

Rapport d'évaluation externe



**SSIAD du Centre Hospitalier
des Marches de Bretagne**
9, rue des Fougères
35560 ANTRAIN

FINESS 350008702



1.	ÉLÉMENTS DE CADRAGE.....	3
1.1.	PRESENTATION DE L'ORGANISME EVALUATEUR.....	3
1.2.	PRESENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT EVALUE.....	3
1.3.	CONTEXTE INSTITUTIONNEL.....	4
1.4.	ORGANISATION.....	5
1.5.	ÉLÉMENTS LIES AUX PERSONNES ACCUEILLIES.....	7
2.	DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D'ÉVALUATION EXTERNE.....	10
2.1.	OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION EXTERNE.....	10
2.2.	CADRE LEGAL DE L'ÉVALUATION.....	10
2.3.	PROCEDURE D'ÉVALUATION, ORGANISATION ET DIFFICULTES.....	10
3.	CADRE EVALUATIF.....	12
3.1.	CADRE LEGAL DE REFERENCE.....	12
3.2.	RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES APPLICABLES.....	13
3.3.	SOURCES DOCUMENTAIRES.....	14
3.4.	QUESTIONNEMENT EVALUATIF.....	15
4.	ANALYSE ET PRECONISATION.....	15
4.1.	SYNTHESE DU REFERENTIEL D'ÉVALUATION.....	16
4.2.	APPRECIATION GLOBALE DES ACTIVITES ET DE LA QUALITE DES PRESTATIONS (DECRET 2007-975, CHAPITRE II, SECTION 2). 17	
4.3.	ANALYSE DES ACTIONS REALISEES SUITE A L'ÉVALUATION INTERNE (DECRET 2007-975, CHAPITRE II, SECTION 2).	21
4.4.	CONSTATS, ANALYSES ET PRECONISATIONS SELON LE REFERENTIEL D'ÉVALUATION.....	23
5.	CONCLUSIONS.....	35
6.	ANNEXES.....	36
6.1.	SYNTHESE DE L'ÉVALUATION EXTERNE (3.5 DE LA SECTION 3 DU CHAPITRE V DE L'ANNEXE 3- 10 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES).....	36
6.2.	ABREGE DU RAPPORT.....	44
6.3.	COMPOSITION DE L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION.....	49
6.4.	ENGAGEMENT DE DEONTOLOGIE.....	51
6.5.	DECLARATION SUR L'HONNEUR DES EVALUATEURS.....	52
6.6.	CALENDRIER DE REALISATION.....	53
6.7.	CONTRAT D'ÉVALUATION EXTERNE ET QUESTIONNAIRE EVALUATIF.....	53

1. ÉLÉMENTS DE CADRAGE.

1.1. Présentation de l'organisme évaluateur.

Nom de la société : A.D.Q. Conseils SARL
Gérant : Marc HOLZHAMMER
Coordonnées : 6, rue des Lilas
57200 Blies Ebersing
Tél : 06.77.52.31.95
Mail : mh@adq-conseils.fr
N° Anesm : **H2010-03-351**
Siret : 48019321800017
Code NAF : 7022Z

1.2. Présentation de l'établissement évalué.

Nom de l'établissement : SSIAD DES MARCHES DE BRETAGNE

Responsable de l'établissement : Madame Josiane BETTLER
Réfèrent pour l'évaluation externe : Mademoiselle Michèle LE FLOCH
Coordonnées : 02 99 98 31 33

Organisme gestionnaire : Centre Hospitalier des Marches de Bretagne

Responsable de l'organisme : Madame Josiane BETTLER
Réfèrent pour l'évaluation externe : Mademoiselle Michèle LE FLOCH
Coordonnées : 02 99 98 31 33

Forme juridique : Établissement public communal d'hospitalisation
N° Siret : 200 030 419 00036

N° d'autorisation : D45107924062
Date prévisionnelle de renouvellement : 03/01/2015

Nombre de places/lits : 27 places PA dont 3 places PH moins de 60 ans par dérogation

1.3. Contexte institutionnel

1.3.1. Historique de l'établissement

Le Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) d'Antrain a été créé en 1982 sous forme d'association, l'ASDPACA (Association pour le Soin à Domicile aux Personnes Âgées du Canton d'Antrain), avec 15 places de soins à domicile, puis rapidement 27.

Les SSIAD sont des services sociaux et médico-sociaux qui assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées d'au moins 60 ans et malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies, des prestations de soins infirmiers sous forme de soins techniques ou de soins de base, conformément au décret n° 2004-613 du 25 juin 2004.

Les SSIAD sont entièrement financés par les crédits de l'Assurance Maladie, sous la forme d'une dotation globale. L'allocation et le contrôle des financements dépendent des Agences Régionales de Santé (ARS).

L'objectif principal du SSIAD est de permettre à la personne de rester chez elle, en lui apportant son aide dans l'accomplissement de certains actes essentiels à la vie quotidienne.

Le rattachement juridique à l'hôpital d'Antrain date de 1993.

Une direction commune est mise en place à compter de 2004, suite à un rapprochement des 2 hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint Brice-en-Coglès en 2002.

1.3.2. Contexte actuel

Le SSIAD d'Antrain est géré par le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne (CHMB), né de la fusion au 1er janvier 2012 des deux ex hôpitaux locaux "Victor Roussin" à Saint-Brice-en-Coglès et "René Le Hérissé" à Antrain. Le CHMB comprend :

- l'EHPAD La Loysance,
- l'EHPAD Les Hameaux du Coglais,
- le SSIAD d'Antrain,
- un service de médecine,
- trois services de Soins de Suite et de Rééducation (SSR) polyvalents et locomoteurs.

Au 1er avril 2012, l'EHPAD Les Acacias de Saint-Georges-de-Reintembault a signé une convention de direction commune avec le CHMB.

Au 1^{er} juin 2014, le SSIAD de Saint-Brice-en-Coglès de 48 places rejoint le CHMB, et s'installe sur le site des Hameaux du Coglais.

À ce jour, le SSIAD d'Antrain dispose de 27 places pour personnes âgées dont trois places pour personnes handicapées de moins de 60 ans, par dérogation.

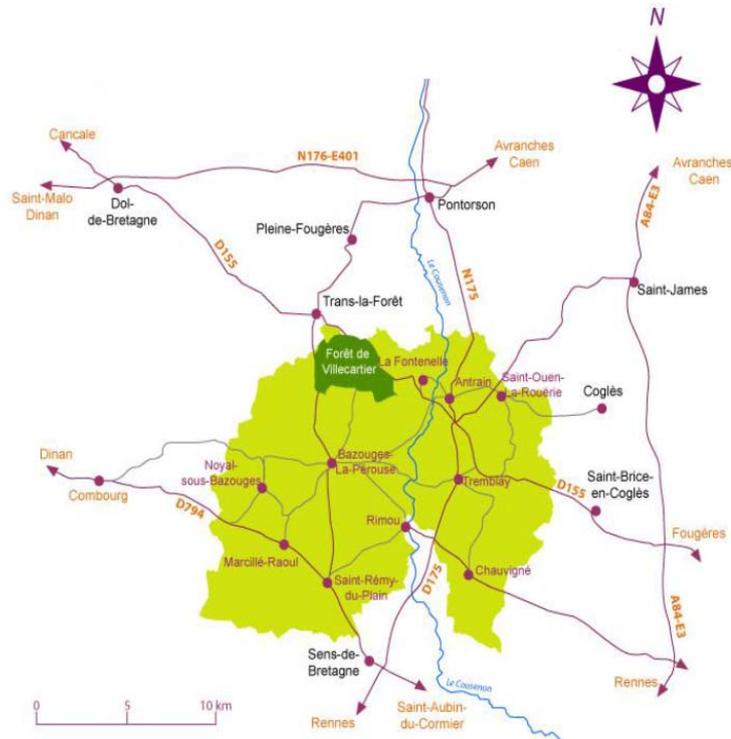
Les locaux sont situés sur la commune d'Antrain, dans le bâtiment du service de Médecine-SSR du CHMB.

Les actes infirmiers sont assurés par les IDE libérales conventionnées avec le CHMB, dans le cadre de sa mission de SSIAD. Ce service assure, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques et/ou de soins de base et relationnels.



AIRE GÉOGRAPHIQUE

Le SSIAD intervient essentiellement dans les dix communes du canton d'Antrain, soit un rayon de 20 kilomètres maximum (Antrain - Bazouges-la-Pérouse – Chauvigné - La Fontenelle – Marcillé Raoul - Noyal-sous-Bazouges – Rimou - Saint Ouen-la-Rouërie – Tremblay - Saint Rémy du Plain).



1.4. Organisation

1.4.1. L'équipe de professionnels.

Effectifs au 31/12/2013 : 5,89 ETP

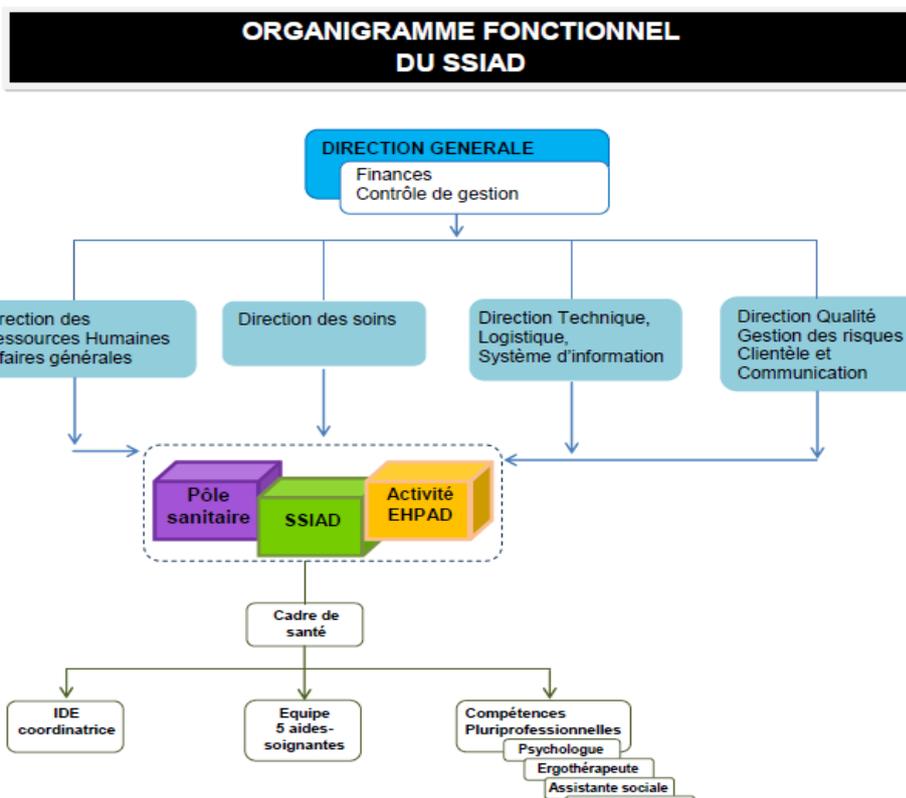
- 0,20 ETP Cadre de santé,
- 0,40 ETP IDE Coordinatrice,
- 0,09 ETP Psychologue,
- 5,00 ETP AS.

1.4.2. Organigramme.



Pilotage

Mise en œuvre Opérationnelle



Composition du comité de suivi et de pilotage de l'Évaluation Externe du SSIAD

Président, Représentant légal	Mme J. BETTLER – Directrice
Directrice adjointe, Chargée de la Qualité	Mme M. LE FLOCH
Cadre de santé	Mme N. LUCAS
IDE Coordinatrice	Mme A. GAZENGEL
Aides-soignantes	Mme H. LEGOUT Mme G. LEMOULAND Mme N. GARNIER Mme A. ROULLIER Mme F. LESAGE Mme N. GARNIER
Psychologue	Mme G. DUDOIT
Qualiticien	
Assistante Qualité	Mme N. PRIOUL
<i>Comité de suivi et de pilotage élargi selon l'ordre du jour</i>	
IDE référente de l'équipe opérationnelle d'hygiène	Mme S. ROUANET
Diététicien	M. K BACCOUCHE
Services techniques	M. D. BIARD
Représentant des services informatiques	M. S. DENIS

1.5. Éléments liés aux personnes accueillies.

1.5.1. Approche quantitative.

Répartition par tranche d'âge

Répartition par tranches d'âges	2010	2011	2012
< 60 ans	4	3	3
60 - 75 ans	7	6	3
75 - 84 ans	18	18	17
85 - 95 ans	21	19	21

Plus de 80 % des patients du SSIAD ont plus de 75 ans.

Répartition géographique des patients

Origine géog.		2010	2011	2012
Canton d'Antrain	Antrain	10	9	12
	Bazouges	11	11	9
	Tremblay	11	9	5
	Autres cantons	16	15	18
Hors canton		1	1	1
Dépt. limitrophes		2	2	1

Les patients du SSIAD proviennent à plus de 95% du canton d'Antrain.

Origine de la demande de prise en charge

	2010	2011	2012
Médecins généralistes	35	31	34
Assistantes sociales	-	-	-
IDE libéraux	2	2	4
Structure hospitalière	-	-	-
Familles	8	10	5
Patients	-	-	-
Conseil Général	4	3	2
Autres	2	1	1

1.5.2. Approche qualitative.

Moyenne d'âge des patients

	Moyenne d'âge
2010	80,92
2011	80,74
2012	82,09

La moyenne d'âge a augmenté de 10% entre 2011 et 2012.

Durée moyenne de la prise en soins

	Durée moyenne de prise en soins (jours)
2010	404
2011	498
2012	444

La durée moyenne de prise en soins peut varier de près de 20% d'une année à l'autre.

Niveau de dépendance des patients

Niveau de dépendance (nbr de pers.)	2010	2011	2012
GIR 1	1	1	-
GIR 2	10	7	7
GIR 3	17	20	22
GIR 4	23	19	16
GIR 5	-	-	1
GIR 6	-	-	-
GMP	593,725	597,021	595,000

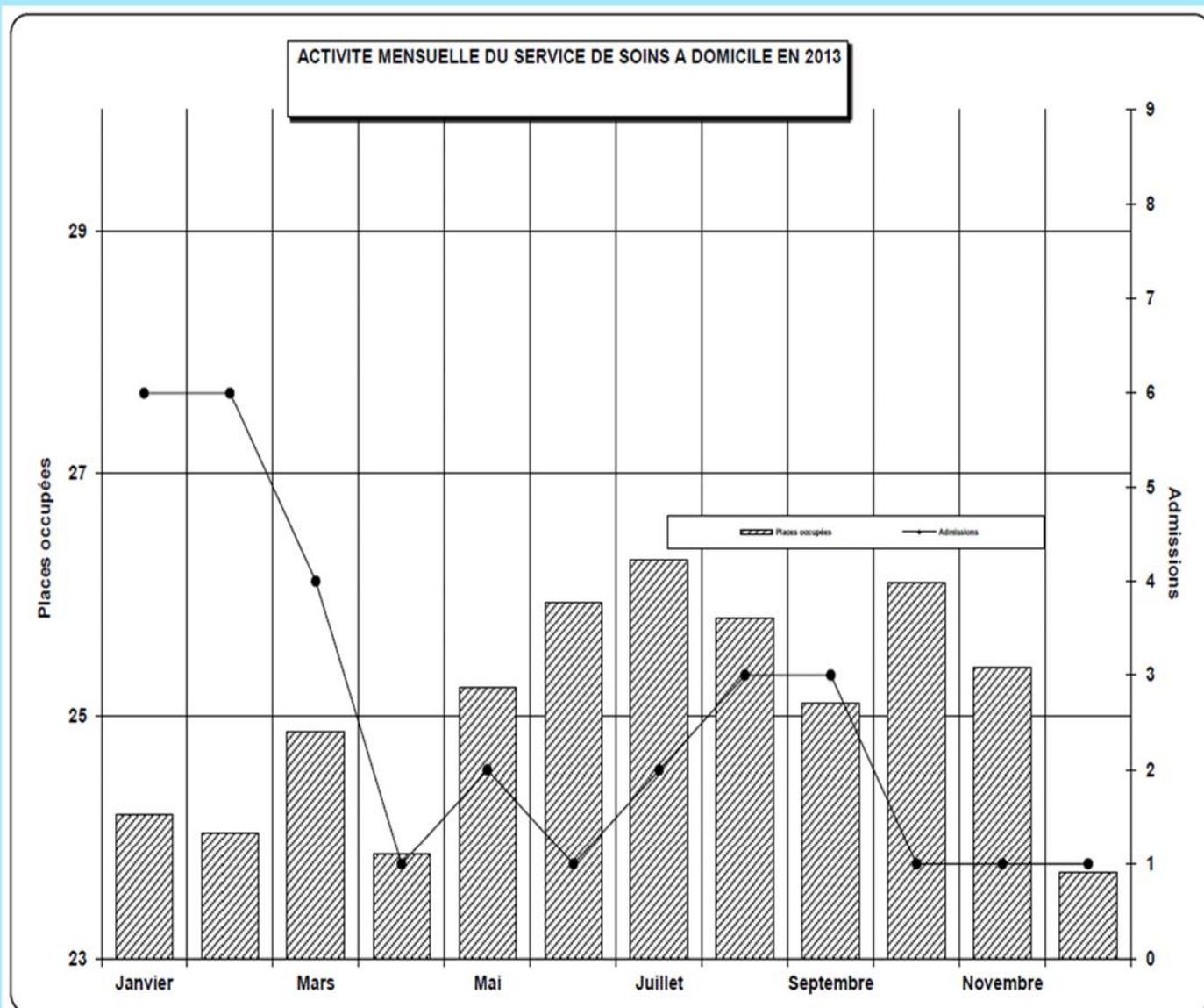
78% des patients sont en GIR 3. Le GMP est stable autour de 600.

