé

T3

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

Les usagers ne sont pas en capacité de collaborer. L'absence d'instance représentative spécifique ne permet pas de recueillir les avis des usagers « en direct ». Seule l'enquête de satisfaction reflète l'adéquation des prestations avec les attentes des usagers.

Synthèse

A3

Abrégé

T3

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

Les usagers ne sont pas directement associés à la mise à jour du projet de service : ils n'ont pas été directement interrogés. Le niveau de dépendance, l'altération des fonctions psychiques rendent difficiles les temps de participation à la vie sociale ainsi qu'une projection dans l'avenir.

La cadre de santé est en grande vigilance pour repérer les attentes des personnes suivies au domicile. Les soignants transmettent la parole et les ressentis des usagers captés lors de leurs interventions.

L'augmentation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et le nombre croissant des demandes d'aide ont amené le SSIAD à introduire auprès de l'ARS une demande de création de places spécifiques Alzheimer.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
<ul style="list-style-type: none"> - Le projet de service s'inscrit dans le projet global de pôle gériatrie ; - La politique de l'hôpital vise à renforcer le réseau gériatrique pour une meilleure prise en charge des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer. 	<p>Information du public : Mieux faire connaître le projet d'établissement du Centre hospitalier Edmond Garcin.</p>
<p>Préconisation : Communiquer sur le projet d'établissement sur le site Internet.</p>	

2.2 Le projet personnalisé

2.2.1 Recueil des besoins et attentes des usagers

Pour chaque usager, un projet individualisé de soins et un projet de vie sont formalisés. Le projet de vie est élaboré dans le premier mois de la prise en charge.

Une première visite est réalisée par la cadre et un aide-soignant à domicile, en présence du bénéficiaire et de son entourage familial (parfois cette visite est réalisée à l'hôpital dans le service qui a pris le relais médical). Ce premier temps permet de s'assurer de l'adéquation de la demande aux capacités du SSIAD, de prévoir les adaptations nécessaires du domicile et les aménagements qui permettront de réaliser des soins de qualité dans des conditions de confort et de sécurité pour les usagers et les membres de l'équipe.

2.2.2 Formalisation du projet à ses besoins

Le document « projet de vie » permet le recueil de données administratives, de l'histoire et des habitudes de vie. Il comporte également un bilan d'autonomie, les attitudes/comportement, la vie sociale. Il se termine par les objectifs de soins répartis entre soins réalisés par les aides-soignants et ceux effectués par les infirmières libérales. Le projet de soins est présenté en objectifs globaux, moyens, résultat/évaluation.

Le protocole de soins est transmis au médecin traitant pour validation. Les horaires d'intervention seront proposés en fonction des soins requis, des possibilités du service et du respect du rythme de vie du bénéficiaire.

L'enquête de satisfaction 2013 montre que l'ensemble des 19 répondants sont satisfaits des horaires des passages et que 17 sont satisfaits du nombre de passages dans la journée.

2.2.3 Mise en œuvre effective du projet

La cadre coordonnatrice du service est le maître d'œuvre des projets individualisés. Chaque projet est suivi par un aide-soignant référent qui sera présent à la première intervention à domicile. Le référent présente le projet à l'ensemble de l'équipe lors de sa mise en place et des actualisations.

Un document précise les attendus de la mission du référent en service de soins à domicile. Cette description est connue des personnels. Ce document est également tenu dans le dossier de soins laissé à domicile.

Synthèse
C1
Abrégé
T5

2.2.4 Evaluation et Actualisation du projet

Le projet de vie est élaboré dès l'initiation de la prise en charge. Une programmation des évaluations est planifiée et suivie.

Les projets sont revus au moins une fois par an et présentés à l'ensemble de l'équipe. L'enquête de satisfaction 2013 fait apparaître que 16 bénéficiaires sur 19 ayant répondu estiment que le service s'adapte à leurs besoins (très souvent et souvent) et que 17 sur 19 se disent satisfaits et très satisfaits du suivi de la prise en charge.

Synthèse
C2
Abrégé
T5

2.2.5 Participation de l'utilisateur et de sa famille

Le bénéficiaire et sa famille / ou personne de confiance assistent et participent au recueil des données. Il est précisé dans le règlement de fonctionnement la nécessité de la participation de la famille dans la réalisation du soutien à domicile.

L'apparition de la dépendance modifie l'harmonie familiale en redistribuant les rôles et les responsabilités de chacun. Les aidants sont en difficulté lorsqu'ils demandent de bénéficier du SSIAD. Le projet de soins va nécessiter l'intervention d'un tiers dans les habitudes de vie de l'utilisateur. Un temps d'adaptation est nécessaire pour que la famille mesure les contraintes du service et intègre le principe d'une délégation. La responsable du SSIAD définit avec l'utilisateur et sa famille les aides à mettre en place pour un accompagnement adapté. Leurs remarques et suggestions sont recueillies et prises en compte pour rassurer puis pour permettre une adhésion de l'utilisateur au projet. Cette écoute et cette disponibilité permettront de tisser des liens de confiance et de faire évoluer le projet personnalisé en fonction du contexte.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
<ul style="list-style-type: none"> - Le projet personnalisé et le projet de soins individualisé sont mis en place pour chaque bénéficiaire ; - Mise en place de référents dont les missions sont connues et déployées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des modalités de fonctionnement du service.
<p>Préconisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réfléchir à la possibilité de mettre en place des actions complémentaires au regard de la mise en place d'un projet de vie pour enrichir le projet de soins individualisé. 	

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

2.3.1 L'accueil / L'admission

L'Accueil

Le premier contact avec le service se fait par le secrétariat : La demande peut se faire de plusieurs façons :

- Réception d'un appel téléphonique ;
- Visite dans les locaux du SSIAD ;
- Réception d'un dossier d'assistante sociale ;
- Demande d'un médecin.

La demande est enregistrée dans le logiciel Microsoins. Le dossier administratif comporte les coordonnées et les informations nécessaires pour vérifier si les critères d'admission sont satisfaits. Si l'admission est envisageable, la cadre de santé, responsable de l'organisation des soins au niveau du service, programmera rapidement, avec un membre de l'équipe, une visite pour évaluer l'état de santé du demandeur.

La Pré admission

La visite de pré admission se réalise soit au domicile de la personne, soit dans le service hospitalier le cas échéant en présence de l'aide-soignante qui sera référente. Elle a pour objectifs :

- un recueil exhaustif des données ;
- une explication sur les modalités et les finalités de la prise en charge.

La cadre de santé ou l'AS se chargeront d'évaluer l'autonomie de la personne en renseignant la grille AGIRR qui sera ensuite validée par le médecin traitant. De même, une évaluation sera faite de l'environnement pour déterminer les conditions matérielles nécessaires à la réalisation des soins et les besoins en équipement. L'utilisateur peut être prié d'effectuer des aménagements (si c'est indispensable) pour sa mise en sécurité et celle des soignants et effectuer également des aménagements pour le bon déroulement des soins.

L'admission

Si la personne répond aux critères la cadre valide l'admission et remet au bénéficiaire les documents suivants :

- Le Livret d'accueil ;
- Le règlement de fonctionnement ;
- Le contrat de séjour ;
- Les éléments contractuels définissant les choix du bénéficiaire et les modalités spécifiques des interventions.

2.3.3 La maintenance et l'entretien des locaux

Le SSIAD bénéficie des services généraux de l'hôpital. Le service maintenance se charge du suivi et de l'entretien du parc automobile.

2.3.4 Les soins

Le rapport d'activités 2013 nous donne les indications qui concernent tant les personnes handicapées (12 places au SSIAD) que les personnes âgées (26 places). Les personnes de plus de 60 ans se répartissent en 3 personnes âgées de 60 à 74 ans, 8 de 75 à 84 ans et 22 ont entre 85 et 95 ans. Neuf hommes et 25 femmes ont plus de 60 ans.

Au 31 octobre 2014, le nombre d'entrées en SSIAD personnes âgées est de 15 personnes et le TO de 87%, identique au TO de 2013.

Les soins de base sont effectués par les aides-soignantes (10 agents pour 8,40 ETP pour le SSIAD personnes âgées), sur prescription médicale. Un nouveau cadre de santé est positionné sur le service depuis septembre 2014. Ce cadre travaille en lien avec le cadre de coordination gérontologique et le cadre supérieur du pôle personnes âgées.

Les soins (aide partielle ou complète à la toilette et à l'habillage, aide au coucher, mise en place de bas de contention notamment) sont réalisés dans les conditions d'hygiène conformes aux normes (hygiène des mains, port de tenues adaptées – blouses en tissu changées chaque jour ou tabliers jetables) et acceptables au domicile. Les aides-soignantes sont amenées à porter secours aux bénéficiaires en situation de danger : mise en route des gestes d'urgence si besoin.

Des suivis sont réalisés pour le poids (généralement de façon mensuelle) et sur la douleur (échelle Algoplus). Les risques d'escarre sont pris en compte (Échelle de Braden). Les traitements préparés par les infirmiers sont parfois donnés par les aides-soignants.

