



SANTÉ ET SOLIDARITÉ DU VAR

**RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE
DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE
SANTÉ ET SOLIDARITÉ DU VAR**

SSIAD Santé et Solidarité du Var
Espace France Europe
1328 Chemin de la Planquette
83951 LA GARDE
Correspondant : Monsieur PERDIGAL, Directeur
Tél : 04. 92.27.50.50

Explor'Conseil 12 impasse Matelot Gauthier 83400 HYERES N° habilitation ANESM : H 2011-07-802

PLAN DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

I.	PARTIE 1 : INTRODUCTION	4
A.	Eléments de cadrage	4
B.	Données chiffrées.....	8
II.	PARTIE 2 : DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D'EVALUATION EXTERNE	8
A.	Méthodologie appliquée	9
B.	Détermination du cadre et du questionnaire évaluatifs.....	10
C.	Sources d'information et outils associés.....	12
D.	Difficultés rencontrées	15
III.	PARTIE 3 : DEVELOPPEMENTS INFORMATIFS.....	16
A.	Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet de service et l'organisation de la qualité.....	16
B.	L'ouverture du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique	27
C.	La personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers et leur famille	31
D.	La garantie des droits des usagers et la politique de prévention et de gestion des risques	38
E.	Les hypothèses de départ ou portes d'entrée de l'évaluation externe	50
IV.	PARTIE 4 : RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE	51
A.	Porter une appréciation globale.....	55
B.	Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne.....	58

C.	Constater les modalités de prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles	63
D.	Examiner certaines thématiques et registres spécifiques.....	64
V.	SYNTHESE	66
VI.	PROPOSITIONS OU PRECONISATIONS	72
VII.	ANNEXES.....	76

Annexe 1: Contrat de prestation pour le processus évaluatif

Annexe 2: Composition de l'équipe

Annexe 3: Charte déontologique des évaluateurs

Annexe 4: Calendrier de réalisation

Annexe 5: Feuille d'émargement des réunions et Comités de suivi et de lecture

Annexe 6: Référentiel ARESSAD

Annexe 7: Documents consultés

Annexe 8: Plans d'évaluation

Annexe 9: Documents qualité

Annexe 10: Abrégé du rapport

Annexe 11: Enquête de satisfaction sur le processus évaluatif

I. PARTIE 1 : INTRODUCTION

A. *Eléments de cadrage*

Raison sociale Coordonnées Siège	SSIAD « Santé et solidarité du Var » Espace France Europe 1328 chemin de la Planquette 83951 LA GARDE 04.94.27.52.52 ssiad-lagarde@orange.fr www.sante-solidarite-var.fr
Statut	Association Loi 1901 à but non lucratif
Objet social	L'association a deux objectifs : - Faire bénéficier de soins à domicile les malades dont la présence en milieu hospitalier ne s'impose pas ou ne s'impose plus mais qui ne peuvent recevoir de leur entourage tous les soins que nécessite leur état de santé (HAD et SSIAD) - Apporter à des malades ou des personnes âgées ou handicapées l'aide possible morale et matérielle dont ils peuvent avoir besoin du fait de vie matérielle médiocre
N° SIREN/SIRET	328 024 815/ 328 024 815 000 99
N° FINESS	FINESS entité juridique : 83 000 185 5 FINESS principal : 83 020 708 0 FINESS SSIAD Antenne : 83 001 999 8
Catégorie	354- service de soins à domicile

Autorisations préfectorales	- JO 1982 - Autorisation de 35 places le 21 janvier 1983 - Autorisation d'extension de 15 places pour PA en date du 1^{er} juillet 2008 - Autorisation d'extension de 45 à 60 places en date du 1^{er} juillet 2008 - Autorisation de 8 places PH du 1^{er} septembre 2008 - Autorisation d'extension de 60 à 80 places et PV du 3 février 2009 - Autorisation de création de 43 places du 15 novembre 2012 (site annexe de La Seyne pour 35 places et sur le canton de Pignans pour 8 places) - Autorisation de 10 places pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ESA à La Seyne) du 10 juin 2013
Président	- Monsieur KURTZEMAN Bruno
Directeur Infirmières coordinatrices	- Monsieur PERDIGAL Jean Bernard - Madame MORTREUX Sylvie (La Garde) - Madame DELEMOTTE (La Seyne) - Madame SERRANO Lucie (Brignoles)
Capacité	-80 places personnes âgées sur le site principal de La Garde -8 places personnes handicapées sur le site