Modes de sortie

		2010	2011	2012
Sorties définitives et orientation	Arrêt de prise en soins (demande du patient ou équipe)	12	12	7
	Décès	7	9	3
	Hospitalisation > 30 jours	4	-	4
	Hébergement	3	-	3
Sorties en hopist. puis réadmission		23	26	24

Les sorties vers un établissement sanitaire ont fortement augmenté. Elles représentent plus de 80% des sorties en 2012.

Activité mensuelle et taux d'occupation



	2011	2012	2013
Taux d'occupation	100,97%	94,31%	92,77%
Nombre de journées	9951	9320	9168
Nombre de visites	8 477	8 509	8 858
Nombre d'heures AS	7 873	7 834	7 636
Nombre de km	59 341	61 312	66 890

A noter qu'entre 2012 et 2013 les AS ont effectué **349 visites supplémentaires en 198 heures de moins**, pour 5077 km de plus.

Le taux d'occupation a chuté de 9% entre 2011 et 2013.

Données budgétaires

Le SSIAD a bénéficié d'une dotation globale de financement de l'ARS d'un montant de 395 344.96 € au 1^{er} janvier 2013.

2. Descriptif de la procédure d'évaluation externe.

2.1. Objectifs de l'évaluation externe.

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

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

2.2. Cadre légal de l'évaluation.

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

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

2.3. Procédure d'évaluation, organisation et difficultés.

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



2.3.1. Les étapes de l'évaluation.

Étape 1 : Préparation de l'évaluation externe		
<i>Contenu de l'étape</i>	<i>Réalisé le</i>	<i>Difficultés rencontrées</i>
Transmission de la liste des documents	27/03/2014	
Préparation du cadre évaluatif et du planning d'intervention sur site.	27/04/2014	
Validation du cadre évaluatif	10/05/2014	



Étape 2 : Evaluation sur site (Planning, voir en annexe)		
<i>Contenu de l'étape</i>	<i>Réalisé le</i>	<i>Difficultés rencontrées</i>
Réalisation de la réunion d'ouverture	27/05/2014	
Entretiens et recueil des informations	27/05/2014	
Présentation des conclusions	27/05/2014	

Étape 3 : Rapport		
<i>Contenu de l'étape</i>	<i>Réalisé le</i>	<i>Difficultés rencontrées</i>
Remise du pré-rapport	03/08/2014	Retard d'un mois.
Remise du rapport final	31/08/2014	

2.3.2. Les sources d'information.

Le public	Le personnel
<i>Usagers</i>	<i>Entretiens collectifs</i>
Visite à domicile avec la cadre de santé Visite à domicile avec l'IDE coordinatrice	<p>Mme Lucas Cadre de santé Mme Le Floch DA QGR <i>Dynamique qualité - Évaluation interne - PAQ - RBPP - Stratégie - Projet d'établissement - Documents légaux - Garantie des droits - Gestion des urgences, des plaintes, des RH - Expression et participation - Bientraitance - Formations - DUERP - Organisation collective et planification des tournées - Gestion et prévention des risques routiers</i></p> <p>Mme Gazengel IDE Coordinatrice Mme Laize Assistante Qualité <i>Mise en œuvre de l'accompagnement - Protocoles et procédures - Projet et dossier de soins - Gestion douleur, chutes - Coordination avec les autres intervenants - Transmission de l'information - Réunions institutionnelles - Communication - PAI - Ouverture sur l'environnement et partenariats</i></p> <p>Participation temps de transmissions Aides-soignantes <i>Modalités de prise en soins et d'accompagnement</i></p>



Éléments documentaires consultés sur site	
<i>Documents cadres (conventions, procédures,...)</i>	<i>Documents opérationnels (dossiers, enregistrements, courriers,...)</i>
L'activité réalisée en 2013 et le taux d'occupation Ressources financières (budgets soins 2014) Sécurité et gestion des risques - les protocoles, procédures Gestion des ressources humaines - le livret d'accueil du nouveau salarié - l'absentéisme maladie et AT 2012 et 2013 - le registre du personnel Les conventions de partenariats signées - HAD, unité mobile de soins palliatifs, ... Le projet d'accompagnement individualisé Notes de service PAQ actualisé	Plannings Comptes rendus de réunion Affichage Dossiers de soins Dossiers administratifs Fiches de traçabilité des soins Cahier de liaison

3. Cadre évaluatif.

3.1. Cadre légal de référence.

3.1.1. Éléments généraux.

Codes

- Code de l'Action Sociale et des Familles.
- Code de la Sécurité Sociale.
- Code de la Santé Publique.
- Code du Travail L.4121-3, R. 4121-1.

Lois

- Loi 2002-2 du 2 janvier 2002, réformant la loi du 30 juin 1975 relative aux établissements et services du secteur de l'Action Sociale, ses arrêtés et décrets d'application.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi n°2 002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.
- Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Cette loi a été complétée par deux décrets d'application : décret n°2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail ; décret n°2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail.

Décrets

- Décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière.
- Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- 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.
- Décret n° 2006-181 du 17 février 2006 relatif au financement par dotation globale des services de soins infirmiers à domicile et modifiant le Code de l'Action Sociale et des Familles.

- Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré.
- Décret n° 2011-121 0 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.
- Décret n° 81-448 du 8 mai 1981 fixant les conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées.
- Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et modifiant le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale.
- Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.
- Décret n° 637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.
- Décret n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.
- Décret n° 2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR.

Arrêtés

- Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'aide-soignant.
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'art L 311-4 du CASF.
- Arrêté du 11 octobre 2011 modifiant les arrêtés du 7 septembre 1999 relatifs aux modalités d'entreposage et au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.
- Arrêté du 23 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine.
- Arrêté du 6 janvier 2006 modifiant l'arrêté du 23 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine.
- Arrêté du 27 juillet 2005, relatif au rapport d'activité des services de soins infirmiers à domicile et comprenant les indicateurs médico-sociaux.

Circulaires

- Circulaire DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.
- Circulaire DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relatif aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.
- Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'art L 311-4 du CASF.
- Circulaire DGCS/SD3A/2011/110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer.
- Circulaire DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la Bienveillance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS.

Autres

- Instruction interministérielle DHOS/E1/DAF/DPA CI/2007/322 du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical.
- Textes codifiant les directives anticipées : articles L. 1111-4, L. 1111-11 à L. 1111-13, R. 1111-17 à R. 1111-20, R. 1112-2 et R. 4127-37 du Code de la Santé Publique.
- Programme régional de santé (PRS).
- Bonnes pratiques de soins en EHPAD 2007.
- Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée. Mai 2008.

3.2. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « tous secteurs »

- RBPP La Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre. Anesm, 2008.
 - RBPP Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Anesm, 2008.
 - RBPP Ouverture de l'établissement à et sur son environnement. Anesm, 2009.
 - RBPP La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Anesm, 2009.
 - RBPP La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'art L. 312-1 du CASF. Anesm, 2008.
 - RBPP Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service. Anesm, 2010.
 - RBPP L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. Anesm, 2009.
 - RBPP L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. Anesm, 2013.
 - RBPP Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées. Anesm, 2008.
 - RBPP Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique. Anesm 2012.
- Bien que ne concernant pas directement les SSIAD, les recommandations sur la participation des usagers en addictologie, dans le secteur de l'inclusion, pour les personnes protégées ou en EHPAD proposent des outils et des repères susceptibles de faciliter la participation des personnes (enquête par questionnaire, recueil et traitement des plaintes et réclamations, groupe d'expression, CVS, etc ...) :
- RBPP Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale. Anesm, 2008.
 - RBPP Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique. Anesm, 2012.
 - RBPP La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie. Anesm, 2010.
 - RBPP Qualité de vie en EHPAD : la vie sociale des résidents. Anesm, 2012.
 - RBPP Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, avril 2009, Société française de gériatrie et gérontologie, HAS.

3.2.1. Éléments spécifiques aux SSIAD

- RBPP L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes. Anesm, 2012.
- RBPP Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile. Anesm, 2009.
- RBPP Modalité de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. HAS. Mars 2011.

3.3. Sources documentaires.

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

Documents obligatoires	Documents transmis
Tout document public permettant d'identifier la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social	- Certificat d'inscription au répertoire des entreprises et des établissements (SIRENE) du 20/12/2011.
Une copie de l'autorisation ou de la déclaration avec un descriptif des activités, des publics accueillis, un organigramme et un document relatif aux personnels : effectifs en poste, répartition par catégorie.	- Copie de l'autorisation non transmise. - Descriptif des publics accueillis. - Effectifs des personnels par catégorie au 01/01/2014. - Organigramme janvier 2014. - Organigramme CH Marches de Bretagne 10/2013.

Le projet d'établissement et autres documents de référence utilisés : Charte, supports de démarche qualité	- Projet d'établissement 2009 - 2014. - Chartes.
Le livret d'accueil de l'établissement remis à chaque personne accueillie	- Livret d'accueil mis à jour en décembre 2013.
Le règlement de fonctionnement	- Règlement de fonctionnement révisé en 2013.
Les comptes rendus du conseil de la vie sociale ou de toute autre forme de participation	- Enquêtes de satisfaction 2012 et 2013.
Les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité	- DUERP 2013 / DARI 2013.
Les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation	- Rapport d'évaluation interne 2013.
Une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne	- Bilan des actions pluriannuelles programmées.

Et de nombreux documents complémentaires dont :

- Les conventions de partenariats signées,
- les plans de formations,
- le rapport d'activité CHMB 2012,
- les programmes d'investissement, etc.

3.4. Questionnement évaluatif.

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

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

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

(Voir en annexe : « Questionnaire évaluatif »)

4. ANALYSE ET PRECONISATIONS.

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

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

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



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



Proposition ayant pour objectif une amélioration du fonctionnement

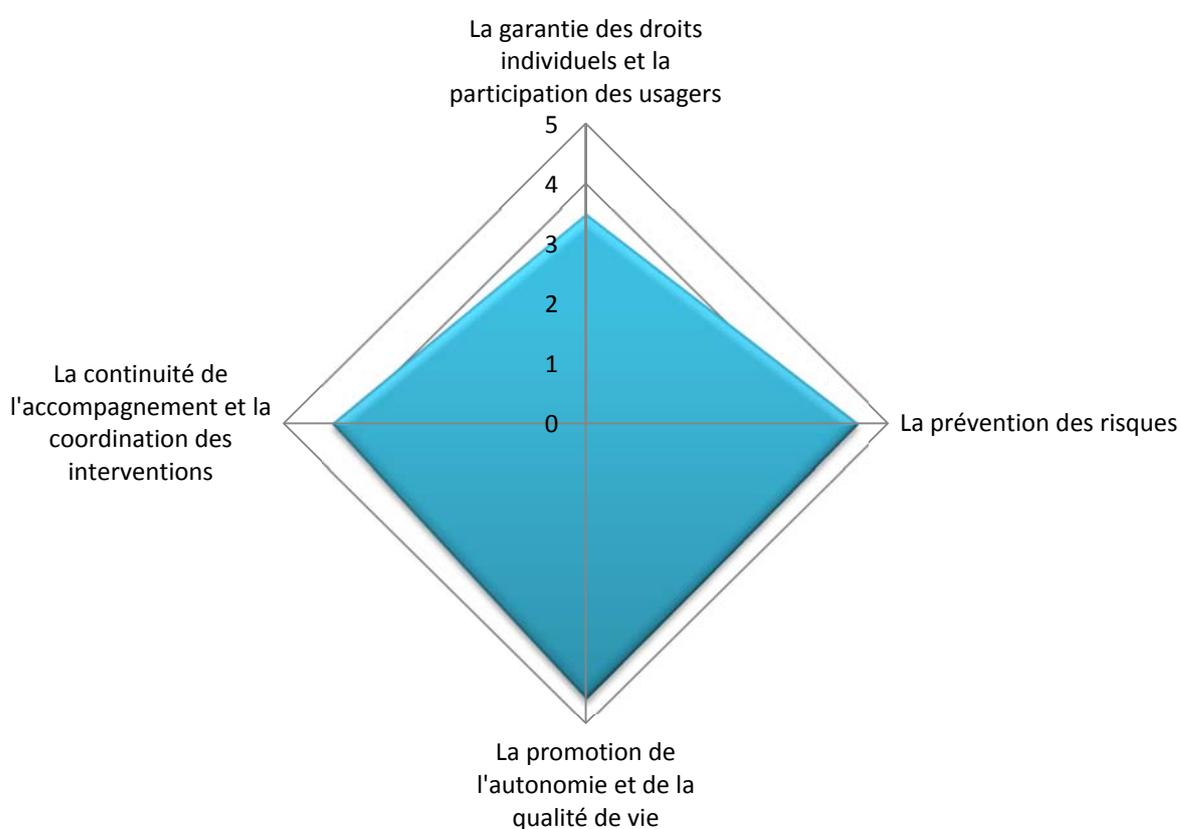


Proposition ayant une incidence sur l'accompagnement.



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

4.1. Synthèse du référentiel d'évaluation.



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

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

Actuellement, le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) ne dispose pas de projet de service spécifique. Cependant, les résultats de l'évaluation interne et de l'évaluation externe pourraient constituer un socle de travail pour réaliser le prochain projet de service.

Dans le cadre de la réactualisation du projet médical du CHMB, un atelier est organisé sur la problématique des liens entre le SSIAD, la médecine de ville et l'hôpital, ainsi que sur la question des soins palliatifs et de l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer à domicile. Les données issues de cet atelier permettront d'alimenter le projet de service du SSIAD.

La signature du contrat socle du C.P.O.M. en 2013 a défini les orientations stratégiques du CHMB :

- ancrer et promouvoir le CHMB dans son rôle de 1er recours, dans le cadre de son offre médicale et médico-sociale, et dans ses missions de santé publique ;
- répondre aux besoins de la population vieillissante et s'inscrire dans la filière gériatrique du territoire ;
- promouvoir et organiser une rééducation de qualité et s'inscrire dans les filières médicalisées AVC et locomoteur du territoire ;
- favoriser la coordination des acteurs pour améliorer le parcours du patient.

L'une des deux vocations du CHMB est médico-sociale. Les personnes sont prises en soins à leur domicile par le SSIAD, ou accueillies au sein d'un des Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Les missions spécifiques des SSIAD sont définies par le décret du 25 juin 2004 :

- évaluer le besoin en soins des personnes,
- prodiguer des soins spécifiques sur prescription et relevant du rôle propre infirmier,
- coordonner de façon médico-sociale les interventions,
- prévenir les risques liés à la perte de l'autonomie,
- éduquer pour la santé.

Ces soins sont effectués au domicile du patient par un personnel infirmier, diplômé d'Etat. Ils peuvent être aussi assurés en « Collaboration d'Aide-Soignant », par un personnel diplômé qui intervient sous la responsabilité de l'infirmière.

L'infirmière coordinatrice a compétence pour prendre les initiatives qu'elle juge nécessaires.

Sur les 27 places pour personnes âgées, le SSIAD d'Antrain bénéficie d'une dérogation pour la prise en soins de 3 personnes handicapées de moins de 60 ans.

Cohérence des différents objectifs entre eux.

La communication à l'extérieur se fait essentiellement par le biais des intervenants libéraux, médecins et infirmières. Il n'existe pas de plaquette de communication concernant le SSIAD.

Le SSIAD a bonne réputation auprès de la population et de l'ensemble de ses partenaires, mais souffre d'un léger manque de reconnaissance en interne vis-à-vis des autres services de l'établissement.

Les liens entre le SSIAD et le service de médecine/SSR en particulier sont très forts, une même cadre gère ces deux services. Des usagers pris en soins par le SSIAD peuvent ensuite être admis en service de

médecine ou de SSR, et inversement. Il en est de même concernant les EHPAD, qu'il s'agisse d'une admission en accueil permanent, temporaire ou de jour. Cette proximité a d'ailleurs été favorablement remarquée par les évaluatrices.

Les essentiels des 4 recommandations "qualité de vie en EHPAD" sont à la disposition du personnel dans une bannette, mais ne concernent pas directement le service à domicile.

La Recommandation « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile » n'est pas diffusée, ni celle concernant « Les attentes de la personne et le projet personnalisé ».

Les professionnels ne connaissent pas les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles. Mais dans les faits, la façon de servir des agents du SSIAD est en adéquation avec l'esprit de ces Recommandations, dans un souci de Bienveillance et de respect de l'utilisateur.

La recommandation sur « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » devra faire l'objet d'une réflexion d'équipe.

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

Le SSIAD s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire dotée d'une richesse de compétences positive pour le service et pour le patient : cadre, IDE coordinatrice (arrivée le 1^{er} avril 2013), psychologue, aides-soignantes.

Le recrutement est tourné vers le service à la personne âgée et anticipe les évolutions.

Une seule AS du SSIAD vient de l'EHPAD, toutes les autres AS sont issues du service de SSR.

L'accueil des nouveaux salariés est formalisé. Deux jours par an sont consacrés à des journées d'information pour les nouveaux arrivants et les saisonniers, avec entre autres une présentation et une sensibilisation à l'hygiène et à l'Humanité. Des livrets Humanité et hygiène sont remis, ainsi que la Charte informatique.

Cette interdisciplinarité donne tout son sens à l'échange et au travail en équipe.