Les soins effectués, dans la mesure où ils suivent le projet de soins individualisé sont adaptés aux besoins des usagers. Ils sont tracés dans le cahier de soins laissés à domicile, à travers un diagramme de soins archivés mensuellement dans le dossier bénéficiaire tenu au niveau du SSIAD.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
Les soins suivent le projet de soins adapté aux besoins des usagers. Ils sont tracés dans le cahier de soins laissé à domicile.	<ul style="list-style-type: none"> - Les AS n'ont pas de document de référence au domicile en matière de gestes d'urgence. - Les aidants pourraient être plus impliqués dans le projet de vie.
<p>Préconisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le projet de vie pourrait comporter un versant « aidants » pour donner des pistes aux proches et les impliquer dans l'accompagnement (ex : récupération de la motricité avec aide à la marche). - Poursuivre le projet d'élaborer un classeur synthétique contenant l'ensemble des procédures d'urgences et toutes les informations pratiques pour une utilisation facilitée lors des interventions au domicile. 	

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

2.4.1 Les modalités de participation et d'expression des usagers

L'une des particularités du soin à domicile est que la famille est partie prenante dans cet accompagnement. C'est pour cela que nous évoquerons également des actions menées par le SSIAD envers les familles.

Une enquête de satisfaction est organisée de façon annuelle auprès des bénéficiaires et des familles. En 2013, sur 32 questionnaires distribués, 19 questionnaires ont été retournés (59,4 % de taux de réponses), en dessous du taux de retour de l'année précédente avec un taux de réponse à 85,7%.

A noter que plus d'un tiers des répondants sont des familles.

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

Les personnes rencontrées connaissent la cadre du service ainsi que les modalités d'interpellation. Les soignants se rendant régulièrement au domicile sont attentifs aux attentes/besoins des bénéficiaires ; ce qui permet de recueillir et réagir rapidement aux demandes exprimées.

Une synthèse présentant les axes d'amélioration déployés au regard de l'enquête satisfaction est remise aux bénéficiaires en accompagnement du nouveau questionnaire de satisfaction.

La Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) présente au sein du centre hospitalier E. Garcin a connaissance des résultats de ces enquêtes. Cette commission représente les familles et peut être interpellée par les bénéficiaires et leurs proches. Elle réalise un suivi des plaintes et réclamations. L'information concernant l'existence de cette commission est inscrite dans le règlement de fonctionnement.

Une réunion avec l'ensemble des familles est prévue au SSIAD sur ce dernier trimestre.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
<ul style="list-style-type: none"> - Une enquête satisfaction annuelle est réalisée auprès des bénéficiaires et/ou des familles ; les actions mises en place dans la suite sont présentées aux bénéficiaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un taux de réponse à l'enquête qui baisse.
<p>Préconisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au regard de l'attention portée par le SSIAD aux besoins de la famille, envisager un questionnaire spécifique pour ces dernières. - Envisager éventuellement d'autres modalités d'organisation des enquêtes afin d'augmenter le taux de retour. 	

3 DEMARCHE QUALITE

Synthèse
Intro 1/
Abrégé
T1

3.1 Capacité à observer les changements et à adapter son organisation

3.1.1 La démarche qualité

L'ingénieur responsable du service qualité et la cadre supérieure de santé ont impulsé la démarche au niveau du pôle de gérontologie en utilisant la même méthodologie pour l'EHPAD, le SSIAD, l'AJA. La démarche d'évaluation interne a permis l'élaboration d'un PAQ et la mise en forme de fiches actions. L'avancée de ces actions est pointée chaque trimestre par la cadre de santé garante de la poursuite des opérations et l'atteinte des objectifs.

Un plan d'action pluriannuel «amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » regroupe l'ensemble des actions à mener en lien avec la qualité et la gestion des risques.

3.1.2 L'évaluation interne et les suites réservées

L'évaluation interne a demandé plus d'une année de travail avec une forte mobilisation de tous les professionnels. Ce temps a permis aux équipes de déterminer ensemble leurs critères exigibles de prise en charge et de fonctionnement au regard de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques.

L'évaluation interne a permis de dynamiser la démarche qualité en accélérant la formalisation des procédures spécifiques à chaque service (ex : procédure d'admission au SSIAD) en favorisant la production d'outils (trames communes pour des outils réglementaires comme le livret d'accueil.) Elle a aussi renforcé le sentiment d'appartenance du service à un pôle et à un établissement.

Les fiches actions propres au SSIAD sont au nombre de 10 :

- Définir la procédure d'admission ;
- Formaliser la prise en charge des bénéficiaires par les référents ;
- Mettre en forme et actualiser le règlement de fonctionnement ;
- Formaliser une procédure fixant les conditions de détention et d'utilisation des clés de la personne prise en charge ;
- Formaliser la procédure d'accueil des stagiaires et des nouveaux personnels dans le service ;
- Organiser la gestion des réclamations au sein du service ;
- Organiser le suivi des projets de soins individualisés ;
- Définir les modalités de communication des objectifs du projet de pôle et de service aux bénéficiaires et à leur famille ;
- Obtenir un marquage des places handicapées ;
- Mettre en forme et actualiser le livret d'accueil.

L'ensemble des objectifs énoncés a été atteint en 2014.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
<ul style="list-style-type: none"> - Dynamisme de la démarche qualité ; - Mobilisation des professionnels ; - Réactivité de l'encadrement. 	Sans commentaire

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

3.2.1 Connaissance et diffusion des RBPP

La cadre de santé a élaboré un document de référence disponible pour l'ensemble des soignants dans les bureaux du SSIAD ; Il regroupe des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. Chacune d'elle est illustrée par un exemple concret issu des expériences vécues au domicile. La diffusion intranet de l'ensemble des procédures est possible. Les cadres de santé définissent celles qui nécessitent d'être renforcées par une déclinaison papier plus accessible aux équipes.

3.2.2 Mise en œuvre des RBPP

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

Différentes modalités de mise en œuvre de cette bientraitance sont relevées comme :

- le groupe de réflexion « bientraitance » existant au sein du pôle de gériatrie et auquel participent deux agents du SSIAD ;
- le comité d'éthique du centre hospitalier E.Garcin dont un membre est un cadre du pôle de gériatrie ;
- le déploiement sur plusieurs années de la formation « humanité » ;
- les débriefings en fin de tournées qui permettent le repérage de situations sensibles ;
- la proximité des cadres ;
- l'inscription de la prévention de la violence et de la maltraitance dans le règlement de fonctionnement.

Un des objectifs du pôle de gériatrie est de réaliser une charte éthique pour l'ensemble des services. Un intranet permet à chaque professionnel un accès à divers documents mais il ne semble pas y avoir d'accès prévu aux publications de l'Anesm.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
<ul style="list-style-type: none"> - Une volonté forte de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance ; - Une formation « humanité » renouvelée régulièrement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le turn over du personnel induit que peu de personnes aujourd'hui ont pu bénéficier de cette formation ; - Peu voire pas d'utilisation de certaines RBPP qui pourraient venir enrichir, soutenir les réflexions de l'équipe sur ses pratiques professionnelles.
<p>Préconisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiser les temps de réflexion des équipes sur les RBPP ; - Elaborer, à partir d'un travail collectif, une charte du professionnel à partir des recommandations de bonnes pratiques ; - Développer une GRH visant à stabiliser les équipes pour une culture de bientraitance partagée. 	

3.3 Modalités de gestion des risques

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

Synthèse
D2
Abrégé
T7

3.3.1 Hygiène et sécurité

Risque infectieux. Le personnel intervenant à domicile possède soit une blouse de travail changée quotidiennement, soit des tabliers à usage unique. Des solutions hydro-alcooliques leurs sont données. Le règlement de fonctionnement rappelle aux bénéficiaires les nécessaires conditions d'hygiène du domicile. L'infirmière hygiéniste du Centre Hospitalier a fait une intervention auprès du SSIAD. Un référent hygiène est formé au sein du service.

Sécurité du circuit du médicament. Les aides-soignantes peuvent être amenées à donner des traitements, préalablement préparés par les infirmières libérales. Une copie de l'ordonnance est incluse dans le dossier laissé à domicile. La distribution des traitements est tracée dans le diagramme de soins.

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

Risques spécifiques aux personnes accueillies.

L'axe 2 du référentiel de l'évaluation interne concerne la prévention des risques des usagers. Deux critères ont été retenus : la prévention des risques de maltraitance et les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes : chutes, troubles alimentaires et troubles de la déglutition, isolement/troubles de l'humeur et du comportement, douleur, escarres, accompagnement de fin de vie.

Nous relevons dans le projet de pôle, l'objectif d'améliorer la qualité des soins dans les différents services. Des Evaluations des Pratiques Professionnelles sont mises en place. Différents suivis sont réalisés par le SSIAD. Nous pouvons citer le suivi des escarres, de la douleur et des chutes.