	principal de La Garde -10 places ESA à La Seyne -36 places pour personnes âgées sur un site annexe de La Seyne -7 places pour personnes âgées sur un site annexe de Brignoles	
Mode de tarification		
Zone géographique d'intervention	<i>Antenne principale</i> : Quartier est de la ville de Toulon, La Valette du Var, La Garde, Le Pradet, La Crau, La Farlède, Le Revest les Eaux, Solliès-Ville, Solliès-Toucas et Solliès-Pont <i>Antenne de La Seyne</i> : Le Beausset, La Cadière d'Azur, Le Castellet, Evenos, Ollioules, Riboux, Saint Cyr sur Mer, Bandol, Sanary sur Mer et Signes <i>Antenne de Brignoles</i> : canton de Pignans : Pignans, Cabasse, Flassans sur Isole, Besse sur Isole, Gonfaron, Carnoules	
Caractéristique du territoire	Milieu urbain et rural.	
Date d'ouverture	1983	
Nombre d'ETP accordés	La Garde : 1 ETP IDEC 2 ETP IDE 1,5 ETP administratif 16,6 ETP AS	

	Brignoles : 0,25 ETP IDEC (0,75 ETP sur l'HAD) 1,6 ETP AS La Seyne : 0,75 ETP IDEC 0,57 ETP secrétaire 1 ETP IDE 7,15 ETP AS	Total : 2 ETP IDEC 3 ETP IDE 1,57 ETP secrétaire et 0,50 ETP comptable 25,35 ETP AS
Convention collective applicable	Convention Collective de la FEHAP 51	
Horaires d'ouverture des bureaux	Du lundi au vendredi de 9h à 17h. En dehors des heures d'ouverture, un répondeur indique les services d'urgence	

Le cadre réglementaire :

Les SSIAD font partie des établissements et services sociaux et médico-sociaux au sens de l'article L312-1, 6°) et 7°) du Code de l'action sociale et des familles. Les règles qui régissent le fonctionnement des SSIAD sont :

Code de l'action sociale et des familles

Décret N° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées

Circulaire N° 81-8 du 1^{er} octobre 1981 relative aux services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées

Décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile

Circulaire du 28 février 2005 qui précise les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile

Loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Circulaire N° DGCS/SD3A/2011/110 du 2 » mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du Plan Alzheimer

Arrêté du 28 février 2011 portant application du I de l'article R 314-50 du code de l'action sociale et des familles pour les services mentionnés au 6° du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles exerçant une activité d'équipe spécialisée Alzheimer intervenant à domicile.

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Les orientations sur le territoire :

- Le Schéma des solidarités départementales enfance, autonomie et insertion du Var 2014-2018
- Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale 2012-2016 de la région PACA
- Le programme régional de santé PACA 2012-2016

- Le programme interdépartemental d'accompagnement des Handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2014-2017

Les missions du service:

La mission du SSIAD est d'assurer « ***A toute personne fragilisée par l'âge, la maladie, le handicap faisant le choix de vie de rester à son domicile ou dans un établissement d'hébergement non médicalisé, de réaliser sa volonté, en lui garantissant une autonomie maximale, un accompagnement jusqu'au terme de sa vie, dans le respect de son intimité en apportant une aide aux personnes de son entourage, qui contribuent, par leur action, à la réalisation de ce choix de vie*** ». Dans le but de :

- « Maintenir la personne âgée à domicile afin de prévenir ou retarder l'état de dépendance évitant ainsi leur admission en établissement d'hébergement et/ou de soins
- Faciliter le retour à domicile à la suite d'une hospitalisation
- Eviter une hospitalisation ou un placement lors de l'apparition de la dépendance ou lors d'une affection pouvant être traitée à domicile. »

Les valeurs de l'association :

« La qualité de l'hôpital, la sérénité et le confort de votre domicile»

B. Données chiffrées

L'activité sur les 3 dernières années est de :

	2009	2010	2011	2012
Nombre de jours	16423	22135	21770	27355
File active	48	67	68	83
Age moyen des patients	79	80	77,4	78,5

Le SSIAD réalise une augmentation de son activité en 2012 de + 25,5% avec un taux d'occupation de 85,5%, soit 75 patients (60 patients en 2011) pour 88 patients financés.