Le plan de formations pour l'année 2014 correspond aux directives ministérielles et aux thèmes définis par la direction. Il comprend entre autres un « Atelier Humanité » d'une heure ; la prévention des chutes ; une formation ou une remise à niveau des « Gestes de 1^{er} secours / Urgences vitales » ; manutention et gestes et postures ; hygiène ; troubles psychotiques ; la dépression ; la personne de confiance ; échelle de la douleur ; prendre en charge la douleur ; la nutrition, etc.

En ce qui concerne les moyens financiers, le budget du SSIAD est inclus dans celui du CHMB. La règle budgétaire suit l'instruction budgétaire et comptable M 22. Le budget d'exploitation 2012 du SSIAD s'est élevé à 403 792.91 € en dépenses et recettes. Il a réalisé un excédent de 79 387.72 €.

Existence et pertinence de dispositifs de gestion et de suivi.

Les procédures qualité sont mises à disposition dans un classeur dans le bureau du SSIAD. Un temps consacré à la présentation des nouvelles procédures est organisé tous les 15 jours.

Le SSIAD peut coordonner les différentes interventions et/ou assurer un rôle de référent, en complément du médecin traitant, auprès des familles ayant besoin de conseils ou d'informations.

Une fois par trimestre, l'ADMR de Tremblay, le Conseil Général (médecin-conseil, infirmières, assistantes sociales) et le SSIAD se réunissent pour réviser l'accompagnement des patients.

La gestion administrative du personnel est organisée. Des fiches de poste sont rédigées pour les AS et pour l'IDEC.

Un diagramme de soins mensuel permet de suivre l'administration des soins. Les feuilles de transmissions reflètent l'évolution de l'état de santé du patient.

Un Plan Blanc est actualisé chaque année par le CHMB.

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

Les missions et objectifs du SSIAD sont ainsi définis :

- éviter l'hospitalisation des personnes âgées lors de la phase aiguë d'une infection pouvant être traitée à domicile ;
- faciliter le retour à domicile après une hospitalisation ;
- limiter la durée du séjour hospitalier, lorsque les conditions environnementales et médicales le permettent ;
- favoriser la reprise de l'autonomie après un accident de santé ;
- prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et ainsi retarder leur admission dans les services d'hébergement ;
- accompagner l'aidant et sa famille.

Les professionnels disposent de matériels techniques pour la mobilisation des patients, lorsque ceux-ci acceptent l'installation de ce type d'équipement à leur domicile : lèves personnes, verticalisateurs électriques ou non, lits médicalisés, etc.

Un entretien annuel d'évaluation a lieu pour chaque salarié. Une évaluation chiffrée est établie pour les connaissances, les pratiques, les comportements professionnels, l'organisation, l'implication, l'animation, le travail en équipe, la communication et la présentation. Des objectifs sont fixés pour l'année à venir et les souhaits de formations sont recueillis.

Une formation Humanitude a été dispensée avec des ateliers. Une formation manutention et gestes de 1er secours a lieu tous les ans. En 2010-2011, les aides-soignantes ont suivi des formations communes avec d'autres SSIAD du sud de la Manche sur « la place de l'AS à domicile » et « la relation d'aide aux aidants » avec la cadre de santé. Ces formations sont à reprogrammer, en envisageant d'ajouter des formations sur le handicap et l'aménagement du domicile.

Les aides-soignantes émettent le souhait de pouvoir bénéficier de formations d'anglais, certains patients ne parlant pas français, et de soins palliatifs pour l'accompagnement en fin de vie.

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

Les soins infirmiers sont pris en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Ils sont assurés par des IDE libéraux, choisis par le patient et conventionnés avec le SSIAD.

Les soins sont assurés en collaboration et en complémentarité avec la famille, l'entourage ainsi que les différents partenaires (médecin, infirmier libéral, kinésithérapeute, orthophoniste, aide-ménagère, auxiliaire de vie, mais aussi assistante sociale, service de portage de repas à domicile et les différentes associations de service à la personne), dans le but d'aider la personne âgée à vivre chez elle avec ses handicaps, à préserver ou retrouver une autonomie. Les pratiques professionnelles reflètent une attitude bienveillante et bientraitante des professionnels.

Le SSIAD s'adapte à chaque situation de soins pour faciliter le maintien à domicile, et s'inscrit dans une prise en soins globale.

Le SSIAD est un maillon d'une équipe pluridisciplinaire. Il apporte une aide et veille à garder et à renforcer la solidarité familiale ou de voisinage. Il travaille aussi en collaboration avec les services hospitaliers et les associations.

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

Le SSIAD intervient sur prescription médicale et s'adresse :

- aux personnes âgées de plus de 60 ans, malades ou atteintes d'une diminution de leurs capacités physiques et/ou psychiques,
- aux personnes âgées de moins de 60 ans, atteintes de pathologies chroniques et/ou présentant un handicap.

La prise en soins est, dans ce cas, subordonnée à l'avis du contrôle médical de l'organisme d'Assurance Maladie dont relève la personne.

L'effectif soignant comprend 5 ETP d'aides-soignants répartis comme suit : 4,4 ETP sont occupés en permanence par des agents dédiés au SSIAD, quant aux 0,6 restants, ils sont occupés par des agents provenant du service de médecine qui interviennent au SSIAD sur la base d'un planning de base et du volontariat. Cette organisation vise à prévenir l'épuisement professionnel du personnel du service de médecine.

Afin de caractériser la population, l'assistante qualité et l'infirmière coordonnatrice du service ont effectué un recueil statistique des éléments relatifs aux usagers accompagnés.

- Caractéristiques liées au parcours des personnes accompagnées (entrées au SSIAD, provenance des usagers, origine géographique des patients, périmètre et interventions, durée moyenne de prise en soins, modes de sortie) ;
- caractéristiques propres aux personnes accompagnées par le SSIAD (répartition par âge, sexe, situation familiale, régime matrimonial, profession, caractéristiques soignantes, niveau de dépendance, aides techniques) ;
- caractéristiques liées à l'environnement des personnes accompagnées (conditions de logement, niveau d'aménagement des logements, types de logements).

Le SSIAD en tant que service du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, est couvert par les contractualisations générales de ce dernier, et notamment :

- ↳ Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens 2012-2017 dont le contrat socle a été signé le 5 mars 2013.
- ↳ Convention de direction commune avec la Résidence les Acacias de St Georges-de-Reintembault.
- ↳ Convention constitutive USSIVA (groupement de commandes).
- ↳ Convention de coopération inter hospitalière Roland (nutrition).
- ↳ Convention INTER-CLAN Bretagne.
- ↳ Convention EMJI 35 (protection juridique des majeurs).
- ↳ Convention CLIC en Marches.

N.B. : Elles ne concernent cependant pas toutes directement le SSIAD.

Enfin, des conventions de coopération particulières au SSIAD sont signées avec les infirmières libérales qui assurent les soins techniques infirmiers.

Le SSIAD n'a pas mis en œuvre de questionnaire pour évaluer le degré de satisfaction et la connaissance des missions du service auprès des partenaires extérieurs.

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

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

Le projet d'établissement 2010-2014 du CHMB inclut le SSIAD d'Antrain dans son volet médico-social. La démarche d'évaluation interne s'est déroulée de mars 2013 à décembre 2013. En raison de la taille réduite du service, l'ensemble des agents du SSIAD a pu participer activement à la démarche d'évaluation interne, dans la phase d'instruction du référentiel.

Quant aux patients, leur parole a été recueillie au moyen de deux enquêtes de satisfaction en 2012 et en 2013.

Une concertation a eu lieu entre les 5 AS, l'IDE coordinatrice, la cadre, la cellule qualité et la directrice qualité qui a mené la démarche. Cinq à six réunions ont permis de définir le référentiel développé à l'interne par le CHMB en s'appuyant sur un questionnaire évaluatif construit par le comité de pilotage d'évaluation interne.

L'équipe a finalisé la démarche en quatre réunions.

Les axes de l'évaluation interne ont été :

- ↳ la garantie des droits individuels et la participation des usagers,
- ↳ la prévention des risques,
- ↳ la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie,
- ↳ la continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions.

Les champs requis par l'ANESM sont couverts.

La démarche d'évaluation interne a néanmoins rencontré quelques difficultés, et notamment la rupture du contrat avec le formateur (inadéquation de la méthodologie avec les attendus de l'établissement), la modification de l'organigramme de direction (départ de la directrice adjointe en charge de la qualité), et le calendrier de la démarche de certification des services sanitaires qui s'est déroulée en parallèle. Cette dernière difficulté a été conséquente, certains pilotes ont été sollicités pour les deux démarches dans la même période.

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

Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles ont été identifiées par le SSIAD dès la construction du cadre évaluatif.

Un plan d'actions 2013-2017 a été planifié par thème et par priorité.

Deux AS se sont proposées pour participer au renseignement du référentiel.

L'avis des patients a été recueilli au moyen de deux enquêtes de satisfaction :

- Enquête 2012 (taux de retour de 78.6%).
- Enquête 2013 (taux de retour de 92%).

Les axes d'amélioration sont connus des professionnels. Une bonne partie des objectifs était déjà réalisée lors de l'évaluation externe.

Les aides-soignantes travaillent de manière participative à la démarche qualité au sein du service.

Les transmissions ciblées sont mises en place depuis le début de l'année 2014.

Le planning du mardi permet d'organiser, si besoin, un temps institutionnel pour des réunions ou des temps de réflexion en équipe autour d'un thème défini à l'avance.

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

Les Recommandations ont constitué une base de réflexion pour mettre en œuvre des actions d'amélioration.

Les risques psychosociaux sont repérés. Les professionnels sont sensibilisés à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

En lien avec le Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT), un Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) est établi afin d'identifier, analyser et hiérarchiser (cotation) les risques. Un plan d'actions est mis en œuvre et suivi.

L'évaluation régulière des agents et l'organisation d'un soutien aux professionnels par un psychologue sont mises en place.

La formalisation du dossier patient a été revue en juin, et inclut désormais des fiches de transmissions ciblées.

Une formation qualité d'une demi-journée a eu lieu en avril 2014 pour l'ensemble de l'équipe, dispensée par la cellule qualité, l'IDE hygiéniste et la directrice qualité.

Présentation des modalités de suivi et bilan périodique

L'évaluation interne a permis de mettre en œuvre les actions d'amélioration qui avaient déjà pu être identifiées de façon informelle.

Un comité de pilotage est chargé du suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration.

L'équipe, très impliquée, a participé activement à la démarche, elle adhère donc au nouveau fonctionnement.

Suite à l'évaluation interne, 124 actions d'amélioration ont été définies dans le plan d'actions :

78 actions sont réalisées,

35 actions sont en cours,

et 11 actions sont non réalisées.

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre conformément à l'échéancier mis en place.

Un plan annuel de formations est défini, des entretiens d'évaluation sont réalisés annuellement et des fiches de poste sont arrêtées.

Les données relatives à la population accueillie font l'objet de tableaux de suivi.

Une enquête de satisfaction est menée tous les ans avec un très bon taux de retour. Elle est traitée et analysée par la cellule qualité.

Les besoins de la personne sont identifiés, des objectifs de soins sont formulés et hiérarchisés, les actions appropriées sont mises en œuvre et évaluées en vue des réajustements nécessaires, en lien avec le médecin traitant. Le protocole de soins figure dans le dossier patient et le contrat individuel de prise en soins mentionne la nature des interventions et la fréquence.

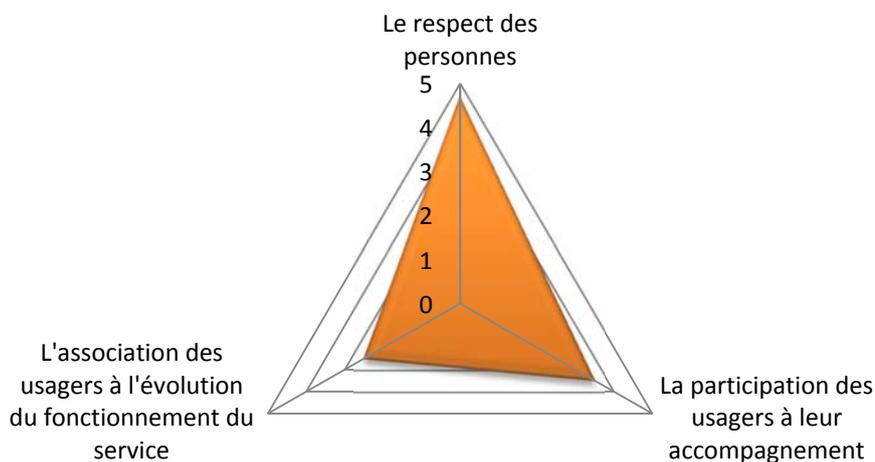
4.4. Constats, analyses et préconisations selon le référentiel d'évaluation.

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

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)

1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.
2. Enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphonique, y compris dans le traitement des demandes en urgence.
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'utilisateur par ce projet.
4. Effectivité du projet d'établissement ou de service sur l'accès et le recours aux droits.
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.
9. Prise en compte des facteurs de risque.
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
12. Formes de mobilisation des professionnels.
13. Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.
15. Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire.

Synthèse graphique du plan





Sous-plan 1.1 : Le respect des personnes

Analyse

Le respect des droits des patients se fait au travers du respect de l'environnement du domicile, du respect des habitudes de vie, de l'adaptation des tournées aux souhaits des horaires.

Une procédure d'admission très complète et détaillée a été élaborée en avril 2014.

Un document individuel de prise en charge (DIPC) est élaboré avec les objectifs de prise en soins et d'accompagnement, signé par la structure et le patient et rangé dans le dossier. Le patient a un exemplaire du DIPC au domicile.

Les fiches de désignation de la personne de confiance sont employées.

La désignation de la personne de confiance ne fait pas l'objet d'une liste en vue de son renouvellement tous les trois ans.

Il existe une procédure définissant l'accessibilité pour le patient à son dossier et un suivi des demandes en application de la réglementation.

La sécurité du patient pendant les soins est assurée généralement par des aides techniques et du matériel médical de mobilisation.

La fiche de signalement n'est pas mise à la disposition des patients et des familles (*projet en cours lors de la visite, diffusion du document en septembre 2014*).

Les AS sont équipées d'une tenue de travail comprenant un jean, une veste bleue, une veste coupe-vent, une veste polaire, et elles bénéficient d'un bon d'achat pour des chaussures de travail.

Sous-plan 1.2 : La participation des usagers à leur accompagnement

Analyse

Les habitudes de vie sont recueillies au début de la prise en soins de façon très complète.

Un projet de soins plus structuré, avec des objectifs fixés en équipe, démarrera en juin 2014. Un nouveau support est prévu.

Le consentement est recherché :

1. Par le médecin traitant lors de la prescription de l'intervention du SSIAD auprès de la personne,
2. puis lors de l'entretien de pré accueil avec l'IDE coordinatrice ou la cadre,
3. et enfin à la remise des documents et à la signature, par le patient, du livret d'accueil.

Le consentement est par ailleurs recherché dans le cas où un équipement médical en lien avec la perte d'autonomie se révèle nécessaire ou suite à une hospitalisation.

Le livret d'accueil a été actualisé en avril 2014. Le règlement de fonctionnement, la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, et l'arrêté du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine avec la liste des personnes qualifiées lui sont annexés.

Les horaires d'ouverture de 8h à 18h sont indiqués sur le livret d'accueil avec le numéro de téléphone du SSIAD et les noms et fonctions des contacts (cadre de santé, IDEC, psychologue).

Le SSIAD n'a pas mis en place de Conseil de la Vie Sociale.

Mais le SSIAD, comme les EHPAD et tous les autres services, sont rattachés à la Commission de Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQ-PC). Il s'agit d'une instance sanitaire de représentation de l'ensemble des usagers du CHMB.

Sous-plan 1.3 : L'association des usagers à l'évolution du fonctionnement du service

Analyse

Une visite de pré accueil et une visite d'accueil protocolisées sont effectuées par l'IDEC et une AS, ou par la cadre de santé et une AS (la 1ère AS qui ira au domicile).

Pour 88% des personnes interrogées en 2014, le SSIAD contribue à préserver leur autonomie. Une enquête de satisfaction est pratiquée chaque année.

Le patient dispose à son domicile d'un cahier de liaison qui lui appartient et sur lequel il peut noter ses observations.

La psychologue, présente à 0,10 ETP, intervient ponctuellement sur des prises en charge difficiles pour l'écoute de l'équipe et des patients (fin de vie, affection dégénérative, aidant en difficulté), et assiste aux transmissions une fois par semaine.

Il n'y a pas de temps d'ergothérapeute attribué au SSIAD, mais une ergothérapeute du service de SSR peut intervenir pour organiser la sortie d'un patient hospitalisé et se rendre au domicile en cas de difficultés relatives à l'aménagement du logement. Par exemple, certains patients ont bénéficié d'aménagements de leur salle de bain.

Points remarquables du plan

→ La gestion administrative du personnel est organisée. L'accueil des nouveaux salariés est formalisé. Un entretien annuel d'évaluation a lieu pour chaque salarié, au cours duquel les souhaits de formations sont recueillis.

→ Le rapport d'évaluation interne est adossé aux Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles.

→ La désignation de la personne de confiance est proposée. La liste nominative des personnes qualifiées est détaillée dans le règlement de fonctionnement. La Charte des droits et libertés est annexée au livret d'accueil.

→ Il existe une procédure définissant l'accessibilité pour le patient à son dossier et un suivi des demandes en application de la réglementation.

→ Les professionnels sont sensibilisés à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

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

→ Établir une liste datée des désignations de personnes de confiance et mettre en place une alerte pour revalider ou invalider tous les trois ans le choix du patient.