Un groupe EPP chute est organisé. Deux aides-soignantes sont référentes au sein du SSIAD. Des fiches de déclaration de chute sont utilisées. En 2014, au niveau du service, treize chutes ont été enregistrées et concernaient 6 patients. Les chutes donnant lieu à des séquelles graves (fractures, traumatismes, décès) sont analysées au sein de l'EPP. Le personnel a suivi une formation portant sur les risques de chute à domicile faite par un médecin chef de pôle.

Un groupe EPP escarre est organisé. Une aide-soignante est référente au sein du SSIAD. Des fiches de déclarations d'escarres sont utilisées. Les escarres déclarées de stade supérieur à 2 sont analysées au sein de l'EPP. Le personnel a suivi une formation portant sur la prévention et le traitement des escarres animée par un médecin du pôle.

Le suivi de la douleur est effectué à domicile en utilisant la grille Algoplus/EVS. Deux aides-soignantes sont référentes de la douleur au sein du SSIAD. Elles assurent un suivi au niveau de l'ensemble des dossiers patients du service et participent au CLUD.

Différents numéros téléphoniques dont ceux du médecin traitant, des infirmiers libéraux, du SSIAD, des urgences, du portable du SSIAD sont inscrits dans le dossier de soins laissé à domicile et donc accessibles aux bénéficiaires. Les soignants ont en complément une liste précisant les coordonnées de la personne référente.

Une procédure encadre la remise des clefs du domicile au SSIAD.

Adaptabilité des postes de travail.

Le SSIAD ne compte pas de poste aménagé.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
<ul style="list-style-type: none"> - Les risques spécifiques en lien avec les soins à domicile auprès d'une population sont identifiés ; - Des référents dans le service inscrits dans les EPP. 	<ul style="list-style-type: none"> - La formation « humanité » n'est pas étendue à l'ensemble du personnel (50%).
<p>Préconisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Désigner un référent « humanité » au sein du service pour proposer un temps de tutorat aux nouveaux agents. 	

Synthèse
D2
Abrégé
T7

3.3.2 Prévention des situations de crise

La prévention des situations des risques est gérée au niveau du centre hospitalier E. Garcin. Un plan bleu concernant la Maison du Parc du centre hospitalier E. Garcin est diffusé. Des fiches de l'INPS présentant les mesures de prévention lors des périodes de fortes chaleurs sont mises à disposition à domicile. Le rappel des actions préventives est fait par les soignants.

Une pluralité d'intervenants chez l'usager présente le risque d'une dispersion des informations et la déperdition de données (ex : fiche d'hydratation) lorsque des supports spécifiques à chaque service sont mis en place simultanément.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
Le SSIAD bénéficie des plans mis en place sur l'hôpital.	L'harmonisation des supports de suivi.
<p>Préconisations : Harmoniser les supports de suivi au domicile entre les différents intervenants.</p>	

Synthèse
D3
Abrégé
T7

3.3.3 Recueil et gestion des événements indésirables

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

Une seule déclaration concerne le SSIAD en 2013.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
<ul style="list-style-type: none"> - Une fiche de recueil des événements indésirables est mise en place. Le suivi est assuré par la cellule qualité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des domaines concernés par les événements indésirables.
<p>Préconisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire un rappel aux équipes de la finalité de la démarche pour une prise en compte des différents domaines concernés (comportement, environnement etc.). 	

4 ORGANISATION, FONCTIONNEMENT ET RESSOURCES HUMAINES

Synthèse
C1
Abrégé
T5

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

4.1.1 Modalités de coordination interne et externe

La continuité de soins est assurée par une organisation interne fiable et l'évaluation de la possibilité de reprise de soins lors d'un retour à domicile.

Une IDE coordinatrice est exceptionnellement présente à temps plein (normalement à 0,5) et assure la coordination des soins qui repose sur l'évaluation des besoins et leur évolution, la collaboration des différents partenaires et l'organisation des soins au sein du SSIAD.

Différents temps de réunions permettent la coordination des interventions et leur suivi :

- Transmissions organisées chaque matin et en fin de chaque matinée. Les transmissions ciblées sont utilisées particulièrement pour les transmissions écrites ;
- Une réunion bimensuelle pour l'ensemble de l'équipe.

Les comptes rendus de réunions sont mis à disposition de l'ensemble des membres de l'équipe. Les cadres du pôle se réunissent de façon hebdomadaire.

4.1.2 Continuité et cohérence du Soins (care)

Les interventions du SSIAD se réalisent sur 9 communes : Aubagne, Roquevaire, Roquefort-La-Bedoule, La Penne-Sur-Huveaune, Gemenos, Cuges-Les-Pins, Cassis, Carnoux-en-Provence et Auriol. Pour cela, les soignants ont à disposition cinq véhicules du centre hospitalier E. Garcin. Les véhicules personnels ne sont utilisés qu'en cas d'indisponibilité des véhicules de l'hôpital. Dans ce cas une indemnité kilométrique est prévue.

Les soins à domicile sont assurés 7 jours sur 7, de 7h30 à 12h30 et de 17h à 19h30. Un soignant travaille de 7h30 à 15heures. Pour assurer la continuité des soins du CHEG, une astreinte de cadre est organisée chaque soir de la semaine et le week-end. Les agents du SSIAD bénéficient de cet appui en cas de besoin.

Cinq tournées sont organisées le matin, dont une tournée réalisée par deux soignants pour des personnes nécessitant des transferts importants ou un accompagnement spécifique. Quatre tournées ont lieu le soir. Le week-end : trois tournées, dont une double, sont organisées le matin et quatre le soir.

Les soignants interviennent de façon indifférenciée sur tout le territoire d'intervention du SSIAD, ce qui permet la connaissance, par chaque soignant, de l'ensemble des bénéficiaires.

Un cahier de liaison à disposition des intervenants est mis à domicile par les bénéficiaires. Il permet la transmission entre les intervenants. Le SSIAD a mis à disposition un classeur patient organisé, consultable et accessible par l'ensemble des professionnels.

Un téléphone portable permet la transmission d'informations entre le SSIAD et les soignants présents sur les tournées.

4.1.3 Gestion du dossier de l'utilisateur

Le dossier du bénéficiaire est mis en place dès le début de la prise en charge. Il se décompose en deux classeurs :

Un classeur de suivi est mis en place au domicile et permet les transmissions entre les différents intervenants. Il comporte notamment :

- l'identification du bénéficiaire ;
- la présentation du rôle de référent ;
- les numéros de téléphone utiles ;
- le règlement de fonctionnement ;
- le projet de soins individualisé ;
- les feuillets de transmissions ciblées ;
- le diagramme de soins ;
- le choix de l'infirmière libérale et ses coordonnées ;
- les feuillets de transmissions entre médicaux et paramédicaux ;
- le listing des paraphes des soignants.

En cas de traitements, on y trouve une copie de l'ordonnance. Le second classeur est conservé dans les bureaux du SSIAD. Il comporte les données administratives, médicales, paramédicales et le plan d'accès au domicile. Leur contenu optimise la coordination et la continuité de la prise en charge du bénéficiaire. Ils font l'objet d'une évaluation régulière.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
<ul style="list-style-type: none"> - Différents temps d'échanges facilitent la coordination et la communication entre les professionnels ; - La continuité de soins est structurée par une organisation fiable du SSIAD ; - Les comptes rendus des réunions sont mis à disposition de l'équipe ; - Un classeur de suivi ainsi qu'un cahier de liaison mis à domicile, permettent les transmissions utiles entre les différents intervenants du domicile. 	Pas de commentaire

Synthèse
A4
Abrégé
T3 et 7

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

4.2.1 Le management

Un des objectifs du pôle de gérontologie est de « mettre en place une politique d'encadrement responsabilisante, de valoriser le travail et la reconnaissance en gérontologie ».

Au niveau du SSIAD, différents professionnels sont référents pour des thématiques propres aux soins et d'autres sont inscrits au sein d'EPP.

Une aide-soignante a la formation ASG. Une autre personne sera formée prochainement. La cadre de santé assure la responsabilité du SSIAD, en lien avec la coordonnatrice du pôle et la cadre supérieur de pôle.

4.2.2 La communication interne

La DRH émet des informations à travers un magazine remis aux cadres pour diffusion. Y sont abordées les thématiques RH concernant l'ensemble du personnel.

Au niveau du SSIAD, la petite taille de la structure, les temps de rencontres, les réunions hebdomadaires des cadres viennent faciliter la communication entre les professionnels.

Les soignants utilisent les transmissions ciblées inscrites sur les dossiers conservés au SSIAD pour assurer la continuité des soins. Un affichage mural permet de visualiser l'ensemble des interventions sur trois colonnes : l'organisation, les modifications du jour, l'identification des porteurs de téléphones. Chaque soignant reçoit le matin une copie synthétique de l'organisation des tournées pour avoir la possibilité de proposer ou de solliciter de l'aide.