→ Mettre à disposition des professionnels les synthèses des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles en lien avec leurs missions, et mettre en œuvre une communication et une information régulière sur les thèmes concernés.

→ La Recommandation qui va paraître en août 2014 sur « L'accompagnement des aidants non professionnels des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées à domicile » devra faire l'objet d'une présentation à l'équipe.



Rédiger un projet de service spécifique au SSIAD en s'appuyant sur l'évaluation interne et l'évaluation externe et les Recommandations concernées.

RBPP Les 4 volets de la « Qualité de vie en EHPAD »

RBPP « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service »

RBPP « La Bienveillance, définitions et repères pour la mise en œuvre »

RBPP « L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »

RBPP « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » ...



Associer les professionnels, les usagers, les familles et les partenaires extérieurs à l'écriture du projet de service.

RBPP « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » ANESM - Décembre 2009



Élaborer un projet d'accompagnement individualisé pour tous les usagers en formulant le projet en objectifs et en le déclinant en actions.

Note de l'établissement : Le projet est en cours de mise en œuvre, la formalisation a débuté pour quelques patients.



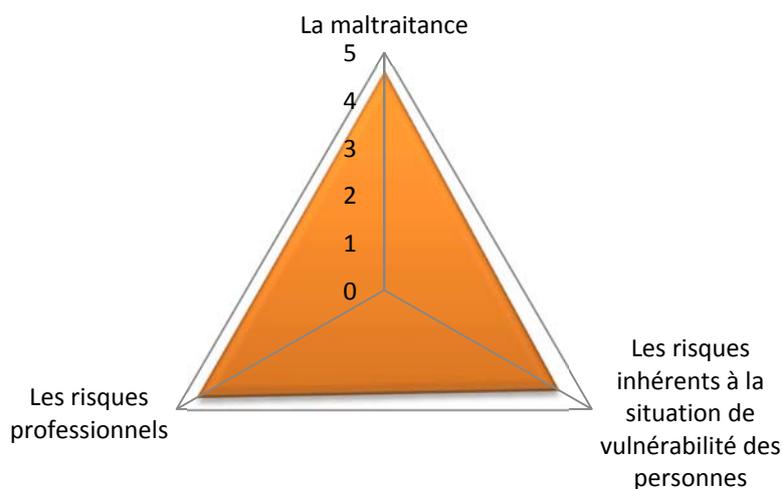
Mettre en œuvre des moyens de communication non verbaux adaptés aux capacités des personnes prises en charge.

Indicateur	<p><u>Taux d'actions d'amélioration réalisées par rapport au plan d'amélioration qualité</u> $\frac{\text{Nombre d'actions d'amélioration à réaliser sur le calendrier prévisionnel}}{\text{Nombre d'actions d'amélioration réalisées sur la période écoulée}} \times 100$</p> <p><u>Taux de satisfaction relatif au respect des droits</u> $\frac{\text{Nombre d'usagers estimant que leurs droits sont respectés au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre d'usagers ayant répondu à la dernière enquête de satisfaction}} \times 100$</p> <p><u>Taux d'usager dont le consentement a été évalué</u> $\frac{\text{Nombre d'usagers déclarant que leur consentement a été recueilli}}{\text{Nombre d'usagers ayant été questionnés sur ce sujet}} \times 100$</p>
------------	--

**Thématiques spécifiques traitées dans le plan
(décret 2007-975, chapitre II, section 3)**

1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.
2. Enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphonique, y compris dans le traitement des demandes en urgence
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'utilisateur par ce projet.
4. Effectivité du projet d'établissement ou de service sur l'accès et le recours aux droits.
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.
9. Prise en compte des facteurs de risque.
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
12. Formes de mobilisation des professionnels.
13. Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.
15. Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire.

Synthèse graphique du plan



Sous-plan 2.1 : La maltraitance

Analyse

La prévention de la maltraitance est traitée par le biais des formations Humanitude. Une AS du SSIAD figure parmi les référents Humanitude. Les équipes sont informées de la marche à suivre. Une Charte « Bienveillance » a été élaborée par l'établissement en février 2014.

La maltraitance fait l'objet de discussions en équipe avant déclaration. Par le passé, un cas de maltraitance a été déclaré, la situation a été discutée préalablement, et l'aide-soignante a appliqué la conduite à tenir

décidée en équipe pluridisciplinaire, à savoir un appel immédiat au médecin traitant.
Le concept du projet « Humanitude » s'inscrit dans le déploiement du projet global d'établissement 2010-2014. Il est basé sur le concept de Bientraitance et est déployé de manière adaptée dans l'institution. Il permet de donner du sens à l'action de chacun et de réinterroger régulièrement les pratiques.

Les professionnels ont à disposition des fiches de signalement des événements indésirables grâce auxquelles ils peuvent déclarer tout problème. Les fiches de signalement sont déployées, analysées et suivies trimestriellement par le Comité de Pilotage de la Qualité et de la Gestion des Risques (COPIQ-CGR) et mensuellement par la direction et la cellule qualité. Elles sont connues par le personnel, mais ne sont pas encore suffisamment utilisées.

Un comité de réflexion éthique est en place.

Les déclarations des bénéficiaires et des familles soulignent une bonne prise en soins, et une réelle motivation des équipes.

Les professionnels véhiculent une culture de la Bientraitance, dont les bénéficiaires et les familles se font l'écho d'une manière unanime.

Sous-plan 2.2 : Les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes

Analyse

L'accompagnement en fin de vie fait l'objet de soins quotidiens lors de passages plus fréquents, et nécessitant parfois l'intervention de la psychologue. En 2013, le service a accompagné un patient en fin de vie.

Le personnel est formé à la prise en charge de la douleur, et l'évalue par l'intermédiaire d'une réglette. Des contacts fréquents sont pris avec les médecins traitants pour l'information et l'adaptation des traitements. La mise sous antalgiques de palier 3 est stipulée dans le dossier, dans la prescription médicale, et notifiée "surveillance de la prescription dispensée". L'aidant demande souvent aux aides-soignantes de poser des patchs d'antalgiques.

Les risques de chute sont identifiés et notifiés dans les transmissions. Le patient étant à son domicile, le rôle du personnel du SSIAD se limite à un rôle de conseil. En cas de chute ou de malaise, l'aide-soignante fait appel au médecin du 15. Très peu de chutes surviennent en présence des AS.

Les contentions font l'objet d'une prescription médicale, mais ne sont pas forcément réévaluées par le médecin traitant.

Un classeur qualité avec des protocoles spécifiques est mis à disposition au SSIAD.

Tous les protocoles ne sont pas élaborés, notamment en ce qui concerne les urgences.

Actuellement le personnel ne dispose d'aucune clé de domicile. Une procédure de gestion des clés est en cours d'écriture.

Sous-plan 2.3 : Les risques professionnels

Analyse

Les risques professionnels sont identifiés et concernent les risques de manutention, des locaux inadaptés, les intempéries.

Les AS disposent de 3 à 4 véhicules stationnés à côté du SSIAD, entretenus par l'atelier du CHMB et équipés de pneus neige en hiver. Elles effectuent 20 kilomètres maximum par trajet, à raison de 1500 kilomètres par mois.

En cas d'intempéries, et notamment d'enneigement, la tournée est organisée avec la présence de deux

aides-soignantes par véhicule, chaussées de crampons si la fin du parcours doit se faire à pied. L'infirmière coordinatrice et la cadre de santé réorganisent les tournées et informent par téléphone les usagers des horaires de passage approximatifs.

La prévention des risques professionnels est réalisée par des formations : la conduite sur route enneigée, postures et manutentions, le lavage des mains. Les AS ont également suivi une formation d'éco-conduite. Du matériel adapté est loué pour faciliter les manutentions : lits médicalisés, lèves personnes, planches de transfert, etc.

Les aides-soignantes ont un téléphone portable à disposition et une valise d'urgence. Elles disposent aussi de savon liquide, d'essuie-mains, de solution hydro alcoolique, de gants à usage unique.

Les professionnels ne sont pas informés des modalités réglementaires encadrant l'aide à la prise de médicaments par le patient.

Points remarquables du plan

-  Le numéro vert Allo Maltraitance est noté dans le livret d'accueil. Une Charte « Bientraitance » a été élaborée par l'établissement. Des référents institutionnels Humanitude sont désignés.
-  Les professionnels véhiculent une culture de la Bientraitance.
-  Le personnel est formé à l'évaluation de la douleur.
-  Les professionnels sont formés à la conduite sur route dangereuse.
-  La Bientraitance a fait l'objet d'un travail institutionnel.
-  Le dossier du bénéficiaire est conservé par le SSIAD dans des conditions qui en garantissent la confidentialité.

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

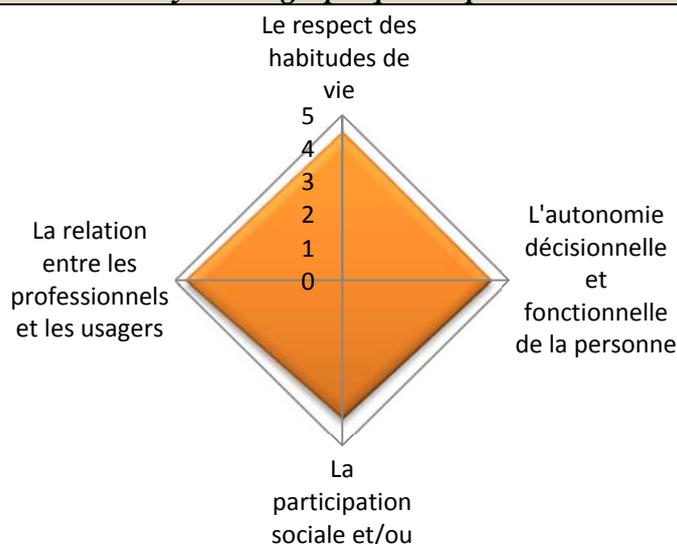
-  Prévoir une réflexion d'équipe sur la Recommandation « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ».
-  Faire réévaluer les contentions régulièrement et au minimum une fois par mois par les médecins traitants.
[Document ANAES « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » Octobre 2000](#)
-  Réfléchir au rôle de l'aide-soignante à domicile par rapport à sa responsabilité dans l'utilisation des traitements morphiniques.
-  Redynamiser l'utilisation des fiches de signalement des événements indésirables ou préoccupants par une communication et une information motivées sur leur utilisation, auprès des usagers, des familles et des professionnels.

Indicateur	<p><u>Taux d'évaluation de la douleur</u> <i>Nombre de patients pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non douloureux ou au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient douloureux</i></p> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;"><i>Nombre total de patients inclus dans l'enquête</i> x 100</p> <p><u>Taux de patients ayant chuté</u> <i>Nombre de patients ayant chuté au moins une fois en 12 mois</i></p> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;"><i>Nombre total de patients</i> x 100</p>
------------	---

**Thématiques spécifiques traitées dans le plan
(décret 2007-975, chapitre II, section 3)**

1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.
2. Enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphonique, y compris dans le traitement des demandes en urgence
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'utilisateur par ce projet.
4. Effectivité du projet d'établissement ou de service sur l'accès et le recours aux droits.
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.
7. Capacité de l'établissement ou du service à observer les changements et adapter son organisation.
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.
9. Prise en compte des facteurs de risque.
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
12. Formes de mobilisation des professionnels.
13. Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.
15. Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire.

Synthèse graphique du plan



Sous-plan 3.1 : Le respect des habitudes de vie

Analyse

Une procédure d'admission, écrite en avril 2014, aide au suivi du processus. L'infirmière coordinatrice ainsi que l'aide-soignante, qui réalisera la première intervention, se rendent au domicile du futur patient. L'infirmière coordinatrice détermine le nombre de passages avec le patient et l'aidant, en fonction des besoins de l'utilisateur et des possibilités du SSIAD. 100% des patients interrogés en 2014 estiment que les horaires de passage respectent leurs habitudes de vie.

L'infirmière coordinatrice rend visite aux patients dans les 15 jours à 1 mois qui suivent le début de sa prise en soins. Elle réévalue les aides et intervient au domicile en cas de problème.

Sous-plan 3.2 : L'autonomie décisionnelle et fonctionnelle de la personne

Analyse

Le projet de soins est mis en place après une toilette évaluative. Le plan de soins est réévalué tous les 15 jours.

Une adaptation du logement est étudiée et proposée en rapport avec le handicap du patient, grâce à la mise en place de matériels adaptés tels que les chaises pots, lits médicalisés, fauteuils roulants, barres d'appui, etc.

Les objectifs sont déterminés en lien avec l'utilisateur et son médecin traitant, mais le suivi n'est pas formalisé. 96% des patients interrogés en 2014 s'estiment satisfaits de l'information qui a été donnée lors de la visite d'accueil sur les modalités de fonctionnement et d'organisation du SSIAD.

La situation de l'utilisateur est réévaluée de façon informelle quotidiennement, en prenant en compte la personne et son entourage.

Le respect du choix du maintien à domicile par la personne et son entourage nécessite la garantie d'une réelle qualité de prise en charge, ainsi que des conditions de sécurité, d'hygiène et de confort satisfaisantes au quotidien.

Sous-plan 3.3 : La participation sociale et/ou professionnelle et les liens avec l'entourage

Analyse

La composition familiale est recueillie lors de la visite d'accueil.

Par exemple, dans le cas d'un patient souffrant des suites d'un AVC, le rôle de l'aidant familial est primordial dans son maintien à domicile, l'équipe lui apporte son soutien, des conseils et de la réassurance dans l'aide à la prise en charge au quotidien.

Les aides techniques à la mobilisation, comme un lève-personne, un verticalisateur ou un lit médicalisé, sont faciles à mettre en place à la sortie de l'hôpital. Mais cela est moins évident en dehors de cette hypothèse, car l'installation de ce type de matériel renvoie à la perte d'autonomie de la personne.

Les AS doivent composer avec les relations et les histoires familiales dans leurs interventions. Elles rencontrent parfois certaines réticences de la part de l'entourage du patient.

L'analyse de la dynamique familiale ou sociale du patient fait partie intégrante de la démarche soignante pour l'élaboration du projet personnalisé de soins, construit avec la personne tout en tenant compte de sa famille et de son entourage.

Sous-plan 3.4 : La relation entre les professionnels et les usagers

Analyse

L'équipe du SSIAD est composée d'une cadre de santé (0,20 ETP), d'une infirmière coordinatrice (0,40 ETP), de 5 aides-soignantes et d'une psychologue (0,09 ETP). La cadre de santé et l'infirmière coordinatrice sont à temps partagé entre le SSIAD et le service de médecine / SSR. L'infirmière coordinatrice est présente le lundi et le mardi sur le SSIAD en dehors de la période estivale.

Les AS travaillent de 7h30 à 15h30 pour la tournée du matin, une aide-soignante est en horaires coupés de 7h30 à 13h00 et de 16h45 à 19h30. Une 4ème tournée est organisée le mardi matin. Lors de chaque tournée, les aides-soignantes visitent environ 6 patients le matin et 5 le soir. Elles changent de tournée tous les jours, et connaissent ainsi l'ensemble des patients. La prise en soins dure entre 30 et 45 minutes par patient.

Un diagramme de soins est établi mensuellement pour la traçabilité.

Les feuilles de transmissions sont rangées dans un classeur.

Le service s'appuie sur du personnel qualifié et ayant démontré une réelle motivation pour exercer à domicile. Les soins relationnels, en complément des soins techniques, constituent une mission essentielle à laquelle les soignantes demeurent attachées.

L'équipe soignante, peu nombreuse mais impliquée, adopte un comportement professionnel axé sur

l'entraide et le respect des collègues.

Le profil de poste de soignant au SSIAD est particulier, dans le sens où l'aide-soignante travaille en autonomie, et doit donc avoir le sens des responsabilités, savoir s'adapter et avoir confiance en soi.

Points remarquables du plan



Une toilette évaluative est effectuée à l'admission avant la mise en œuvre du plan de soins.



La traçabilité est formalisée sur un diagramme de soins.

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



Élaborer un projet d'accompagnement individualisé dans le cadre d'une co-construction avec le patient et l'aidant.

Note de l'établissement : Le projet est en cours de mise en œuvre, la formalisation a débuté pour quelques patients.

RBPP "Les attentes de la personne et le projet personnalisé" Chap. I, p. 15 - ANESM Décembre 2008

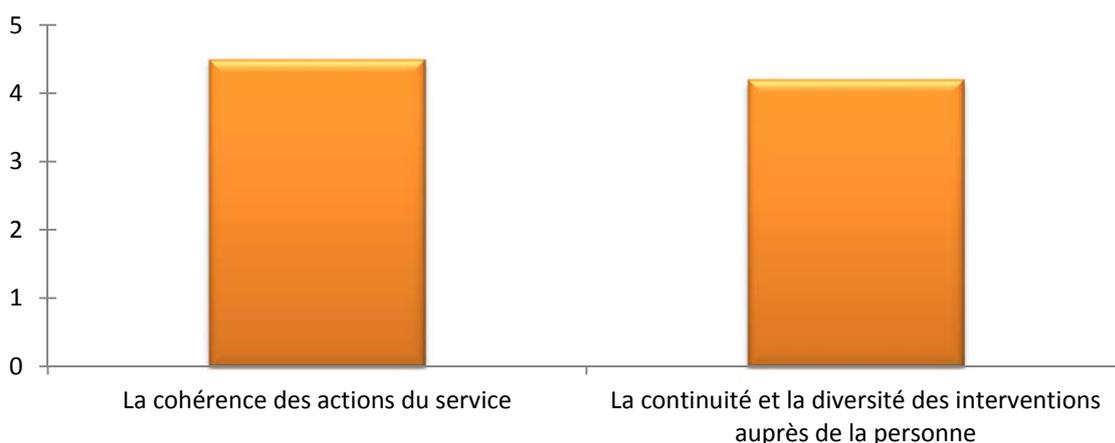
RBPP Qualité de vie en EHPAD (Volet 1) " De l'accueil de la personne à son accompagnement" Chap. 5, p. 53 - ANESM Décembre 2010

Plan 4 : La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)

1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.
2. Enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphonique, y compris dans le traitement des demandes en urgence.
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'utilisateur par ce projet.
4. Effectivité du projet d'établissement ou de service sur l'accès et le recours aux droits.
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.
9. Prise en compte des facteurs de risque.
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
12. Formes de mobilisation des professionnels.
13. Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.
15. Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire.

Synthèse graphique du plan



Sous-plan 4.1 : La cohérence des actions du service

Analyse

Les conventions avec les infirmières libérales (au nombre de neuf) sont signées, la date manque sur l'une d'elle.

La communication se fait par téléphone et un projet de communication par e-mail est en cours. Actuellement des supports manquent pour permettre une vision globale des différents intervenants au domicile du patient.

Une rencontre annuelle est organisée avec les infirmières libérales.

Les médecins traitants interviennent aussi dans le service de médecine / SSR du CHMB, facilitant ainsi la communication.

Le pharmacien choisi par le patient est contacté pour des locations de matériels nécessaires à une prise en soins adaptée au confort de la personne.

26 patients sont pris en soins actuellement, le 27^{ème} étant hospitalisé.

Le dossier de soins est pour l'instant sous format papier. Il a fait l'objet d'une restructuration.

À chaque nouvelle entrée, le nouveau support est utilisé. Il est subdivisé en 6 parties : informations administratives, environnement et habitudes, transmissions, constantes, évaluation, médical. Il n'est pas prévu dans l'immédiat d'informatiser le dossier patient.

Un diagramme de soins permet à l'équipe de tracer les actes au quotidien lors des passages au domicile du patient.

Chaque jour en fin de tournée, entre 12h30 et 13h, l'équipe se réunit autour d'un temps de transmissions orales pendant 30 à 45 minutes dans les locaux du SSIAD, pendant lesquelles chaque aide-soignante expose ses difficultés afin d'en discuter en équipe. Ces transmissions sont écrites dans le dossier de soins. Les transmissions ciblées sont utilisées depuis peu. La formation du personnel aura lieu au 2^{ème} semestre 2014.

Le matin, les dossiers des patients vus la veille sont pris en compte par l'équipe du jour.

Sous-plan 4.2 : La continuité et la diversité des interventions auprès de la personne

Analyse

L'affichage dans le bureau du SSIAD comprend :

- Des notes de service,
- la Charte de signalement d'évènement indésirable,
- la politique qualité et gestion des risques,
- une carte de la région,
- le planning,
- le relevé de la température du réfrigérateur.

Le SSIAD fonctionne également en partenariat avec d'autres acteurs de soin : kinésithérapeutes, pharmaciens, médecins généralistes, pédicures, etc.

Actuellement, selon l'infirmière coordinatrice, le lien avec l'ADMR est à développer en particulier sur le fonctionnement et les limites de chacun (qui fait quoi, quand, comment ?). Il est important de tisser des liens de collaboration.

L'infirmière coordinatrice met en place, en cas de nombreux intervenants au domicile du patient, un planning d'intervention des différentes personnes pour clarifier l'emploi du temps des journées tant pour l'aidant que pour les intervenants, et ainsi planifier correctement les interventions de chacun.

Pour les remplacements, 5 aides-soignantes du service de médecine interviennent sur la base du volontariat. Elles ont été formées à la prise en soins des patients du SSIAD, et ont passé 2 ou 3 jours en doublon sur chaque tournée.

Le SSIAD se trouve dans le même bâtiment que le service de médecine / SSR. Les échanges professionnels sont donc facilités.

À domicile, il existe un dossier de transmission avec un exemplaire du DIPS signé, tandis que l'ADMR a son propre support de transmissions.

Il existe aussi un cahier de liaisons pour les autres intervenants, auxiliaires de vie de l'ADMR, IDE libérales, etc.

Actuellement, la toilette d'un seul patient nécessite la présence de deux soignantes.

Les AS ne travaillent pas en binôme avec les IDE libérales, mais cela arrive parfois avec les auxiliaires de vie de l'ADMR.

En cas de problème le week-end, les aides-soignantes appellent le 15, le médecin traitant ou le service de médecine pour un renseignement. Elles ont à disposition la liste des administrateurs d'astreinte. Un listing des patients, des numéros de téléphone du service et des administrateurs de garde, est en cours de réalisation par l'infirmière coordinatrice et sera remis à chaque aide-soignante. Une rencontre trimestrielle, à laquelle le SSIAD participe, réunit la conseillère en gérontologie du Conseil Général, le médecin territorial, l'IDE territoriale, et l'ADMR du canton pour échanger sur des situations communes et répartir les interventions.

Points remarquables du plan

-  Une planification des passages des différents intervenants est effectuée par l'IDE coordinatrice.
-  Un relais existe pour les remplacements avec le service de médecine / SSR.
-  La circulation de l'information est organisée.

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

-  Élaborer une procédure sur la planification des interventions pluridisciplinaires au domicile du patient.
-  Réfléchir à un support de transmissions commun à tous les intervenants au domicile pour faciliter la circulation des informations.
-  Mettre en place dans le dossier de soins une traçabilité des informations des patients dont la situation est étudiée en réunion trimestrielle.

5. CONCLUSIONS.

	Favorable - Atout	Défavorable - Handicap
Interne	<p>Forces.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le SSIAD bénéficie des ressources hospitalières internes et de l'organisation structurée du CHMB. - L'équipe soignante est motivée, dynamique, et met le patient au centre du dispositif. 	<p>Faiblesses.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formalisation non finalisée des projets d'accompagnement individualisés pour les usagers.
Externe	<p>Opportunités.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les ressources gériatriques des EHPAD du CHMB pourraient être mises à disposition du SSIAD pour améliorer la prise en soins des patients et prévenir l'épuisement des aidants familiaux. 	<p>Menaces.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les supports de communication et d'information envers les partenaires

6. ANNEXES .

6.1. Synthèse de l'évaluation externe (3.5 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3- 10 du code de l'action sociale et des familles).

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

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

Introduction

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

Le projet d'établissement 2010-2014 du CHMB inclut le SSIAD d'Antrain dans son volet médico-social.

L'ensemble des agents du SSIAD a pu participer activement à la démarche d'évaluation interne.

Il s'agissait essentiellement de formaliser les actions quotidiennes qui étaient réalisées auprès de l'utilisateur.

Cinq à six réunions ont permis de définir le référentiel développé à l'interne par le CHMB, basé sur les recommandations de l'Anesm et en s'appuyant sur un questionnement évaluatif construit par le comité de pilotage d'évaluation interne.

Les champs requis par l'ANESM sont couverts.

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

Les essentiels des 4 recommandations "qualité de vie en EHPAD" sont à la disposition du personnel, mais ne concernent pas directement le service à domicile.

La Recommandation « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile » n'est pas diffusée, ni celle concernant « Les attentes de la personne et le projet personnalisé ».

Les professionnels ne connaissent pas les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles. Mais dans les faits, la façon de servir des agents du SSIAD est en adéquation avec l'esprit de ces Recommandations, dans un souci de Bien-être et de respect de l'utilisateur.

La recommandation sur « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » devra faire l'objet d'une réflexion d'équipe.

Les Recommandations de Bonnes Pratiques concernant l'établissement ont été identifiées par le SSIAD dès la construction du cadre évaluatif.



Les Recommandations ont constitué une base de réflexion pour mettre en œuvre des actions d'amélioration.

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

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

Il n'existe pas de projet de service spécifique au SSIAD actuellement. Cependant, les résultats de l'évaluation interne et de l'évaluation externe pourraient constituer un socle de travail pour réaliser le prochain projet de service.

Dans le cadre de la réactualisation du projet médical du CHMB, un atelier est organisé sur la problématique des liens entre le SSIAD, la médecine de ville et l'hôpital, ainsi que sur la question des soins palliatifs et de l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer à domicile. Les données issues de cet atelier permettront d'alimenter le projet de service du SSIAD.

La signature du contrat socle du C.P.O.M. en 2013 a défini les orientations stratégiques du CHMB.

Les personnes sont prises en soins à leur domicile par le SSIAD.

Ces soins sont effectués au domicile du patient par un personnel infirmier.

Ils peuvent être aussi assurés en « Collaboration d'Aide-Soignant », par un personnel diplômé.

Sur les 27 places pour personnes âgées, le SSIAD d'Antrain bénéficie d'une dérogation pour la prise en charge de 3 personnes handicapées de moins de 60 ans.

4. L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention ;

Le SSIAD s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire dotée d'une richesse de compétences positive pour le service et pour le patient composée d'une cadre, une IDE coordinatrice (arrivée le 1^{er} avril 2013), une psychologue, des aides-soignantes.

L'accueil des nouveaux salariés est formalisé.

Le plan de formations 2014 correspond aux directives ministérielles et aux thèmes définis par la direction.

En ce qui concerne les moyens financiers, le budget du SSIAD est rattaché à celui du CHMB.

5. L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences) ;

L'infirmière coordinatrice a compétence pour prendre les initiatives qu'elle juge nécessaires.

Le SSIAD est un maillon d'une équipe pluridisciplinaire.

L'effectif soignant compte 5 ETP d'aides-soignants.

La gestion des ressources humaines est organisée par un plan annuel de formations, la réalisation d'entretiens annuels d'évaluation et des fiches de postes.

L'équipe, très impliquée, a participé activement à la démarche, elle adhère donc au nouveau fonctionnement.

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

Deux jours par an sont consacrés à des journées d'information pour les nouveaux arrivants et les saisonniers, avec une présentation et une sensibilisation entre autres à l'hygiène et à l'Humanitude, etc. Deux livrets Humanitude et hygiène sont remis, ainsi que la Charte informatique.

Le plan de formations 2014 correspond aux directives ministérielles et aux thèmes définis par la direction. Il comprend entre autres un « Atelier Humanitude » d'une heure ; la prévention des chutes ; une formation ou une remise à niveau des « Gestes de 1er secours / Urgences vitales » ; manutention et gestes et postures ; hygiène, troubles psychotiques ; la dépression ; la personne de confiance ; échelles de la douleur ; prendre en charge la douleur ; la nutrition, etc.

Les procédures qualité sont mises à disposition dans le bureau du SSIAD. Un temps consacré à la présentation des nouvelles procédures est organisé tous les 15 jours.

Une formation Humanitude a été dispensée avec des ateliers. Une formation « manutention et gestes de 1er secours » a lieu tous les ans.

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

Les risques psychosociaux sont repérés.

En lien avec le Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT), un Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) est établi afin d'identifier, analyser et hiérarchiser (cotation) les risques. Un plan d'actions est mis en œuvre et suivi.

L'évaluation régulière des agents et l'organisation d'un soutien aux professionnels par un psychologue extérieur en cas d'évènement exceptionnel sont mises en place.

Les risques professionnels sont identifiés et concernent les risques de manutention, des locaux inadaptés, les intempéries, etc.

En cas d'intempéries, et notamment d'enneigement, la tournée est organisée avec la présence de deux aides-soignantes par véhicule, chaussures de crampons si la fin du parcours doit se faire à pied.

La prise en charge des risques professionnels est réalisée par des formations : la conduite sur route enneigée, postures et manutention, etc.

Les aides techniques à la mobilisation comme un lève-personne, un verticalisateur électrique ou non, ou un lit médicalisé sont faciles à mettre en place à la sortie de l'hôpital. Mais cela est moins évident en dehors de cette hypothèse, car l'installation de ce type de matériel renvoie à la perte d'autonomie de la personne.

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

Afin de caractériser la population, l'assistante qualité et l'infirmière coordonnatrice du service ont effectué un recueil statistique des éléments relatifs aux usagers accompagnés.

→ Caractéristiques liées au parcours des personnes accompagnées (entrées au SSIAD, provenance des usagers, origine géographique des patients, périmètre et interventions, durée moyenne de prise en soins, modes de sorties) ;

- caractéristiques propres aux personnes accompagnées par le SSIAD (répartition par âge, sexe, situation familiale, régime matrimonial, profession, caractéristiques soignantes, niveau de dépendance, aides techniques) ;
- caractéristiques liées à l'environnement des personnes accompagnées (conditions de logement, niveau d'aménagement des logements, types de logements).

Les données relatives à la population accueillie font l'objet de tableaux de suivi.

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

Les besoins de la personne sont identifiés, des objectifs de soins sont formulés et hiérarchisés, les actions appropriées sont mises en œuvre et évaluées en vue des réajustements nécessaires, en lien avec le médecin traitant.

Une procédure d'admission très complète et détaillée a été élaborée en avril 2014.

Un DIPC est élaboré avec les objectifs de prise en soins et d'accompagnement, signé par la structure et le patient.

Le projet d'accompagnement individualisé est en cours de mise en œuvre, la formalisation a débuté pour quelques patients. Un recueil des habitudes de vie est réalisé au début de la prise en soins. Il est très complet.

Une enquête de satisfaction est menée chaque année.

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

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

Le SSIAD en tant que service du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, est couvert par les contractualisations générales de ce dernier, et notamment :

- Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens 2012-2017 dont le contrat socle a été signé le 5 mars 2013.
- Convention de direction commune avec la Résidence les Acacias de St Georges-de-Reintembault.
- Convention constitutive USSIVA (groupement de commandes).
- Convention de coopération inter hospitalière Roland (nutrition).
- Convention INTER-CLAN Bretagne.
- Convention EMJI 35 (protection juridique des majeurs).
- Convention CLIC en Marches.

N.B. : Elles ne concernent cependant pas toutes directement le SSIAD.

Enfin, des conventions de coopérations particulières au SSIAD sont signées avec les infirmières libérales qui assurent les soins techniques infirmiers.

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

Le SSIAD n'a pas mis en œuvre de questionnaire pour évaluer le degré de satisfaction et la connaissance des missions du service auprès des partenaires extérieurs.



Les soins sont assurés en collaboration et en complémentarité avec la famille, l'entourage ainsi que les différents partenaires (médecin, infirmière libérale, kinésithérapeute, orthophoniste, aide-ménagère, auxiliaire de vie, mais aussi assistante sociale, service de portage de repas à domicile et les différentes associations de service à la personne), dans le but d'aider la personne âgée à vivre chez elle avec ses handicaps, à préserver ou retrouver une autonomie.

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

Une fois par trimestre, une réunion avec l'ADMR de Tremblay, le Conseil Général (médecin-conseil, infirmières, assistantes sociales) et le SSIAD est organisée pour réviser la prise en soins des patients. Les conventions avec les infirmières libérales (au nombre de neuf) sont signées.

Une rencontre annuelle est organisée avec les infirmières libérales.

Les médecins traitants interviennent aussi dans le service de médecine / SSR du CHMB, facilitant ainsi la communication.

Le SSIAD fonctionne également en partenariat avec d'autres acteurs de soin (kinésithérapeutes, pharmaciens, médecins généralistes, pédicures, etc.).

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

Le pharmacien choisi par le patient est contacté pour des locations de matériels nécessaires à une prise en charge adaptée au confort de la personne.

La communication à l'extérieur se fait essentiellement par le biais des intervenants libéraux, médecins et infirmières. Il n'existe pas de plaquettes de communication concernant le SSIAD.

Le SSIAD a bonne réputation auprès de la population et de l'ensemble de ses partenaires, mais souffre d'un léger manque de reconnaissance en interne de la part des autres services de l'établissement.

Les liens entre le SSIAD et le service de médecine/SSR en particulier sont très forts, une même cadre gère ces deux services. Des usagers pris en soins par le SSIAD peuvent ensuite être admis en service de médecine ou de SSR, et inversement. Il en est de même concernant les EHPAD, qu'il s'agisse d'une admission en accueil permanent, temporaire ou de jour. Cette proximité a d'ailleurs été favorablement remarquée par les évaluatrices.

Le SSIAD peut coordonner les différentes interventions et/ou assurer un rôle de référent en complément du médecin traitant, auprès des familles ayant besoin de conseils ou d'informations.

Le SSIAD est un maillon d'une équipe pluridisciplinaire. Il apporte une aide et veille à garder et à renforcer la solidarité familiale ou de voisinage. Il travaille aussi en collaboration avec les services hospitaliers et les associations.

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

Les AS doivent composer avec les relations et les histoires familiales dans leurs interventions. Elles rencontrent parfois certaines réticences de la part de l'entourage du patient.

L'infirmière coordinatrice met en place, en cas de nombreux intervenants au domicile du patient, un planning d'intervention des différentes personnes pour clarifier l'emploi du temps des journées tant pour l'aidant que pour les intervenants, et planifier correctement les interventions de chacun.

L'ADMR a son propre support de transmissions.

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

Les objectifs sont déterminés en lien avec l'utilisateur et son médecin traitant, mais le suivi n'est pas formalisé.

L'infirmière coordinatrice détermine le nombre de passages avec le patient et l'aidant, en fonction des besoins de l'utilisateur et des possibilités du SSIAD.

L'analyse de la dynamique familiale ou sociale de la personne soignée fait partie intégrante de la démarche soignante pour l'élaboration du projet personnalisé de soins, qui se construit avec la personne soignée et tient compte de sa famille et de son entourage.