4.2.3 Les écrits professionnels

L'hôpital Edmond Garcin articule son projet d'établissement autour de l'amélioration de la qualité. Il en résulte une dynamique impulsée par le service qualité qui implique tout l'encadrement et qui se traduit par la mise en place de protocoles élaborés en milieu sanitaire et étendus aux pôles.

Ces écrits concernent les pratiques professionnelles, le respect des précautions d'hygiène et la prévention des risques. La diffusion est réalisée par les cadres de santé. Un classeur est disponible dans les bureaux du SSIAD. La présence de référents thématiques développe la circulation des informations.

La traçabilité est assurée par la tenue du dossier du patient. Les soins effectués sont pointés sur les diagrammes présents au domicile des bénéficiaires.

4.2.4 La politique RH

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

Au sein du SSIAD, une procédure d'accueil des nouveaux salariés est déclinée. Un livret des nouveaux salariés et des stagiaires a été mis en place (réalisation fiche action n°5). Lors de sa prise de poste, chaque nouvel agent soignant travaille en doublure sur environ une semaine. Deux référents tutorats ont été formés au sein du SSIAD.

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

Les fiches de poste du SSIAD sont écrites.

Le plan de formations annuel est construit à partir des formations prioritaires institutionnelles regroupant six axes dont la contribution à :

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

Le dernier axe est la contribution à la formation professionnelle continue, axe dans lequel s'inscrivent les formations individuelles. Une soignante du SSIAD est actuellement en formation continue à l'IFSI.

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

Deux sessions de formation « humanité » ont eu lieu en 2013. Le *turn over* du personnel fait qu'aujourd'hui au sein du SSIAD, de nombreux personnels n'ont pu suivre cette formation ni les actions transversales proposées en prévention de risques psychosociaux (ex : gestion du stress, analyse transactionnelle, sophrologie.)

La secrétaire a bénéficié d'une formation pour une meilleure maîtrise du logiciel « microsoins ».

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
<ul style="list-style-type: none"> - La prise de fonction de nouveaux salariés et des stagiaires est soutenue et accompagnée ; - La valorisation des compétences des personnels est une volonté déployée par la direction du centre hospitalier et accompagnée par les cadres du pôle de gériatrie. 	<ul style="list-style-type: none"> -La précarité de la plupart des postes du service peut susciter une inquiétude pour l'avenir ; -Difficulté pour programmer la formation humanité à l'ensemble de l'équipe du fait du <i>turn-over</i>.
<p>Préconisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre différentes formes de formation, sensibilisation à la bientraitance ; - Chercher à stabiliser l'équipe du SSIAD. 	

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

4.3.1 Groupe d'analyse de la pratique

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

4.3.2 Prévention des risques psychosociaux

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

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

Une réunion de travail trimestrielle est prévue. Un plan d'actions en 7 volets vient d'être mis à jour.

4.3.3 Supervision

Il n'y a pas de temps de supervision prévu et organisé au sein du SSIAD. Cependant, il nous est signalé que lors d'un accompagnement difficile, une rencontre avec une psychologue du pôle a été organisée.

4.3.4 CHSCT

Le CHSCT est organisé au niveau du centre hospitalier E. Garcin. Les réunions auxquelles participe le médecin du travail ont lieu de façon trimestrielle. Le représentant CARSAT est sollicité. Un travail est en cours avec cet organisme sur le montage d'un dossier de subvention dans le cadre du travail sur les RPS. Il n'y a pas de problématique particulière repérée au sein du SSIAD. Il est prévu de mettre les comptes rendus des réunions sur le CID.

4.3.5 Délégués du personnel / syndicats

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

4.3.6 DUERP

Les évaluations des risques professionnels de chaque unité de travail sont intégrées au DUERP institutionnel. Elles ne sont pas toutes mises à jour à la même échéance mais alimentent les plans d'actions présentés en CHSCT. Le SSIAD a actualisé son évaluation en 2014 en faisant apparaître les actions prioritaires à mener. Un suivi de ces actions est organisé.

Un document regroupe par service les situations potentiellement dangereuses, les fonctions concernées, les actions de maîtrise organisationnelles ou techniques existantes, les niveaux de gravité et de probabilité, les mesures de prévention envisagées (d'ordre organisationnel, technique, personnel).

Il est difficile de faire un suivi régulier des actions réalisées par absence d'élaboration d'un programme d'actions de prévention précisant également les responsables de l'action et la temporalité. La réévaluation des risques suite aux actions menées est à prévoir de façon annuelle.

4.3.7 Chiffres clés

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

L'équipe du SSIAD est constituée de soignants diplômés non titulaires : contrat CDD longue durée, ou contrat en sortie de formation. L'absentéisme n'est pas très révélateur, la motivation est présente. Les aides-soignants aspirent à une intégration au service et s'impliquent fortement pour montrer leurs qualités professionnelles.

En synthèse	
Points forts	Points de progrès
<ul style="list-style-type: none"> - Un Copil mis en place en juillet 2014 afin d'élaborer un plan de prévention dans la suite de l'audit portant sur les risques psychosociaux réalisé en 2012. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de temps d'analyse de la pratique professionnelle ; - LE DUERP ne contient pas le plan de réalisation des actions réalisées et ne bénéficie pas d'actualisation annuelle.
<p>Préconisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envisager les possibilités de soutenir les équipes dans leurs accompagnements à une population fragilisée par des temps d'analyse de la pratique professionnelle ; - Mettre en conformité le DUERP. 	

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

Synthèse

-

Abrégé

T8

L'ambiance des lieux, le climat

Les bureaux du SSIAD sont incorporés à la structure hospitalière. La salle de réunions vaste et claire est favorable aux rencontres des soignants. L'équipe du SSIAD est jeune, dynamique ; elle s'inscrit dans une démarche professionnelle de progrès. L'ambiance est chaleureuse entre les soignants. La disponibilité et l'accompagnement pédagogique bienveillant de l'infirmière coordinatrice œuvrent au maintien d'une bonne harmonie.

Le langage, la façon de parler

Le personnel se montre courtois. La relation n'est empreinte d'aucune familiarité. Les usagers sont appelés par leur nom patronymique.

La considération, l'attention à la personne

Malgré les troubles du comportement qui peuvent compliquer la relation, les soignants portent une attention bienveillante à la personne. Celle-ci est accompagnée dans les gestes de la vie quotidienne à son rythme, dans le respect de ses habitudes. Les remarques ou les plaintes donnent lieu à une vigilance accrue pour une bonne évaluation du contexte (évaluation de la douleur, surveillance des constantes, vérification des réserves alimentaires etc.). Les soignants prennent connaissance des transmissions laissées par la famille ou par les autres intervenants et adaptent leur intervention en conséquence.

La personnalisation de l'accompagnement

Le projet de soins individualisés est respecté. Le bénéficiaire est acteur dans sa prise en soins. Il exprime ses souhaits, qui sont pris en considération par les équipes. Les interventions incluent un temps d'échange avec l'aidant présent afin de lui prodiguer soutien, conseils et réconfort si besoin. Le SSIAD propose une intervention en binôme si le confort du bénéficiaire peut s'en trouver amélioré (exemple : médiation auprès du conjoint pour permettre la prise en soins du bénéficiaire.)

Le respect de l'intimité

Les usagers sont chez eux. Ils accueillent eux-mêmes les soignants. La détention des clés est soumise à des critères de comportement. Elle donne lieu à une procédure écrite. Ils disposent, à leur convenance, de leur environnement sous réserve d'une mise en sécurité. Le personnel du SSIAD veille à n'intervenir qu'en milieu adapté lors de soins de nursing et préserve la pudeur de la personne.

Le consentement et la participation

L'utilisateur peut ne pas adhérer à la proposition faite par l'aide-soignant ou donner un avis personnel sur les modalités de réalisation du soin. Toutefois, le soignant ne va pas à l'encontre des prescriptions du médecin.

L'information et la communication

Chaque geste du soignant est précédé d'une annonce à la personne pour la rassurer et rechercher sa participation. Le soignant, pendant son temps de présence auprès de l'utilisateur, participe au maintien des repères de la personne âgée, en réactualisant les informations qui n'ont pas été mémorisées ; (la plupart des bénéficiaires sont atteints de troubles mnésiques).

Conclusion générale

L'évaluation externe menée au SSIAD a permis de constater la progression du service dans la démarche humaniste engagé par le pôle de gérontologie.

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

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

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



SECTION 3 : Synthèse ANESM

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

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

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

Introduction

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

→ Référentiel et processus

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

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

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

Le comité de pilotage :

Comité de gestion des risques, vigilances et qualité de l'établissement. Il est composé du Directeur, du Directeur des soins, du Président de CME et de membres experts. Il valide le référentiel, les plans d'actions et le rapport final.

L'équipe projet :

Composée du cadre supérieur du pôle gérontologie évaluateur externe et de l'ingénieur qualité elle assure l'interface entre les groupes de travail et le comité de pilotage ; Elle construit et adapte le référentiel d'évaluation au contexte de l'établissement et forme les participants à la méthodologie employée ;

Elle assure le soutien méthodologique des groupes de travail et finalise les documents produits.