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

La situation de l'utilisateur est réévaluée de façon informelle quotidiennement, en prenant en compte la personne et son entourage.

L'autonomie est réévaluée obligatoirement tous les ans dans le cadre du GIR, puis à chaque retour d'hospitalisation et à chaque fois que l'état de santé de la personne évolue.

Le projet de soins est mis en place après une toilette évaluative.

Le plan de soins est réévalué tous les 15 jours.

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

À domicile, il existe un dossier de transmission avec un exemplaire du DIPS signé.

Il existe aussi un cahier pour les autres intervenants, auxiliaires de vie de l'ADMR, IDE libérales, etc. Le protocole de soins figure dans le dossier patient et le contrat individuel de prise en charge mentionne la nature des interventions et la fréquence.

Il existe une procédure définissant l'accès pour le patient à son dossier et un suivi des demandes en application de la réglementation.

Un diagramme de soins permet à l'équipe de tracer les actes au quotidien lors des passages au domicile du patient.

18. La prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers ;

Les soignantes expriment leur plaisir à travailler à domicile pour la relation qu'elles ont avec le patient et l'aidant, et pour la reconnaissance que ceux-ci leur renvoient.

Les déclarations des bénéficiaires et des familles soulignent une bonne prise en soins et une réelle motivation des équipes.

Les professionnels véhiculent une culture de la Bienveillance, dont les bénéficiaires et les familles se font l'écho d'une manière unanime.

Les AS doivent composer avec les relations et les histoires familiales dans leurs interventions. Elles rencontrent parfois certaines réticences de la part de l'entourage du patient.

Les soins relationnels, en complément des soins techniques, constituent une mission essentielle à laquelle les soignantes demeurent attachées.

19. Les modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement ;

L'infirmière coordinatrice rend visite aux patients dans les 15 jours à un mois qui suivent sa prise en soins, elle réévalue les aides.

Un projet de soins plus structuré, avec des objectifs fixés en équipe, démarrera en juin 2014. Un nouveau support est prévu.

Les contentions font l'objet d'une prescription médicale, mais ne sont pas forcément réévaluées par le médecin traitant.

Les transmissions ciblées sont utilisées depuis peu.

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

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

Les fiches de désignation de la personne de confiance sont employées.

Le vouvoiement est de rigueur.

La fiche de signalement n'est pas mise à la disposition des patients et des familles. (Projet en cours lors de la visite, document prêt et diffusé en septembre 2014).

Le respect des droits des patients se fait au travers du respect de l'environnement de leur domicile, du respect de leurs habitudes de vie, de l'adaptation des tournées à leur choix d'horaires.

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

La maltraitance est traitée par le biais des formations Humanitude. Il existe une référente AS Humanitude. Les équipes sont informées de la marche à suivre. Une Charte « Bienveillance » a été élaborée par l'établissement en février 2014.

La maltraitance fait l'objet de discussions en équipe avant déclaration.



Le concept du projet « Humanitude » s'inscrit dans le déploiement du projet global d'établissement 2010-2014. Il est basé sur le concept de Bienveillance et est déployé de manière adaptée dans l'institution.

Un comité de réflexion d'éthique est en place.

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

L'accompagnement en fin de vie fait l'objet de soins quotidiens lors de passages plus fréquents, et nécessitant parfois l'intervention de la psychologue. Le personnel est formé à l'évaluation de la douleur.

Les risques de chute sont identifiés et notifiés dans les transmissions.

Les contentions font l'objet d'une prescription médicale.

Tout n'est pas écrit, notamment en ce qui concerne les urgences.

6.2. Abrégé du rapport

La démarche d'évaluation interne

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	<p>Forces</p> <p>L'évaluation interne a été réalisée avec la participation des professionnels.</p> <p>Cinq à six réunions ont permis de définir le référentiel développé à l'interne par le CHMB, basé sur les recommandations de l'Anesm.</p> <p>L'évaluation interne a permis de mettre en œuvre des actions d'amélioration.</p>		
Modalités de participation des usagers	<p>La parole des usagers a été recueillie au moyen de deux enquêtes de satisfaction en 2012 et en 2013.</p>		
Modalités d'élaboration et de suivi du plan d'amélioration de la qualité	<p>Un plan d'actions 2013-2017 a été planifié par thème et par priorité.</p> <p>Un comité de pilotage est chargé du suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration.</p>		

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Mobilisation des Recommandations	<p>Forces</p> <p>Les RBPP ont été identifiées par le SSIAD dès la construction du cadre évaluatif.</p> <p>Les Recommandations ont constitué une base de réflexion pour mettre en œuvre des actions d'amélioration.</p> <p>Faiblesses</p> <p>Les professionnels ne connaissent pas les RBPP. Mais dans les faits, la façon de servir des agents du SSIAD est en adéquation avec l'esprit de ces Recommandations, dans un souci de Bientraitance et de respect de l'utilisateur.</p>		<p>Mettre à disposition des professionnels les synthèses des RBPP en lien avec leurs missions, et mettre en œuvre une communication et une information régulière sur les thèmes concernés.</p> <p>La Recommandation qui va paraître en août 2014 sur « L'accompagnement des aidants non professionnels des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées à domicile » devra faire l'objet d'une présentation à l'équipe.</p>

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Le projet de service	Faiblesses Il n'existe pas de projet de service spécifique au SSIAD actuellement.		Rédiger un projet de service spécifique au SSIAD en s'appuyant sur l'évaluation interne et l'évaluation externe et les Recommandations concernées.
La démarche de projet	Forces La signature du contrat socle du C.P.O.M. en 2013 a défini les orientations stratégiques du CHMB.		Associer les professionnels, les usagers, les familles, et les partenaires extérieurs à l'écriture du projet de service.
La démarche qualité	Les missions spécifiques des SSIAD sont définies par le décret du 25 juin 2004.		Formuler le projet personnalisé en objectifs et le décliner en actions. Le projet est en cours, la formalisation a débuté pour quelques patients.

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Formalisation des partenariats	Forces Le SSIAD est couvert par les contractualisations générales du CHMB.		
Modalités d'intervention des intervenants libéraux	Des conventions de coopérations particulières au SSIAD sont signées avec les infirmières libérales qui assurent les soins techniques infirmiers.		
Perception du rôle et des missions du service par l'environnement	Faiblesses Il n'existe pas de plaquettes de communication concernant le SSIAD. Le SSIAD a bonne réputation auprès de la population et de l'ensemble de ses partenaires, mais souffre d'un léger manque de reconnaissance en interne de la part des autres services de l'établissement.		Éditer une plaquette de communication sur le SSIAD pour les partenaires (médecins libéraux, infirmières libérales, ADMR, kinés, etc.).

Personnalisation de l'accompagnement

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités d'élaboration du projet personnalisé	Faiblesses La formalisation du projet d'accompagnement individualisé n'est pas encore réalisée pour tous les usagers		Continuer à élaborer un projet d'accompagnement individualisé pour tous les usagers en formulant le projet en objectifs et en opérant la déclinaison en actions. La formalisation a débuté pour quelques patients.
Conformité à la réglementation	Forces Un DIPS est élaboré avec les objectifs de prise en soins et d'accompagnement.		Élaborer une procédure sur la planification des interventions pluridisciplinaires au domicile du patient.
Modalités de maintien de l'autonomie	Faiblesses Les interventions des différents intervenants (ADMR, IDE libérales, médecins traitants, auxiliaires de vie, orthophonistes, kinésithérapeutes, etc.) manquent de coordination.		

L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Le recueil de la satisfaction du patient	Forces Une enquête de satisfaction est menée chaque année. Le patient dispose à son domicile d'un cahier de liaison qui lui appartient et où il peut noter ses observations.		

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Respect des droits	Forces Une procédure d'admission très complète et détaillée a été élaborée en avril 2014. Les contentions ne sont pas réévaluées.		Faire réévaluer les contentions régulièrement et au minimum une fois par mois par les médecins traitants.



Capacité de l'établissement pour permettre la prévention de la vulnérabilité des patients	L'aide-soignante est amenée à aider les familles pour poser les patchs morphiniques.	Réfléchir au rôle de l'aide-soignante à domicile par rapport à sa responsabilité dans l'utilisation des traitements morphiniques.
Fiche de signalement d'un évènement indésirable	Les fiches de signalement sont peu utilisées.	Redynamiser l'utilisation des fiches de signalement des évènements indésirables ou préoccupants.

Appréciation globale de l'évaluateur externe

Le SSIAD fonctionne avec une équipe soignante motivée, qui aspire à une place reconnue au sein du CHMB et à l'accès pour les patients qu'elle prend en soins à l'ensemble des services du CHMB.

L'amélioration des retours des patients entre les enquêtes de satisfaction successives démontre l'engagement du service dans la démarche qualité.

Méthodologie de l'évaluation externe

Items (5 maximum)	
Outils utilisés	Entretiens collectifs Analyse de documents Visites à domicile Observation du temps de transmission
Nombre d'entretiens conduits	3 entretiens collectifs 2 visites à domicile
Durée de l'évaluation externe sur le terrain	1 jour Le 27 mai 2014

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>L'évaluation externe sur site s'est déroulée sur une journée. Lors de cette visite des difficultés se sont posées dans les relations avec les évaluatrices, notamment en raison d'un manque de professionnalisme (retards répétés, attitude, concentration). Dans la continuité de ces constatations, le retard dans la remise du pré rapport est à déplorer.</p> <p>Mais, en dehors de toute considération à l'égard de ces personnes, l'organisme prestataire a su faire preuve d'écoute et de disponibilité tant en amont qu'en aval de la visite.</p>	<p>Certaines recommandations sont pertinentes. En revanche, d'autres figurants dans le pré-rapport étaient inappropriées en raison de conclusions inexactes qui témoignent d'un décalage entre les constats relevés lors de la visite sur site et le pré rapport. Par ailleurs la qualité rédactionnelle n'est pas entièrement satisfaisante. Après corrections, l'équipe de Direction et encadrante est en accord avec les conclusions générales apportées au rapport final de l'évaluation externe du SSIAD d'Antrain.</p>

6.3. Composition de l'équipe d'évaluation

Identité	<ul style="list-style-type: none"> Sylviane MOUSSET
Place dans l'équipe d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Évaluatrice Professionnel spécialiste « Personne âgée »
Formation	<ul style="list-style-type: none"> 2011 : Certification AFNOR pour la fonction d'Évaluateur Interne et Externe Expert des Organisations de l'Économie Sociale, Espace SENTEIN à Montpellier 2003 : C.A.F.D.E.S. Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement Social, I.R.T.S. Talence Gironde 1992 : D.U.T. d'Ergonomie et D.U.T. de Préparation aux Actions de Santé dans l'Entreprise Université de Bordeaux 2 1975 : Diplôme d'État d'Infirmière - École d'Infirmières du Centre Hospitalier Régional de Haguenau (Bas-Rhin)
Expérience	<ul style="list-style-type: none"> 2013 : Consultant pour l'évaluation externe de 22 établissements Membre du Jury AAPAPD (Agent d'Accompagnement auprès des Personnes Âgées et des Personnes Dépendantes) Depuis 2011 : Bénévole à l'Association caritative St Vincent de Paul 2008-2009 : Directrice des deux EHPAD pour le Groupe AUVENCE 2005 : Acquisition et direction de l'EHPAD Burgundia à Arcachon (18 lits) 2002 : Acquisition et direction de l'EHPAD La Savane à Gujan Mestras (40 lits) 1988–2002 : Responsable du Service Médico-social, Société Cofinoga 1986–1988 : Responsable du Service Médico-social, Société C.E.E.T. (Compagnie Européenne Électro-Thermique), à Orléans 1983–1986 : Responsable du Service Médico-social, Société MARS Alimentaire à Haguenau (Bas-Rhin) 1975-1983 : Infirmière en Traumatologie et Réanimation au Centre Hospitalier Régional de Haguenau (Bas-Rhin)



Identité	<ul style="list-style-type: none">• Patricia MANDARON
Place dans l'équipe d'évaluation	<ul style="list-style-type: none">• Évaluatrice• Professionnel spécialiste « Personne âgée »
Formation	<ul style="list-style-type: none">• 2013 : Certification formatrice « aux bonnes pratiques professionnelles », AFNOR• 2013 : Certification évaluateur externe expert, AFNOR• 2008 : Diplôme universitaire de Gestion des Etablissements Sanitaires et Sociaux, Lyon 1, Niveau 1• 2001 : Licence de management des petites et moyennes structures sanitaires et sociales Université Lyon 1• 1980 : DE infirmière
Expérience	<ul style="list-style-type: none">• 2011-2012 : Directrice adjointe, ouverture d'EHPAD 84 résidents, accueil de jour de 10 places, foyer logement à Jassans Riottiers , résidence La Rose des Vents, ACPPA.• 2009-2011 : Directrice EHPAD, résidence Blanqui, ACPPA.• 2002-2009 : Cadre de santé, responsable pôle soin, EHPAD Les Amandines, ACPPA.• 1982-2002 : Infirmière libérale Lyon 3^{ème}• 1980-1982 : Infirmière en neurochirurgie infantile, hôpital Wertheimer à Lyon.• Mars à juillet 1980 : Infirmière en soins à domicile dans une structure sociale à Villeurbanne.• <u>Formations</u><ul style="list-style-type: none">○ Formations internes au poste de directeur 2009 à 2011: approches commerciales, management des risques et communication, gestion des relations familiales, formation au tact dans les soins.○ Formations courtes orientées en gériatrie de 2003 à 2006 :○ Formation démence, maltraitance, gestion des violences, cohésion d'équipe, nutrition de la personne âgée, prise en charge des plaies et cicatrisation.

6.4. Engagement de déontologie

Je m'engage à réaliser une évaluation basée sur une approche factuelle et un diagnostic partagé par le responsable de l'établissement évalué.

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

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

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

Dans ce cadre je m'engage à ne transmettre le rapport final qu'à l'établissement évalué.

Je m'engage à ne réaliser aucune copie et à détruire l'ensemble des documents collectés dans la structure ou transmis par la structure à l'issue de la validation du rapport final.

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

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

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

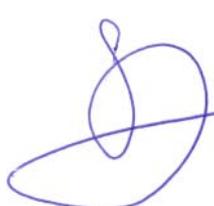
Je m'engage à déclarer sans délai et par écrit tout évènement ne me permettant pas de réaliser la mission d'évaluation externe à laquelle je me suis engagé dans les conditions d'indépendance, d'objectivité et de déontologie attendue par le décret du 15 mai 2007.

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

À Blies Ebersing, le 25/05/2014

Mme Mousset

Mme Mandaron


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



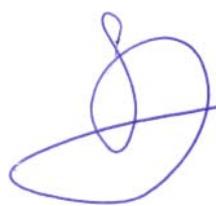

6.5. Déclaration sur l'honneur des évaluateurs

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

A Blies Ebersing le 25/05/2004

Mme Mousset

Mme Mandaron

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

6.6. Calendrier de réalisation

MARDI 27 MAI 2014 / Service SSIAD site : ANTRAIN				
Evaluateur : Mme MOUSSET		Evaluateur : Mme MANDARO V		
Horaires	Interlocuteurs	Thèmes	Lieu	Thèmes
8h00 - 8h30				
8h30 - 11h00	Mme LUCAS Cadre de santé Mme LE FLOCH CA QGR	Dynamique qualité évaluation interne Mise en œuvre du PAQ gestion et utilisation des RBPP Stratégie / Projet d'établissement/Admission Documents: légaux Garantie des droits Gestion des urgences Expression et participation Gestion des plaintes Bientraitance- Formations Gestion des ressources humaines - DUERP - Organisation collective et planification des tournées Gestion et prévention des risques routiers	Bureau Mme LE FLOCH Administration	Mise en œuvre de l'accompagnement Protocoles et procédures Projet et dossier de soins Gestion douleur, chutes Coordination avec les autres intervenants Transmission de l'information Réunions institutionnelles Communication - 2AI Ouverture sur l'environnement et partenariats
11h00 - 12h00	Cadre de santé	Visite à domicile		Visite à domicile
12h00- 12h30				
12h30- 13h00				
13h15 - 14h15				
14h15 - 15h00				
15h00 - 16h00				
REPAS = Evaluateurs + Cadre et IDE Co (4)				
Thèmes : Participation temps de transmission Intervenants : AS/IDE Coordinatrice BUFEAU DU SSIAD				
Thèmes : Sociétés de prise en charge et d'accompagnement Intervenants : AS BUFEAU DU SSIAD				
Échanges entre les évaluateurs Préparation de la restitution SALLE DES VA.VINS				
Intervenants : Comité de direction Thèmes : RESTITUTION SALLE DES VA.VINS				

6.7. Contrat d'évaluation externe et questionnaire évaluatif (Annexes non paginées)

Référentiel évaluatif				
Plan	Sous-plan	Aspects évalués	Questions spécifiques à l'établissement	
1.	La garantie des droits individuels et la participation des usagers	1.1. Le respect des personnes	Garantir le droit au respect de la dignité et de l'intégrité de l'utilisateur Garantir le droit au respect de l'intimité et de la vie privée Garantir le droit à la sécurité Garantir le droit à une prise en charge et un accompagnement de qualité favorisant l'autonomie Garantir le droit à la confidentialité des informations concernant les personnes Garantir le droit à l'exercice des droits civiques et à la pratique religieuse Garantir le droit au respect des liens familiaux Garantir la possibilité d'exprimer ses choix entre les prestations proposées et leurs mises en œuvre, et respecter le consentement éclairé de l'utilisateur ou de son représentant légal	Les outils sont-ils présents ? Validés ? Actualisés ? L'équipe est-elle attentive aux habitudes des usagers, respecte-t-elle les choix des usagers sans aucun jugement de sa part ? Comment les professionnels s'approprient-ils le respect de la garantie des droits individuels et la participation des usagers ? Les outils sont-ils connus des professionnels ? Des usagers ? Les outils sont-ils effectivement utilisés dans la procédure de prise en charge ?
		1.2. La participation des usagers à leur accompagnement	Garantir le droit à l'information Garantir le droit à la participation de la personne à la conception et la mise en œuvre du projet qui la concerne Garantir le libre choix entre les prestations proposées et le respect du consentement éclairé de la personne ou de son représentant légal et le droit à la renonciation	Quels moyens l'équipe met-elle en œuvre pour favoriser le retour de la personne soignée à l'autonomie, lui permettre de retrouver la capacité d'assurer seule sa toilette ? Comment le projet personnalisé est-il construit ?
		1.3. L'association des usagers à l'évolution du fonctionnement du service	Associer les usagers et prendre en compte leur point de vue pour faire évoluer le fonctionnement du service afin de mieux prendre en compte leurs besoins et attentes	Comment le service adapte-t-il son organisation aux besoins et attentes des usagers traduits dans le projet personnalisé ?
2.	La prévention des risques	2.1. La maltraitance	Prévenir les violences physiques, psychiques ou morale Prévenir les violences matérielles et financières (vols, escroqueries, etc.) Prévenir les violences médicales et médicamenteuses (manque de soins de base, non prise en compte de la douleur, abus médicamenteux, etc.) Prévenir les négligences actives ou passives Prévenir les privations ou les violations de droits	Cquelle politique de prévention de la maltraitance le service met-il en place ? Comment les actes de maltraitance sont-ils identifiés par le service ? Comment le suivi est-il organisé ?
		2.2. Les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes	Prévenir les risques relatifs aux chutes Prévenir les risques relatifs aux troubles alimentaires Prévenir les risques relatifs à la déglutition (fausses routes) Prévenir les risques liés aux postures (risques d'escarres) Prévenir les risques relatifs à l'isolement Prévenir les risques relatifs à la dépression et au suicide Prévenir les risques relatifs à la douleur Prévenir les risques relatifs au dépistage et à la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement	Quelles actions de prévention le service met-il en place ? Le personnel est-il formé à la prévention des risques liés au grand âge ?