Elle rédige, présente et fait valider le rapport final au comité de pilotage et recense les plans d'actions.

Les groupes de travail pluri professionnels :

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

→ Définition et mise en œuvre des axes de travail

Le travail en groupe a permis de réaliser l'auto-évaluation sous les thématiques suivantes :

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

Axe 2 : La prévention des risques des usagers

Axe 3 : la personnalisation de l'accompagnement

Axe 4 : le service dans son environnement

Axe 5 : le projet de pôle et de service

Axe 6 : l'organisation générale de l'établissement

La cadre supérieure et la cadre de santé du service ont validé les réponses et la cotation données par le personnel. La synthèse se décline en 10 fiches actions énoncées comme suit :

- Définir la procédure d'admission ;
- Formaliser la prise en charge des bénéficiaires par les référents ;
- Mettre en forme et actualiser le règlement de fonctionnement ;
- Formaliser une procédure fixant les conditions de détention et d'utilisation des clés de la personne prise en charge ;
- Formaliser la procédure d'accueil des stagiaires et des nouveaux personnels dans le service ;
- Organiser la gestion des réclamations au sein du service ;
- Organiser le suivi des projets de soins individualisés ;
- Définir les modalités de communication des objectifs du projet de pôle et de service aux bénéficiaires et à leur famille ;
- Obtenir un marquage des places handicapées ;
- Mettre en forme et actualiser le livret d'accueil.

L'ensemble des objectifs énoncés a été atteint en 2014.

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

→ Actualisation et diffusion

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

→ Appropriation et mise en pratique

La cadre de santé a élaboré un document de référence disponible pour l'ensemble des soignants. Il regroupe les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et, pour chacune d'elle, un exemple concret en lien avec le contexte réel des prises en charge.

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

Thèmes

111, 112
211, 212

1. Les critères d'élaboration du Projet

Détermination des objectifs :

La conception du soin s'ancre dans le principe du développement de la bientraitance. Les critères Qualitatifs : sécurité, continuité, cohérence des prises en charge et des actions, efficacité servent de fil conducteur aux professionnels.

Déclinaison en actions.

Le SSIAD a retenu les objectifs suivants :

- Elaboration et évaluation des projets de vie pour une prise en charge bien traitante et personnalisée ;
- Actualisation des fiches de poste du service en cohérence avec le projet GPMC ;
- Evaluation du partenariat avec les infirmiers libéraux ;
- Formation d'un référent pour la mise en place d'un projet d'éducation thérapeutique de la personne
- atteinte de la maladie d'Alzheimer ;
- Amélioration de la gestion des déclarations d'évènements indésirables pour développer une politique
- de prévention des risques plus ciblée ;
- Renforcement des formations en lien avec les objectifs de pôle dans une démarche de bientraitance ;
- Réflexion sur les nouvelles orientations du pôle de gérontologie ;
- Participation au plan de retour à l'équilibre financier ;
- Appui sur l'évaluation des besoins (PP).

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

Les outils de la loi de 2002-2 sont opérationnels. Ils sont expliqués aux bénéficiaires et à leur famille. Les fiches actions issues de l'évaluation interne ont toutes été réalisées. La diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles est assurée par la cadre coordinatrice du SSIAD.

Thèmes

113, 114
211, 212

3. Evaluation et actualisation du PEPS

Le SSIAD est partie prenante du pôle de gérontologie. A ce titre, il s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité conduite par le centre hospitalier sous le contrôle du service qualité.

Thèmes

112
213

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

Thèmes

43

Prévention des RPS.

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

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

Une réunion de travail trimestrielle est prévue. Un plan d'actions en 7 volets vient d'être mis à jour.

Thèmes

23

Accompagnement.

L'utilisateur est pris en charge par une équipe de professionnels qualifiés qui s'appuie sur le projet personnalisé validé par le médecin traitant. Les soins effectués, dans la mesure où ils suivent le projet de soins individualisés, sont adaptés aux besoins des usagers.

Thèmes

42

Management, RH et Adaptation des compétences aux besoins.

La valorisation des compétences des personnels est une volonté déployée par la direction du centre hospitalier et accompagnée par les cadres du pôle de gériatrie. La formation « humanité » est poursuivie. Les personnels recrutés sont diplômés. La prise de fonction de nouveaux salariés et des stagiaires est soutenue et accompagnée.

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

Thèmes

12

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

Les partenariats externe ou interne

Le SSIAD s'inscrit dans l'orientation 6 du CPOM signé en juillet 2012 dont l'objectif est la consolidation de la filière de soins gériatriques par l'inscription dans la prise en charge coordonnée de la maladie d'Alzheimer et la création d'un réseau médico-social. Les partenariats sont concrétisés par des conventions avec les différents acteurs du territoire (établissements sanitaires, structures médico-sociales, associations, secteur libéral). Le partenariat, avec les autres intervenants à domicile, est effectif mais non formalisé.

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

Le SSIAD joue un rôle de coordination entre les différents partenaires. Les usagers sont informés des aides proposées par le réseau (ex : plate-forme du Fil rouge Alzheimer).

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

Les familles sont associées à l'élaboration du projet de soins personnalisés. Le médecin traitant est sollicité pour valider le projet.

Thèmes

13

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

Le rôle de coordination mené par le SSIAD est unanimement reconnu et apprécié. La collaboration est efficace. Les informations nécessaires à la mise en place d'actions coordonnées sont transmises. Les interpellations se font facilement. Des rencontres peuvent avoir lieu entre les professionnels du SSIAD, les bénéficiaires, les mandataires judiciaires, les services d'aide à domicile.

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

1. Effectivité du PP

Thèmes 221 à 223

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

Pour chaque usager, un projet individualisé de soins et un projet de vie sont élaborés. Le projet de vie est élaboré dans le premier mois de la prise en charge.

Une première visite est réalisée par la cadre et un aide-soignant à domicile en présence du bénéficiaire et de son entourage familial (parfois cette visite est réalisée dans un service hospitalier) ; ce premier temps permet de s'assurer de l'adéquation de la demande aux capacités du SSIAD, de prévoir les adaptations nécessaires, l'aménagement du domicile pour réaliser des soins de qualité dans des conditions de confort et de sécurité pour les usagers et les membres de l'équipe.

Thèmes 224

Evaluation et actualisation du PP.

Une programmation des évaluations est planifiée et suivie.

Les projets sont revus au moins une fois par an, présentés à l'ensemble de l'équipe. L'enquête satisfaction 2013 fait apparaître que 16 bénéficiaires sur 19 ayant répondu estiment que le service s'adapte à leurs besoins (très souvent et souvent) et que 17 sur 19 se disent satisfaits et très satisfaits du suivi de la prise en charge.

Thèmes 41

Cohérence et continuité des actions.

Différents temps d'échanges facilitent la coordination et la communication entre les professionnels. La continuité de soins est structurée par une organisation fiable du SSIAD. Les comptes rendus des réunions sont mis à disposition de l'équipe. Un classeur de suivi ainsi qu'un cahier de liaison mis à domicile, permettent les transmissions utiles entre les différents intervenants du domicile.

Thèmes 225 24

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

La responsable du SSIAD définit avec l'usager et sa famille les aides à mettre en place pour un accompagnement adapté. Leurs remarques et suggestions sont recueillies et prises en compte pour rassurer puis pour permettre une adhésion de l'usager au projet. Cette écoute et cette disponibilité permettent de tisser des liens de confiance et de faire évoluer le projet personnalisé en fonction du contexte.

Une enquête satisfaction annuelle est réalisée auprès des bénéficiaires et/ou des familles ; les actions mises en place dans la suite sont présentées aux bénéficiaires.

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

Thèmes

115

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

Les outils de la loi de 2002-2 sont mis en place. Le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement rappellent les engagements du service au travers de plusieurs chartes précisant les droits des bénéficiaires : droits de la personne sur les données personnelles et médicales (Loi du 6 janvier modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), les droits et libertés de la personne accueillie, les droits de la personne handicapée, la charte des soins palliatifs et de l'accompagnement. Les documents sont explicités aux bénéficiaires et à leur famille.

Le SSIAD accompagne les usagers dans une démarche « bientraitance » inspirée des valeurs humanistes fondamentales du CHEG.

Thèmes

333

2. Gestion des événements indésirables et de la maltraitance

Une fiche de recueil des événements indésirables est mise en place. Elle est connue du personnel. Les événements indésirables sont suivis par la cellule qualité. Une seule déclaration concerne le SSIAD en 2013.

Différentes modalités de mise en œuvre de la bientraitance sont relevées comme

- le groupe de réflexion « bientraitance » existant au sein du centre hospitalier E. Garcin et auquel participent deux agents du SSIAD ;
- le comité d'éthique du centre hospitalier E.Garcin dont un membre est un cadre du pôle de gérontologie ;
- le déploiement sur plusieurs années de la formation « humanité » ;
- les débriefings en fin de tournées qui permettent le repérage de situations sensibles ;
- la proximité des cadres ;
- l'inscription de la prévention de la violence et de la maltraitance dans le règlement de fonctionnement.