		2.3.	Les risques professionnels	Prevenir les risques relatifs aux contraintes techniques, organisationnelles et à l'isolement au travail Prévenir les risques relatifs au stress, aux pressions psychologiques, et les risques de violences verbales et d'agressivité Prévenir les risques routiers Prévenir les risques physiques Prévenir les risques relatifs aux risques biologiques (contagions, maladies de peau, parasites, etc.)	Dans le cadre du management des ressources humaines, comment l'encadrement s'organise-t-il pour prévenir les risques psycho-sociaux ?
3.	La promotion de l'autonomie et de la qualité de vie	3.1.	Le respect des habitudes de vie	Prendre en compte les besoins et les attentes de chaque usager	Des formations manutention sont-elles dispensées au personnel ?
		3.2.	L'autonomie décisionnelle et fonctionnelle de la personne	Maintenir les capacités dans les actes de la vie quotidienne Favoriser l'autonomie dans les déplacements, la toilette, l'alimentation et la continence Accompagner la situation de handicap	Y a-t-il des toilettes évaluatives suivies de toilettes thérapeutiques ? Les professionnels ont-ils des formations au toucher relationnel, au toucher massage ?
		3.3.	La participation sociale et/ou professionnelle et les liens avec l'entourage	Maintenir, accompagner et favoriser la participation sociale et/ou professionnelle de l'usager Maintenir, accompagner et favoriser l'ensemble des liens familiaux et affectifs de l'usager avec son environnement social	Quelles actions le service met-il en place pour maintenir, accompagner, et favoriser les liens sociaux et familiaux ?
		3.4.	La relation entre les professionnels et les usagers	Garantir un cadre professionnel Garantir un cadre relationnel de qualité	Quels moyens le personnel met-il en oeuvre pour garantir un cadre professionnel ? Garantir un cadre relationnel de qualité
4.	La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions	4.1.	La cohérence des actions du service	Assurer une cohérence entre les interventions du service	Le protocole de soins et la fréquence des passages sont-ils réajustés si nécessaire ?
		4.2.	La continuité et la diversité des interventions auprès de la personne	Coordonner les interventions des différents services auprès de la personne Organiser avec les usagers des complémentarités ou des relais avec d'autres acteurs ou dispositifs Mobiliser de nouveaux acteurs pour accompagner les personnes, pour prendre le relais de la situation	Comment la continuité des soins est-elle assurée pour renforcer l'accompagnement global de l'usager ?

MARCHES PUBLICS ET ACCORDS-CADRES

NOTI5

NOTIFICATION DU MARCHÉ PUBLIC OU DE L'ACCORD-CADRE¹

Le formulaire NOTI5 est un modèle de lettre qui peut être utilisé, par le pouvoir adjudicateur ou l'entité adjudicatrice, après qu'il ou elle ait signé le marché public ou l'accord-cadre, pour le notifier à l'attributaire.

A - Identification du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice).

(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

GROUPEMENT DE COMMANDES

Centre Hospitalier des Marches de Bretagne

9 rue de Fougères

35560 ANTRAIN

Tél. : 02 99.98 46 75.

Fax : 02 99 98 46 17.

B - Objet de la consultation.

(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

EVALUATION EXTERNE

C - Identification de l'attributaire.

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale de l'attributaire individuel ou de chaque membre du groupement d'entreprises attributaire, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET. En cas de groupement d'entreprises attributaire, identifier précisément le mandataire du groupement.]

ADQ Conseils

6 rue des Lilas

57200 BLIES EBERSING

Tel : 06 77 52 31 95 Fax : 03 87 98 09 11

Email : mh@adq-conseils.fr

Code NAF : 7022Z

N°de formateur : 41.57.02368.57

RCS : 48019321800017

D - Notification de l'attribution.

Je vous informe que l'offre que vous avez faite au titre de la consultation désignée ci-dessus a été retenue :
(Cocher la case correspondante.)

- pour l'ensemble du marché public ou de l'accord-cadre (en cas de non allotissement).
 pour le(s) lot(s) n°..... de la procédure de passation du marché public ou de l'accord-cadre (en cas d'allotissement.) :

(Indiquer l'intitulé du ou des lots concernés tel qu'il figure dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

L'exécution des prestations commencera :

(Cocher la case correspondante.)

- Selon le calendrier joint à l'acte d'engagement.
 à réception d'un bon de commande ou d'un ordre de service que j'émettrai ultérieurement.

¹ Formulaire non obligatoire disponible, avec sa notice explicative, sur le site du ministère chargé de l'Économie.

E - Retenue de garantie ou garantie à première demande.

(En cas d'allotissement, cette rubrique est à renseigner pour chacun des lots de la procédure de passation du marché public ou de l'accord-cadre qui est notifié. Préciser pour chaque lot, son numéro et son intitulé tels qu'ils figurent dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

Le marché public ou l'accord-cadre qui vous est notifié comporte :
(Cocher la ou les cases correspondantes.)

- aucune retenue de garantie ou garantie à première demande.
- une retenue de garantie d'un montant de% du montant initial du marché public ou de l'accord-cadre, que vous pouvez remplacer par :
 - une garantie à première demande.
 - une caution personnelle et solidaire.
- une garantie à première demande en garantie du remboursement d'une avance supérieure à 30%. Vous ne pourrez recevoir cette avance qu'après avoir constitué cette garantie.
- (pour les collectivités territoriales uniquement.) une garantie à première demande en garantie du remboursement de toute ou partie d'une avance inférieure ou égale à 30%.
 - vous pouvez remplacer cette garantie à première demande par une caution personnelle et solidaire.

F - Pièces jointes à la présente notification.

(En cas d'allotissement, cette rubrique est à renseigner pour chacun des lots de la procédure de passation du marché public ou de l'accord-cadre qui est notifié. Préciser pour chaque lot, son numéro et son intitulé tels qu'ils figurent dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

Vous trouverez ci-joints :
(Cocher la case correspondante.)

- une photocopie de l'acte d'engagement avec ses annexes.

G - Signature du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice).

A Antracun , le 18 Novembre 2012

Signature
(représentant du pouvoir adjudicateur ou de l'entité adjudicatrice
habilité à signer le marché public ou l'accord-cadre)

Centre Hospitalier
Antracun - St-Basile-en-Josas



H - Notification du marché public ou de l'accord-cadre au titulaire.

■ En cas de remise contre récépissé :

Le titulaire signera la formule ci-dessous :

« Reçue à titre de notification copie du présent marché public ou accord-cadre »

A, le

Signature du titulaire,

■ En cas d'envoi en lettre recommandé avec accusé de réception :

(Coller dans ce cadre l'avis de réception postal, daté et signé par le titulaire du marché public ou de l'accord-cadre.)

■ En cas de notification par voie électronique :

(Indiquer la date et l'heure d'accusé de réception de la présente notification par le titulaire du marché public ou de l'accord-cadre.)



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DE L'INDUSTRIE ET DE L'EMPLOI
Direction des Affaires Juridiques

MARCHES PUBLICS

DC3

ACTE D'ENGAGEMENT¹ EVA2013

Le formulaire DC3 est un modèle d'acte d'engagement qui peut être utilisé par les candidats aux marchés publics ou accords-cadres pour présenter leur offre. Il est conseillé aux acheteurs publics d'adapter l'objet de la consultation et le code CPV principal figurant à la rubrique A ainsi que la rubrique D avant de mettre le DC3 à la disposition des candidats dans les documents de la consultation.

En cas d'allotissement, le candidat remplit un document par lot auquel il soumissionne.

Le candidat remplit un imprimé pour chaque offre variante ou chaque offre avec prestations supplémentaires ou alternatives.

En cas de candidature groupée, un document unique est rempli pour le groupement d'entreprises.

A - Objet de la consultation et de l'acte d'engagement.

■ **Objet de la consultation :**

(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

EVALUATION EXTERNE

Le marché se déroulera à compter de la notification du marché pour une durée de 12 mois.

■ **Code CPV principal :**

(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

79419000-4

■ **Cet acte d'engagement correspond :**

(Cocher les cases correspondantes.)

1.

à l'ensemble du marché public ou de l'accord-cadre (en cas de non allotissement).

au lot n°.....de la procédure de passation du marché public ou de l'accord-cadre (en cas d'allotissement) :

(Indiquer l'intitulé du lot tel qu'il figure dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

2.

à l'offre de base.

à la variante suivante :

aux prestations supplémentaires ou alternatives² suivantes :

¹ Formulaire non obligatoire disponible, avec sa notice explicative, sur le site du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi.

² Jusqu'en 2009, les « prestations supplémentaires ou alternatives » étaient désignées sous les termes « options techniques ».

B - Engagement du candidat.

B1 - Identification et engagement du candidat :

(Cocher les cases correspondantes.)

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché public ou de l'accord-cadre suivantes,

- CCAP n°EVA2013.....
- CCAG : Le cahier des Clauses Administratives Générales (C.C.A.G.) applicable aux marchés publics de prestations intellectuelles (Arrêté du 16 septembre 2009)
- CCTP n°EVA2013.....
- Autres :.....

et conformément à leurs clauses et stipulations,

Le signataire

s'engage, sur la base de son offre et pour son propre compte ;

ADQ Conseils – 6 rue des Lilas – 57200 Blies Ebersing
Tél : 06 77 52 31 95 – Fax : 0387980911 – mh@adq-conseils.fr
Siret : 48019321800017

engage la société sur la base de son offre ;

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]

L'ensemble des membres du groupement s'engagent, sur la base de l'offre du groupement ;

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale de chaque membre du groupement, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET. Identifier le mandataire désigné pour représenter l'ensemble des membres du groupement et coordonner les prestations.]

à livrer les fournitures demandées ou à exécuter les prestations demandées :

aux prix indiqués ci-dessous ;

Taux de la TVA :

Montant hors taxes² :

Montant hors taxes arrêté en chiffres à :

Montant hors taxes arrêté en lettres à :

Montant TTC³ :

Montant TTC arrêté en chiffres à :

Montant TTC arrêté en lettres à :

OU

aux prix indiqués dans l'annexe financière jointe au présent document.

² Le montant de l'offre établie à partir de prix unitaires est calculé par référence à la quantité estimée dans l'avis d'appel public à la concurrence.

³ Ne pas remplir lorsque les règles de TVA intracommunautaire prévoient le paiement de la TVA par l'acheteur. Dans ce cas, celui-ci doit indiquer son numéro d'identification au titulaire avant la date de facturation.

B2 - Répartition des prestations (en cas de groupement conjoint) :

(Les membres du groupement conjoint indiquent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d'entre eux s'engage à réaliser.)

Désignation des membres du groupement conjoint	Prestations exécutées par les membres du groupement conjoint	
	Nature de la prestation	Montant HT de la prestation

B3 - Compte (s) à créditer :

(Joindre un ou des relevé(s) d'identité bancaire ou postal.)

■ Nom de l'établissement bancaire :

BNP PARIBAS

■ Numéro de compte :

30004004520001007224396

B4 - Avance (article 87 du code des marchés publics) :

Je renonce au bénéfice de l'avance :

(Cocher la case correspondante.)

NON

OUI

B5 - Durée d'exécution du marché public ou de l'accord-cadre :

La durée d'exécution du marché public ou de l'accord cadre est de 12 mois à compter de :

(Cocher la case correspondante.)

- la date de notification du marché public ou de l'accord-cadre ;
- la date de notification de l'ordre de service ou du premier bon de commande ;
- la date de début d'exécution prévue par le marché public ou l'accord-cadre lorsqu'elle est postérieure à la date de notification.

B6 - Délai de validité de l'offre :

Le présent engagement me lie pour le délai de validité des offres indiqué dans le règlement de la consultation, la lettre de consultation ou l'avis d'appel public à la concurrence.

B7 - Origine et part des fournitures :

(Indications à fournir pour les seuls marchés ou accords-cadres de fournitures des entités adjudicatrices : article 159 du code des marchés publics.)

L'offre présentée au titre du présent marché public ou accord-cadre contient des fournitures en provenance de :
(Cocher la case correspondante et indiquer le pourcentage.)

- Pays de l'Union européenne, France comprise :%.
- Pays membre de l'Organisation mondiale du commerce signataire de l'accord sur les marchés publics (Union européenne exclue) :%.
- Autre :%.

C - Signature de l'offre par le candidat.

Nom, prénom et qualité du signataire (*)	Lieu et date de signature	Signature
Marc HOLZHAMMER, Gérant	Blies Ebersing, le 13 juillet 2013	 A.D.Q. CONSEILS 6 rue des Lilas 57200 BLIES EBERSING Tél. 06 77 52 31 95 Email : mh@adq-conseils.fr

(*) Le signataire doit avoir le pouvoir d'engager la personne qu'il représente.

D - Identification du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice).

■ Désignation du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice) :

(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

GROUPEMENT DE COMMANDES

Centre Hospitalier des Marches de Bretagne

9 rue de Fougères

35560 ANTRAIN

Tél. : 02 99.98 46 75.

Fax : 02 99 98 46 17.

■ Nom, prénom, qualité du signataire du marché public ou de l'accord-cadre :

(Le signataire doit avoir le pouvoir d'engager la personne qu'il représente.)

Madame BETTLER, Directrice de l'Etablissement Coordonnateur

■ Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l'article 109 du code des marchés publics (nantissements ou cessions de créances) :

(Indiquer l'identité de la personne, ses adresses postale et électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie.)

Madame BETTLER, Directrice de l'Etablissement Coordonnateur – Centre Hospitalier des Marches de Bretagne – 9 rue de Fougères – 35560 ANTRAIN ☎ 02.99.98.31.33 📠 02.99.98.46.17

■ Désignation, adresse, numéro de téléphone du comptable assignataire :

(Joindre une annexe récapitulative en cas de pluralité de comptables.)

Mesdames et Messieurs les Trésoriers des Etablissements adhérant au Groupement de Commandes

■ Imputation budgétaire :

Budget E

E - Décision du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice).

La présente offre est acceptée. pour un montant de 21450,00 € H.T.
Vingt et un mille quatre cent cinquante euros.

Elle est complétée par les annexes suivantes :
(Cocher la case correspondante.)

- Annexe n°... relative à la présentation d'un sous-traitant (ou DC4) ;
- Annexe n°... relative aux demandes de précisions ou de compléments sur la teneur des offres (ou OUV4) ;
- Annexe n°... relative à la mise au point du marché (ou OUV5) ;
- Autres annexes (A préciser) ; Devis et Calendrier

Pour l'Etat et ses établissements :

(Visa ou avis de l'autorité chargée du contrôle financier.)

A : Antrain, le 18... Novembre 2013

Signature

(représentant du pouvoir adjudicateur ou de l'entité adjudicatrice
habilité à signer le marché public ou l'accord-cadre)

La Directrice de l'Etablissement Coordonnateur,


J. BETTLER
Antrain - St Brice en Cugles

Date de la dernière mise à jour : 15/09/2010.

Composition du comité de suivi et de pilotage de l'Evaluation Externe du SSIAD

Président, Représentant légal

Mme J. BETTLER - Directrice CHMB 35560 ANTRAIN Hôpi. 46.01

Directrice adjointe, Chargée de la Qualité

Mme M. LE FLOCH CHMB 35560 ANTRAIN Hôpi. 46.16

Cadre de santé

Mme N. LUCAS CHMB 35560 ANTRAIN Hôpi. 46.21

IDE Coordinatrice

Mme A. GAZENGEL CHMB 35560 ANTRAIN Hôpi. 46.69

Aides-soignantes

Mme H. LEGOUT	}	CHMB	35560 ANTRAIN	Hôpi. 46.69
Mme G. LEMOULAND				
Mme N. GARNIER				
Mme A. ROULLIER				
Mme F. LESAGE				

Psychologue

Mme G. DUDOIT CHMB 35560 ANTRAIN 06.83.87.86.97

Qualiticien

M CHMB 35560 ANTRAIN Hôpi. 46.63

Assistante Qualité

Mme N. PRIOUL CHMB 35560 ANTRAIN Hôpi. 46.39

Comité de suivi et de pilotage élargi selon l'ordre du jour

IDE référente de l'équipe opérationnelle d'hygiène

Mme S. ROUANET CHMB 35560 ANTRAIN Hôpi. 46.90

Diététicien

M. K BACCOUCHE CHMB 35560 ANTRAIN Hôpi. 46.74

Services techniques

M. D. BIARD CHMB 35560 ANTRAIN Hôpi. 68.49

Représentant des services informatiques

M. S. DENIS CHMB 35560 ANTRAIN Hôpi. 46.53



ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

SSIAD des Marches de Bretagne - Antrain

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.

La méthode de remplissage consiste, pour chacune des sept rubriques, à noter les forces « et » les faiblesses à partir de la synthèse de l'évaluation externe. En effet, chaque rubrique ne peut être réduite à l'une ou l'autre de ces deux dimensions. L'approche du réel par la complexité consiste à chaque fois à identifier en quoi la rubrique présente une force « et » une faiblesse, ces deux aspects étant toujours contenus dans les faits observés.

L'expression des propositions/préconisations apparaît alors différente si la réalité a été exposée dans sa complexité. Elle n'est plus la sanction de ce qui « ne va pas » mais la dynamique à créer pour poursuivre l'évolution du projet.

La huitième rubrique permet de recueillir l'appréciation globale de l'évaluateur externe.

La neuvième permet de recueillir les éléments de méthodologie de l'évaluation externe.

Enfin la dixième et dernière recueille les commentaires de l'ESSMS sur le déroulement et les conclusions de l'évaluation externe.

ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

1. La démarche d'évaluation interne (pour les services à la personne (SAP) agréés, cette rubrique correspond aux points investigués dans le cadre du cahier des charges de l'agrément)					
(Exemples d'items: Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne, de participation des usagers, d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité, de suivi des résultats...)					
Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe		
Méthode employée	La démarche d'évaluation interne s'est déroulée de mars 2013 à décembre 2013. L'évaluation interne a été réalisée sous forme de projet participatif. Une concertation a eu lieu entre la cadre de santé, l'IDE coordinatrice, les 5 AS et la cellule qualité, afin de définir le référentiel développé à l'interne, basé sur celui de l'Anesm tout en s'appuyant sur un questionnaire évaluatif construit par le comité de pilotage d'évaluation interne.				
Modalités de participation des équipes et des usagers	En raison de la taille réduite du service, l'ensemble des agents du SSIAD a pu participer activement à la démarche. La parole des usagers a été recueillie au moyen de deux enquêtes de satisfaction en 2012 et en 2013.				
Modalités de suivi des actions du plan d'amélioration	Un Plan d'actions 2013-2017 a été planifié par thème et par priorité. Un Comité de pilotage est chargé du suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration.				
Mise en œuvre des axes d'amélioration	L'équipe s'est impliquée dans la démarche et elle adhère au nouveau fonctionnement. L'évaluation interne a permis de poser et de formaliser les actions d'amélioration qui avaient déjà été détectées et mises en œuvre.				
Résultats observés	Les besoins de la personne sont identifiés, des objectifs de soins sont formulés et hiérarchisés, les actions appropriées sont mises en œuvre et évaluées en vue des réajustements nécessaires, en lien avec le médecin traitant. Le protocole de soins figure dans le dossier patient et le contrat individuel de prise en charge mentionne la nature des interventions et la fréquence. 124 actions d'amélioration ont été définies dans le plan d'actions issu de l'évaluation interne. 78 actions sont réalisées. 35 actions sont en cours. 11 actions sont non réalisées. Les actions d'amélioration sont mises en œuvre conformément à l'échéancier mis en place.				

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm relatives à l'ESSMS.					
(Exemples d'items: Modalités d'appropriation des recommandations, mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités ...)					
Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe		
Références aux Recommandations	Les recommandations de bonnes pratiques concernant l'établissement ont été identifiées par le SSIAD dès la construction du cadre évaluatif de la démarche d'évaluation interne. Les Recommandations ont constitué une base de réflexion pour mettre en œuvre des actions d'amélioration.	Le projet d'établissement ne fait pas référence aux RBPP	Lors de l'écriture du Projet de service, s'appuyer sur les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles concernées		
Mise à disposition des Recommandations		Les essentiels des 4 recommandations "qualité de vie en EHPAD" sont à la disposition du personnel dans une bannette, mais ne concernent pas directement le service à domicile.	Mettre à disposition du personnel les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles en lien avec le secteur de travail.		
Communication et présentation des Recommandations		Il n'y a pas eu de réelle diffusion des RBPP mises à disposition, d'autant plus que les professionnels n'ont pas saisi le lien avec le travail à domicile.	Présenter les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles concernées au personnel afin qu'il se les approprie.		
Modalités d'appropriation des Recommandations		Les Recommandations ne sont pas appropriées par le personnel. Mais dans les faits la façon de servir des agents du SSIAD est en adéquation avec l'esprit de ces Recommandations, dans un souci de Bienveillance et de respect de l'utilisateur.			
Connaissance des Recommandations		Le personnel ne connaît pas les RBPP publiées par l'Anesm. Mais dans les faits la façon de servir des agents du SSIAD est en adéquation avec l'esprit de ces Recommandations, dans un souci de Bienveillance et de respect de l'utilisateur.			

ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

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.					
(Exemples d'items: Caractérisation de la population accompagnée, modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement ou de service, adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée...)					
Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe		
Modalités d'élaboration du projet d'établissement, sa formalisation, son actualisation, son appropriation		Il n'existe pas de projet de service spécifique au SSIAD actuellement.	Rédiger le projet de service. Les résultats de l'évaluation interne et de l'évaluation externe pourraient constituer un socle de travail pour réaliser le prochain projet de service. Lors de l'écriture du Projet de service, associer les usagers et les familles à son élaboration.		
Articulation des objectifs avec l'environnement	Les missions spécifiques des SSIAD sont définies par le décret du 25 juin 2004. Les personnes sont prises en soins à leur domicile. Les soins sont assurés en collaboration et en complémentarité avec la famille, l'entourage ainsi que les différents partenaires.		Lors de l'écriture du Projet de service, associer les partenaires extérieurs à son élaboration.		
Cohérence des activités déployées avec les objectifs du projet d'établissement	Le SSIAD s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire dotée d'une richesse de compétences positive pour le service et pour le patient.		Lors de la réécriture du PE, associer les professionnels à son élaboration.		
Cohérence entre projets personnalisés et objectifs opérationnels du projet d'établissement	Les procédures qualité sont mises à disposition dans le bureau du SSIAD. Un temps consacré à la présentation des nouvelles procédures est organisé tous les 15 jours.				
Adaptation de l'offre, de l'accompagnement et des ressources à la population accueillie	Le nombre d'agents présents dans l'établissement correspond aux effectifs financés. Le recrutement est tourné vers le service à la personne âgée et anticipe les évolutions. La gestion administrative du personnel est organisée. Les salariés sont sensibilisés à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. L'accueil des nouveaux salariés est formalisé. Les risques psychosociaux sont repérés. Un entretien annuel d'évaluation et de formation a lieu pour chaque salarié. Le SSIAD s'adapte à chaque situation de soins pour faciliter le maintien à domicile.				

ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

4. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique					
(Exemples d'items: Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'usager, prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu, contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement...)					
Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe		
Perception du rôle de l'établissement par les partenaires		Le service n'a pas évalué le niveau de satisfaction des partenaires, ni le niveau de connaissance des partenaires quant à son rôle et ses missions.	Mettre en œuvre un questionnaire auprès des partenaires extérieurs pour évaluer leur satisfaction et leur niveau de connaissance du rôle et des missions du service.		
Formalisation des partenariats	Des conventions de coopération particulières au SSIAD sont signées avec les infirmières libérales qui assurent les soins techniques infirmiers.				
Nature et objet des partenariats mis en place (vie sociale...)	L'EHPAD est couvert par les contractualisations générales du CHMB, le Centre Hospitalier de Fougères, le cabinet de radiologie de Combours, le laboratoire d'analyses de biologie médicale d'Antrain, etc. Cependant ces conventions ne concernent pas directement le SSIAD pour la plupart.				
Prise en compte des réseaux de proximité	Le SSIAD travaille en collaboration avec l'ADMR, les kinésithérapeutes, les IDE libérales, les médecins traitants, les services de portage de repas, etc. Des AS du service de médecine assurent des remplacements sur le SSIAD.	La collaboration avec l'ADMR n'a pas été formalisée par une convention.	Formaliser le partenariat avec l'ADMR.		
Contribution aux évolutions de l'environnement	Le SSIAD s'inscrit dans une prise en charge globale. C'est un maillon d'une équipe pluridisciplinaire. Il apporte une aide et veille à garder et à renforcer la solidarité familiale ou de voisinage. Il travaille aussi en collaboration avec les services hospitaliers et les associations.				

ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

5. Personnalisation de l'accompagnement					
(Exemples d'items: capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne, conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé...)					
Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulés par l'évaluateur externe		
Méthodologie d'élaboration du projet personnalisé	Un projet de soins plus structuré avec des objectifs fixés en équipe démarrera en juin 2014.	La formalisation des projets d'accompagnement individualisé n'est pas encore finalisée	Continuer à élaborer un projet d'accompagnement individualisé pour tous les usagers en formulant le projet en objectifs et en le déclinant en actions.		
Recueil des besoins des usagers	Les habitudes de vie sont recueillies, de façon très complète, au début de la prise en charge.				
Participation des usagers à l'élaboration de leur projet	Le respect des droits des patients se fait au travers du respect de l'environnement de leur domicile, du respect de leurs habitudes de vie, de l'adaptation des tournées à leur choix d'horaires.				
Outils de suivi et d'évaluation	Le projet de soins est mis en place après une toilette évaluative. Un diagramme de soins mensuel est établi pour la traçabilité. En fin de tournée entre 12h30 et 13h, l'équipe se réunit autour d'un temps de transmissions orales. Les feuilles de transmissions sont rangées dans un classeur. L'infirmière coordinatrice met en place, en cas de nombreux intervenants au domicile du patient, un planning d'intervention des différentes personnes.	Les objectifs sont déterminés en lien avec l'utilisateur et son médecin traitant, mais le suivi n'est pas formalisé. Un support manque pour avoir une vision globale des différents intervenants au domicile du patient.	Élaborer une procédure sur la planification des interventions pluridisciplinaires au domicile du patient. Réfléchir à un support de transmissions commun à tous les intervenants au domicile pour faciliter la circulation des informations, en plus du classeur commun avec l'ADMR.		
Actualisation des projets	La situation de l'utilisateur est réévaluée de façon informelle quotidiennement, en prenant en compte la personne et son entourage.				

ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

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

Exemples d'items: Effectivité des droits individuels et collectifs et de la participation collective des usagers, prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement.

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulés par		
Conseil de la Vie Sociale		Le SSIAD n'a pas mis en place un Conseil de la Vie Sociale. Mais le SSIAD, comme les EHPAD et tous les autres services, sont rattachés à la Commission de Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQ-PC). Il s'agit d'une instance sanitaire de représentation de l'ensemble des usagers du CHMB.			
Autres instances de participation	Le patient dispose à son domicile d'un cahier de liaison qui lui appartient et où il peut noter ses observations.				
Recueil de la satisfaction de l'utilisateur	Une enquête de satisfaction est menée chaque année.				
Maintien des liens sociaux	Les AS doivent composer avec les relations et les histoires familiales dans leurs interventions.	Elles rencontrent parfois certaines réticences de la part de l'entourage du patient.			

ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques					
(Exemples d'items: organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité, prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS, dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques, modes de concertation, traitement des faits de maltraitance...)					
Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulés par l'évaluateur externe		
Respect des droits	<p>Une procédure d'admission très complète et détaillée a été élaborée en avril 2014. Le livret d'accueil a été actualisé en avril 2014. Le règlement de fonctionnement, la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, et l'arrêté du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine avec la liste des personnes qualifiées lui sont annexés.</p> <p>Les horaires d'ouverture de 8h à 18h sont notés sur le livret d'accueil avec le numéro de téléphone du SSIAD, avec les noms et fonctions des contacts (cadre de santé, IDEC, psychologue).</p> <p>Un DIPS est élaboré avec les objectifs de prise en soins et d'accompagnement.</p> <p>Les fiches de désignation de la personne de confiance sont employées. Il existe une procédure définissant l'accès pour le résident à son dossier et un suivi des demandes en application de la réglementation.</p>	<p>La désignation de la personne de confiance ne fait pas l'objet d'une liste en vue de son renouvellement tous les trois ans.</p>			
La sécurité des résidents	<p>La sécurité du patient pendant les soins est assurée généralement par des aides techniques et du matériel médical de mobilisation.</p>				
Les risques individuels	<p>Le personnel est formé à l'évaluation de la douleur. Les risques de chute sont identifiés et notifiés dans les transmissions. Les contentions font l'objet d'une prescription médicale.</p> <p>Le projet de soins est mis en place après une toilette évaluative.</p>				
Evènements indésirables (analyse, suite donnée)	<p>Les professionnels ont à disposition des fiches de signalement des événements indésirables grâce auxquelles ils peuvent déclarer tout problème</p>	<p>Les fiches de signalement ne sont pas mises à la disposition des patients et des familles. (<i>Projet en cours, diffusion du document en septembre 2014</i>). Elles sont connues par le personnel, mais ne sont pas encore suffisamment utilisées.</p>			
Faits de maltraitance (analyse, suite donnée)	<p>La prévention de la maltraitance est traitée par le biais des formations Humanitude. Les équipes sont informées de la marche à suivre. Une Charte « Bienveillance » a été élaborée par l'établissement en février 2014.</p>				
L'accompagnement de fin de vie	<p>L'accompagnement en fin de vie fait l'objet de soins quotidiens lors de passages plus fréquents, et nécessitant parfois l'intervention de la psychologue.</p>				

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

<p align="center">La sécurité des professionnels</p>	<p>Les risques professionnels sont identifiés et concernent les risques de manutention, des locaux inadaptés, les intempéries. En cas d'intempéries, et notamment d'enneigement, la tournée est organisée avec la présence de deux aides-soignantes par véhicule. La prise en charge des risques professionnels est réalisée par des formations : la conduite sur route enneigée, postures et manutention, etc. Les aides-soignantes ont à disposition un téléphone portable et une valise d'urgence.</p>	<p>L'aidant demande souvent aux aides-soignantes de poser les patchs d'antalgiques. Les professionnels ne sont pas informés des modalités réglementaires encadrant l'aide à la prise de médicaments par le patient.</p>	<p>Mettre en oeuvre une formation sur les risques inhérents à l'administration des médicaments, et notamment les morphiniques.</p>		
--	---	---	--	--	--

ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

Le SSIAD fonctionne avec une équipe soignante motivée, qui aspire à une place reconnue au sein du CHMB et à l'accès pour les patients qu'elle prend en charge à l'ensemble des services du CHMB. L'amélioration des retours des patients entre les enquêtes de satisfaction successives démontre l'engagement du service dans la démarche qualité.

9. Méthodologie de l'évaluation externe

(Exemples d'items: descriptif des outils utilisés pour conduire et mettre en œuvre la démarche, modalités d'implication des équipes (Direction et personnels), modalités d'association des usagers, nombre d'entretiens conduits, nombre de jours pour conduire l'évaluation externe, dates de début et de fin de mission...)

Items	
Outils utilisés	Entretiens individuels et collectifs Analyse de documents Observation du temps de transmissions Visites à domicile
Modalités d'implication des équipes	Collaboration et participation aux entretiens Mise à disposition de documents
Modalités d'association des usagers	2 visites à domicile
Nombre d'entretiens conduits	3 entretiens
Nombre de jours pour conduire l'évaluation externe	4 jours
Dates de début et de fin de mission	1 jour le 27 mai 2014

Commentaires de l'ESSMS

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>L'évaluation externe sur site s'est déroulée sur une journée. Lors de cette visite des difficultés se sont posées dans les relations avec les évaluatrices, notamment en raison d'un manque de professionnalisme (retards répétés, attitude, concentration). Dans la continuité de ces constatations, le retard dans la remise du pré rapport est à déplorer.</p> <p>Mais, en dehors de toute considération à l'égard de ces personnes, l'organisme prestataire a su faire preuve d'écoute et de disponibilité tant en amont qu'en aval de la visite.</p>	<p>Certaines recommandations sont pertinentes. En revanche, d'autres figurants dans le pré-rapport étaient inappropriées en raison de conclusions inexactes qui témoignent d'un décalage entre les constats relevés lors de la visite sur site et le pré rapport. Par ailleurs la qualité rédactionnelle n'est pas entièrement satisfaisante. Après corrections, l'équipe de Direction et encadrante est en accord avec les conclusions générales apportées au rapport final de l'évaluation externe du SSIAD d'Antrain.</p>