Thèmes

331, 332

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

Des Evaluations des Pratiques Professionnelles sont mises en place. Différents suivis sont réalisés par le SSIAD. Nous pouvons citer le suivi des escarres, de la douleur et des chutes.

Un groupe EPP chute et escarre sont organisés. Deux aides-soignantes sont référentes au sein du SSIAD. Des fiches de déclaration de chute sont utilisées. Deux aides-soignantes sont référentes douleur.

Les soignants sont accompagnés par l'équipe d'encadrement pour une appropriation des bonnes pratiques et pour la mise en place d'une démarche bien traitante.



SECTION 4 : Annexes

Annexe 1. L'Abrégé

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

TABLEAU 1. La démarche d'évaluation interne

→Réf. Thème 3.1

Thématiques	Points forts	Points faibles	Axes d'amélioration
Le référentiel mobilisé	Le référentiel de l'EI est basé non seulement sur les RBPP de l'ANESM mais aussi sur les propositions émanant des groupes de travail pluridisciplinaires. Il est commun aux services du pôle de gériatrie.	-	-
Le processus d'évaluation : méthode et participation	La démarche participative a permis aux équipes d'identifier les points forts du service mais également certains points d'amélioration. Le COPIL et le groupe projet ont renforcé les synergies au cœur du dispositif hospitalier.	-	-
La définition des axes de travail	Les fiches actions propres au SSIAD : 1 Définir la procédure d'admission ; 2 Formaliser la prise en charge des bénéficiaires par les référents ; 3 Mettre en forme et actualiser le règlement de fonctionnement ; 4 Formaliser une procédure fixant les conditions de détention et d'utilisation des clés de la personne prise en charge ; 5 Formaliser la procédure d'accueil des stagiaires et des nouveaux personnels dans le service ; 6 Organiser la gestion des réclamations au sein du service ; 7 Organiser le suivi des projets de soins individualisés ; 8 Définir les modalités de communication des objectifs du projet de pôle et de service aux bénéficiaires et à leur famille ; 9 Obtenir un marquage des places handicapées ; 10 Mettre en forme et actualiser le livret d'accueil.	-	-
La mise en œuvre des axes de travail	L'ensemble des objectifs énoncés a été atteint en 2014.	-	-

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

→Réf. Thème 3.2

Thématiques	Points forts	Points faibles	Axes d'amélioration
Modalités de veille	Le CHEG dispose d'un service qualité qui met à jour les procédures.	-	-
Modalités de diffusion	La diffusion est assurée par voie intranet et par l'action directe de la cadre de santé.	-	-
Appropriation par les professionnels	<p>-le groupe de réflexion « bienveillance » existant au sein du pôle de gériatrie et auquel participent deux agents du SSIAD ;</p> <p>-le comité éthique du centre hospitalier E.Garcin dont un membre est un cadre du pôle de gériatrie ;</p> <p>-le déploiement sur plusieurs années de la formation « humanité » ;</p> <p>-les débriefings en fin de tournées qui permettent le repérage de situations sensibles ;</p> <p>-la proximité des cadres ;</p> <p>-l'inscription de la prévention de la violence et de la maltraitance dans le règlement de fonctionnement.</p>	<p>Le turn over du personnel induit que peu de personnes aujourd'hui ont pu bénéficier de cette formation ;</p> <p>Peu voire pas d'utilisation de certaines RBPP qui pourraient venir enrichir, soutenir les réflexions de l'équipe sur ses pratiques professionnelles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser les temps de réflexion des équipes sur les RBPP ; - Elaborer, à partir d'un travail collectif, une charte du professionnel à partir des recommandations de bonnes pratiques ; - Développer une GRH visant à stabiliser les équipes pour une culture de bienveillance partagée.

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

→Réf. Thèmes 1.1, 2.1, 2.3, 4.2

Thématiques	Points forts	Points faibles	Axes d'amélioration
Modalités d'élaboration du projet d'établissement et Cohérence avec les moyens alloués	<p>Le SSIAD s'attache à développer une politique de qualité de vie et à soutenir l'intervention de tous les partenaires sociaux et des familles afin d'optimiser le maintien à domicile dans le respect de la dignité de la personne soignée.</p> <p>Le PEI reprend les grands axes définis dans le projet de soins du pôle 2011-2015 en poursuivant les réflexions ou les actions en cours.</p>	-	-
Mise en œuvre du projet : effectivité	<p>Le projet de service s'inscrit dans le projet global de pôle gérontologie.</p> <p>La politique de l'hôpital vise à renforcer le réseau gérontologique pour une meilleure prise en charge des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer.</p>	-	Projet de création d'un SSIAD Alzheimer.
Evaluation et actualisation du projet	<p>L'évaluation du PE suit le processus de la démarche qualité continue initiée par le CH E.Garcin.</p> <p>L'évaluation et l'actualisation du PE sont l'aboutissement d'une recherche permanente d'optimisation de la prise en charge des usagers.</p>	-	-
La gestion des RH comme garantie de la qualité de la PEC ou de l'accompagnement	<p>La gestion des ressources humaines permet aux agents de se former et de progresser.</p>	<p>Le climat social semble un peu difficile en lien avec le 3ème plan de retour à l'équilibre et le nombre important de personnes en CDD.</p>	<p>Elaboration d'une charte éthique ;</p> <p>Poursuivre différentes formes de formation, sensibilisation à</p>

		<p>Difficulté pour intégrer les agents non titulaires dans le plan de formation ;</p> <p>La précarité de la plupart des postes du service peut susciter une inquiétude pour l'avenir.</p>	<p>la bienveillance.</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

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

→Réf. Thèmes 1.2 et 1.3

Thématiques	Points forts	Points faibles	Axes d'amélioration
Les partenariats	Le SSIAD s'inscrit dans l'orientation 6 du CPOM signé en juillet 2012 dont l'objectif est la consolidation de la filière de soins gériatriques par l'inscription dans la prise en charge coordonnée de la maladie d'Alzheimer et la création d'un réseau médico-social. Le partenariat avec les autres intervenants à domicile est effectif.	-	Développer les partenariats avec le secteur privé.
La coordination des interventions avec les personnes extérieures parties prenante au PP	La collaboration avec les cabinets d'infirmiers libéraux est effective et donne lieu à des conventionnements. La coordination est assurée par le cadre de santé du SSIAD. Le médecin traitant prescrit les soins, il valide le projet personnalisé.	Le médecin ne participe pas à l'élaboration du projet personnalisé.	Développer un réseau de soins coordonnés autour de l'usager (élaboration d'une charte, définition des rôles et missions de chaque intervenant, mise en place de temps de coordination).
L'inscription dans un territoire, lien social et réseau de proximité	Le SSIAD de par son appartenance au CHEG est naturellement et historiquement un service ouvert à la population d'Aubagne et des pays de l'Etoile.	-	-
La perception par les partenaires	Le rôle de coordination mené par le SSIAD est unanimement reconnu et apprécié. La collaboration est efficace. Les informations nécessaires à la mise en place d'actions coordonnées sont transmises. Les interpellations se font facilement. Des rencontres peuvent avoir lieu entre les professionnels du SSIAD, les bénéficiaires, les mandataires judiciaires, les services d'aide à domicile.	-	Proposer des rencontres transversales pour pérenniser les bonnes relations entre acteurs de terrain et faire émerger des projets partagés (ex : formations mutualisées).

TABLEAU 5. Personnalisation de l'accompagnement

→Réf. Thèmes 2.2, 4.1

Thématiques	Points forts	Points faibles	Axes d'amélioration
Elaboration des PP (outils et méthodes)	<p>Le projet personnalisé et le projet de soins individualisés sont mis en place pour chaque bénéficiaire.</p> <p>La cadre coordonnatrice du service est le maître d'œuvre des projets individualisés. Chaque projet est suivi par un aide-soignant référent qui sera présent à la première intervention à domicile. Le référent présente le projet à l'ensemble de l'équipe lors de sa mise en place et des actualisations.</p> <p>Un document précise les attendus de la mission du référent en service de soins à domicile. Cette description est connue des personnels. Ce document est également tenu dans le dossier de soins laissé à domicile.</p>	-	-
Participation des bénéficiaires au PP	La responsable du SSIAD définit avec l'utilisateur et sa famille les aides à mettre en place pour un accompagnement adapté. Leurs remarques et suggestions sont recueillies et prises en compte pour rassurer puis pour permettre une adhésion de l'utilisateur au projet.	-	-
Mise en œuvre du PP	Le document « projet de vie » permet le recueil de données administratives, de l'histoire et des habitudes de vie. Il comporte également un bilan d'autonomie, les attitudes/comportement, la vie sociale. Il se termine par les objectifs de soins répartis entre soins réalisés par les aides-soignants et ceux effectués par les infirmières libérales. Le projet de soins est présenté en objectifs globaux, moyens, résultat/évaluation.	-	-

<p>Evaluation et Actualisation du PP en fonction de l'évolution des besoins</p>	<p>Le projet de vie est élaboré dès l'initiation de la prise en charge. Une programmation des évaluations est planifiée et suivie.</p> <p>Les projets sont revus au moins une fois par an, présentés à l'ensemble de l'équipe.</p>	<p>-</p>	<p>Réfléchir à la possibilité de mettre en place des actions complémentaires au regard de la mise en place d'un projet de vie pour enrichir le projet de soins individualisé.</p>
<p>Cohérence et continuité de la PEC ou de l'accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Différents temps d'échanges facilitent la coordination et la communication entre les professionnels. -La continuité de soins est structurée par une organisation fiable du SSIAD. -Les comptes rendus des réunions sont mis à disposition de l'équipe. -Un classeur de suivi ainsi qu'un cahier de liaison mis à domicile, permettent les transmissions utiles entre les différents intervenants du domicile. 		

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

→Réf. Thème 2.4

Thématiques	Points forts	Points faibles	Axes d'amélioration
Modalités de participation et d'expression des usagers : CVS / enquêtes / autres	<p>Les personnes rencontrées connaissent la cadre du service ainsi que les modalités d'interpellation. Les soignants se rendant régulièrement au domicile sont attentifs aux attentes/besoins des bénéficiaires, ce qui permet de recueillir et réagir rapidement aux demandes exprimées. Une enquête de satisfaction est diligentée chaque année. Les résultats sont transmis à la Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) présente au sein du centre hospitalier E. Garcin.</p>	<p>Un taux de réponse à l'enquête qui baisse.</p>	<p>Organisation de réunions de familles (une prévue fin 2014).</p> <p>Au regard de l'attention portée par le SSIAD aux besoins de la famille, envisager un questionnaire spécifique pour ces dernières.</p> <p>Envisager éventuellement d'autres modalités d'organisation des enquêtes afin d'augmenter le taux de retour.</p>
Prise en compte des besoins et de la parole de l'utilisateur	<p>Une enquête satisfaction annuelle est réalisée auprès des bénéficiaires et/ou des familles. Les actions mises en place dans la suite sont présentées aux bénéficiaires.</p>	-	-
Place de la famille et des aidants	<p>Les familles participent au recueil d'informations pour l'élaboration du projet personnalisé. Elles sont parties prenantes de l'accompagnement à domicile de leurs parents. Elles sont en lien avec la responsable du SSIAD.</p>	<p>Les aidants pourraient être plus impliqués dans le projet de vie.</p>	<p>- Le projet de vie pourrait comporter un versant « aidants » pour donner des pistes aux proches et les impliquer dans l'accompagnement (ex : récupération de la motricité avec aide à la marche).</p>

<p>Accès à l'information</p>	<p>Le dossier du patient reste à domicile et permet à la famille, à l'utilisateur et aux intervenants d'avoir accès à toutes les informations concernant la prise en charge et en soins du patient.</p>	<p>Connaissance des modalités de fonctionnement du service.</p> <p>Information du public : Mieux faire connaître le projet d'établissement du Centre hospitalier Edmond Garcin.</p>	<p>Communiquer sur le projet d'établissement sur le site Internet.</p>
-------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

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

→Réf. Thèmes 3.3, 4.2, 4.3

Thématiques	Points forts	Points faibles	Axes d'amélioration
Les conditions de garantie du respect de la dignité et du droit à l'intimité	<p>Un Comité de coordination des Vigilances, de gestion des Risques et de la Qualité (COVIRQ) est animé au niveau du centre hospitalier E. Garcin.</p> <p>Des référents participent aux Evaluations des Pratiques Professionnelles. Chaque référent reçoit une formation en lien avec la thématique concernée.</p> <p>La RBPP est diffusée par la cadre de santé. Le SSIAD s'engage à respecter les droits énoncés dans la charte annexée au livret d'accueil.</p>	-	-
Gestion des événements indésirables et des cas de maltraitance	<p>Une fiche de recueil des événements indésirables est mise en place. Elle est connue du personnel. Les événements indésirables sont suivis par la cellule qualité.</p> <p>Une seule déclaration concerne le SSIAD en 2013.</p> <p>L'organisation transparente du service, les temps de débat et de concertation, les valeurs humanistes prônées par l'hôpital permettent de lutter contre tout dérapage.</p>	-	-
Gestion et prise en compte des principaux risques liés à l'organisation et à la personne	<p>Le CHSCT est organisé au niveau du centre hospitalier E. Garcin. Les réunions auxquelles participe le médecin du travail ont lieu de façon trimestrielle. Le CHSCT suit et contrôle le D.U élaboré spécifiquement pour chaque service dont le SSIAD.</p> <p>Le représentant CARSAT est sollicité. Un travail est en cours avec cet organisme sur le montage d'un dossier de subvention dans le cadre du travail sur les RPS.</p> <p>La gestion des risques est structurée par le service qualité qui analyse les indicateurs retenus pour une veille. Cette vigilance est assurée par l'action transversale de l'encadrement des différents pôles.</p>	- Les AS n'ont pas de document de référence au domicile en matière de gestes d'urgence.	Poursuivre le projet d'élaborer un classeur synthétique contenant l'ensemble des procédures d'urgences et toutes les informations pratiques pour une utilisation facilitée lors des interventions au domicile.

TABLEAU 8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

→Réf. Thème 5.

L'ambiance des lieux, le climat

Les bureaux du SSIAD sont incorporés à la structure hospitalière. La salle de réunions vaste et claire est favorable aux rencontres des soignants. L'équipe du SSIAD est jeune, dynamique ; elle s'inscrit dans une démarche professionnelle de progrès. L'ambiance est chaleureuse entre les soignants. La disponibilité et l'accompagnement pédagogique bienveillant de l'infirmière coordinatrice œuvrent au maintien d'une bonne harmonie.

Le langage, la façon de parler

Le personnel se montre courtois. La relation n'est empreinte d'aucune familiarité. Les usagers sont appelés par leur nom patronymique.

La considération, l'attention à la personne

Malgré les troubles du comportement qui peuvent compliquer la relation, les soignants portent une attention bienveillante à la personne. Celle-ci est accompagnée dans les gestes de la vie quotidienne à son rythme, dans le respect de ses habitudes. Les remarques ou les plaintes donnent lieu à une vigilance accrue pour une bonne évaluation du contexte (évaluation de la douleur, surveillance des constantes, vérification des réserves alimentaires etc.). Les soignants prennent connaissance des transmissions laissées par la famille ou par les autres intervenants et adaptent leur intervention en conséquence.

La personnalisation de l'accompagnement

Le projet de soins individualisés est respecté. Le bénéficiaire est acteur dans sa prise en soins. Il exprime ses souhaits, qui sont pris en considération par les équipes. Les interventions incluent un temps d'échange avec l'aidant présent afin de lui prodiguer soutien, conseils et réconfort si besoin. Le SSIAD propose une intervention en binôme si le confort du bénéficiaire peut s'en trouver amélioré (exemple : médiation auprès du conjoint pour permettre la prise en soins du bénéficiaire.)

Le respect de l'intimité

Les usagers sont chez eux. Ils accueillent eux-mêmes les soignants. La détention des clés est soumise à des critères de comportement. Elle donne lieu à une procédure écrite. Ils disposent, à leur convenance, de leur environnement sous réserve d'une mise en sécurité. Le personnel du SSIAD veille à n'intervenir qu'en milieu adapté lors de soins de nursing et préserve la pudeur de la personne.

Le consentement et la participation

L'utilisateur peut ne pas adhérer à la proposition faite par l'aide-soignant ou donner un avis personnel sur les modalités de réalisation du soin. Toutefois, le soignant ne va pas à l'encontre des prescriptions du médecin.

L'information et la communication

Chaque geste du soignant est précédé d'une annonce à la personne pour la rassurer et rechercher sa participation. Le soignant, pendant son temps de présence auprès de l'utilisateur, participe au maintien des repères de la personne âgée, en réactualisant les informations qui n'ont pas été mémorisées ; (la plupart des bénéficiaires sont atteints de troubles mnésiques).

Conclusion générale

L'évaluation externe menée au SSIAD a permis de constater la progression du service dans la démarche humaniste engagé par le pôle de gérontologie.

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

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

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

TABLEAU 9. Méthodologie de l'évaluation externe

Items	Détails
Référentiel utilisé	<p>Le référentiel retenu pour la conduite de l'évaluation externe s'appuie sur le référentiel SOCRATES proposé dans l'offre initiale. Il est organisé en 5 dimensions, chacune détaillées en thèmes et sous thèmes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stratégie, projet et ouverture sur l'environnement 2. Prise en compte des besoins des usagers et individualisation de l'accompagnement 3. Démarche qualité 4. Organisation, Fonctionnement et Ressources Humaines 5. Conclusion : le climat éthique et bien traitant de la structure <p>Il a fait l'objet d'un travail d'adaptation et de validation avec l'équipe de direction de l'établissement. Ce référentiel reprend les 15 thèmes du décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux, Chapitre II, section3.</p>
Modalités d'implication des équipes	<p>Les équipes ont été impliquées à l'occasion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de RV individuels - de RV de groupes - de temps d'observation des pratiques professionnelles
Modalités d'association des usagers	<p>Les usagers ont été impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'occasion d'une réunion de groupe, d'1H, réunissant des usagers et animée par 1 évaluateur autour de thématiques générales sur l'accompagnement . - à l'occasion d'échanges plus informels (rencontre dans les couloirs, discussion pendant des animations, déjeuner avec eux...) sur des thématiques plus spécifiques.
Nombre d'entretiens conduits	<p>Ont été réalisés des :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entretiens individuels - entretiens de groupes - temps d'observations des pratiques et de la consultation de documents
Nombre de jours pour conduire l'évaluation externe	<p>Date de début de la mission : semaine 26 (2014) Date de fin de la mission : semaine 02 (2015)</p> <p>Etapas (en nombre de jours / homme) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Préparation de l'évaluation externe : 2 jours (en bureau d'études) 2. Réalisation de l'évaluation externe : 3,5 jours sur site 3. Finalisation de l'évaluation externe (rapports) : 3 jours (en bureau d'études) <p>TOTAL : 8,5 jours</p>

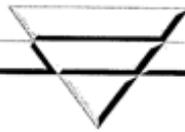
TABLEAU 10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

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

Annexe 2. Contrat d'engagement du prestataire

MARCHES PUBLICS DE FOURNITURES COURANTES ET SERVICES

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



EVALUATION EXTERNE DE L'ETABLISSEMENT

8k' SOCRATES

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

N° de marché

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

Acte d'Engagement

82

Annexe 3. Décision d'attribution du marché



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

Tel 04 42 84 70 28
Fax 04 42 84 73 97

Référence : 154/13
Affaire suivie par : T MANNO

AUBAGNE, le 22 Octobre 2013

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

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

A l'attention de Monsieur le Directeur,

Monsieur,

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

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

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

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



Annexe 4. Charte des évaluateurs

Ethique générale du cabinet

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

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

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

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

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

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

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

Le respect de l'autre.

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

La justice.

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

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

La responsabilité.

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

L'engagement.

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

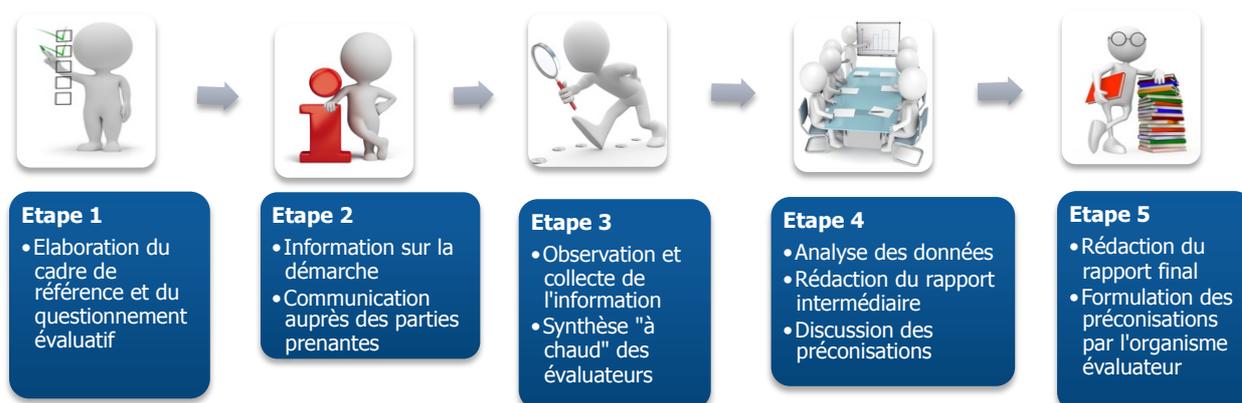
La pondération.

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

Les qualités et valeurs portées par nos évaluateurs :

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

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



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

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

Annexe 6. Calendrier de mise en œuvre

Etapes clés de l'évaluation externe	Période	Nombre de jours homme
Phase 1 : Préparation de l'évaluation externe		
- Préparation de la démarche et du cadre évaluatif avec la Direction médicale et qualité	Semaines 26 à 43	2 j
- Analyse des documents techniques		
Phase 2 : Réalisation de la visite d'évaluation externe		
Intervention sur site (information autour de la démarche et évaluation sur site)	Semaine 48 (27 et 28/11/2014)	3,5 j
Phase 3 : Finalisation de l'évaluation externe		
Analyse des données et rédaction du pré rapport	Semaines 49 à 51	1,5 j
Réalisation des échanges autour du pré rapport	Semaine 52 / 01	0,5 j
Rédaction et finalisation du rapport	Semaine 02	1 j
Total des journées		8,5 jours

Annexe 7. Equipe d'évaluateurs

Pilotage et coordination des évaluations externes pour le groupe :

Sabrina DIRAND

Gérante associée du cabinet SOCRATES

Coordinatrice de projets

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

Les évaluateurs impliqués dans la démarche d'évaluation externe :

Annick MINNITI

Pilote

Ancienne directrice d'EHPAD

Ancienne IDE

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

Floris THOUMELIN

Consultante et évaluatrice externe

Ancienne directrice d'EHPAD et de SSIAD, IDE

Spécialité : organisation, management et soin en EHPAD et SSIAD

Annexe 8. Référentiel d'évaluation externe

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

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

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

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

Annexe 10. Liste des personnes consultées

JOUR 1 - Lundi 24/11/14

Services mutualisés CH AUBAGNE, communs aux 3 structures évaluées

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

JOUR 4 - Jeudi 27/11/14

SSIAD

Horaires		E1 (Annick MINNITI)	E2 (Floris THOUMELIN)
7h30	à 8h00	Démarrage à 8:30	
8h00	à 8h30		
8h30	à 9h00	Entretien DIRECTION opérationnelle du SSIAD avec Cadre supérieur de santé (<i>Mme GRAVE</i>) et coordinatrice du SSIAD (<i>Mme ROMANO</i>) sur le fonctionnement du service (projet de service, inscription dans l'environnement, organisation...) - Thème abordés : 1.1, 1.2, 1.3, 4.1, 4.2 - SSIAD	
9h00	à 9h30		
9h30	à 10h00		
10h00	à 10h30	Visite du service SSIAD	
10h30	à 11h00	Entretien ACCUEIL SSIAD / SECRETARIAT / ADMISSIONS (<i>Mme SARAIVA</i>) - Thèmes : 2.1, 2.2, 2.3 (accueil) 2.4, 4.1 (continuité acc.)	Visite au domicile des usagers, avec les professionnels / Observation et rencontre avec les familles - Thèmes : 2.1, 2.2 et 2.3
11h00	à 11h30		
11h30	à 12h00	Consultation de documents	
12h00	à 12h30	Déjeuner des évaluateurs	
12h30	à 13h00		
13h00	à 13h30		
13h30	à 14h00	Entretien GROUPE / EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE D'ACCOMPAGNEMENT SSIAD (AS - minimum 5) Thèmes : 2.1, 2.2 et 2.3 (accompagnement), 3.3 (RBPB), 4.1 et 4.2 (continuité de l'accompagnement)	
14h00	à 14h30		
14h30	à 15h00		
15h00	à 15h30		
15h30	à 16h00	Consultation de documents	Consultation de documents
16h00	à 16h30	Entretiens Partenaires SSIAD (Le Fil Rouge) (Thèmes : 1.2, 1.3, 4.1) - AJA et SSIAD	Entretiens Partenaires SSIAD (INFIRMIÈRES LIBÉRALES - entretien téléphonique) (Thèmes : 1.2, 1.3, 4.1)
16h30	à 17h00		

JOUR 5 - Vendredi 28/11/14

SSIAD

Horaires			E1 (Annick MINNITI)	E2 (Floris THOUMELIN)
7h30	à	8h00	Visite au domicile des usagers, avec les professionnels / Observation et rencontre avec les familles - Thèmes : 2.1, 2.2 et 2.3	
8h00	à	8h30		
8h30	à	9h00		Possibilité d'organiser des entretiens spécifiques type : Finances ou autres
9h00	à	9h30		Entretien QUALITE (2/2) - compléments avec responsable qualité (<i>Mme REDONDO MATHIOT, Mme GRAVE</i>) - Thèmes abordés : 3.1, 3.2, 3.3 (dont évaluation interne et suites réservées) - CAMSP, AJA et SSIAD
9h30	à	10h00		
10h00	à	10h30	Synthèse entre les évaluateurs	
10h30	à	11h00	Restitution à CHAUD auprès de l'équipe de DIRECTION du Centre Hospitalier (8 personnes) (* la responsable du SSIAD sera invitée)	
11h00	à	11h30		
11h30	à	12h00		
12h00	à	12h30	FIN EVALUATION CH AUBAGNE	