L'évolution du public sur les 3 dernières années:

Entre 2009 et 2012, la typologie des patients semble constante, avec cependant un accroissement régulier des besoins en soins infirmiers de ville, et des va-et-vient entre le service et les structures hospitalières du secteur.

En 2012, la prise en charge en GIR était conforme à celle relevant des missions du SSIAD avec une légère hausse du GMP moyen de 648 (645 en 2011) ce qui reste inférieur à la moyenne nationale 680.

La moyenne d'âge des patients est de 78,5 ans (78 en 2012, 77 ans en 2011), elle est peu élevée étant donné la prise en charge de jeunes personnes handicapées. Elle est plutôt proche des 80 ans pour les antennes de La Seyne et de Brignoles.

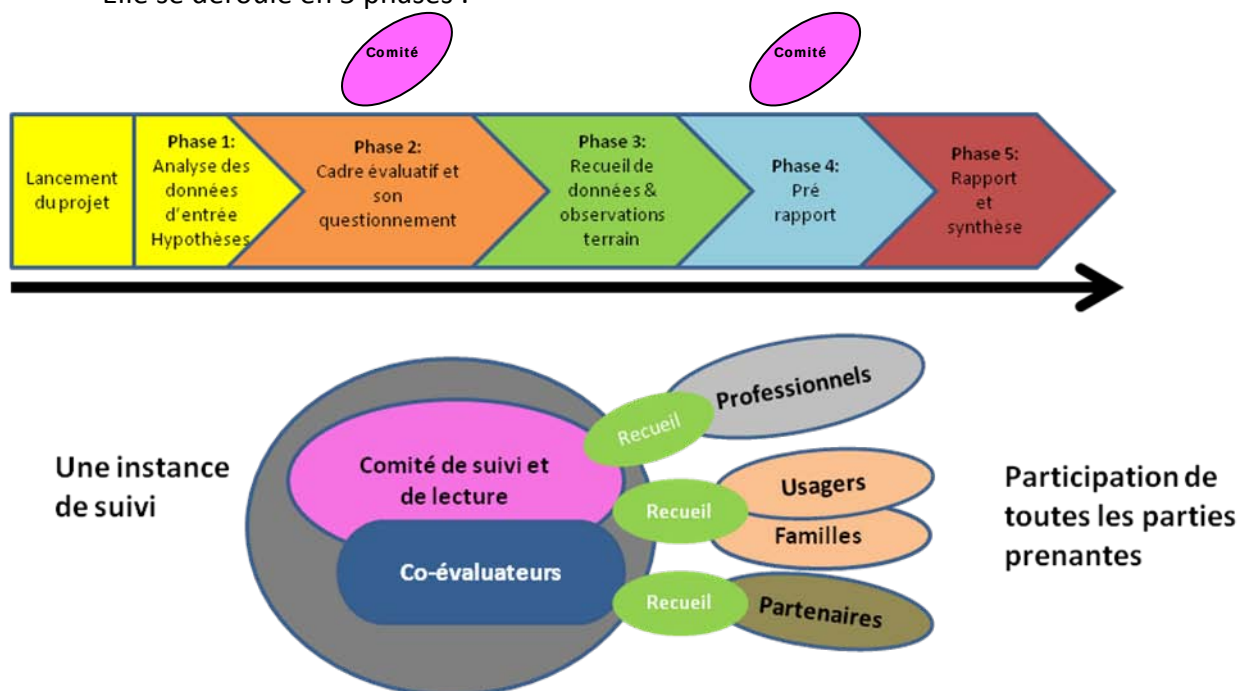
Le taux d'occupation des places PH est en 2014 optimal grâce au partenariat avec les appartements des APF.

II. PARTIE 2 : DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D'EVALUATION EXTERNE

A. Méthodologie appliquée

- La **méthodologie de la société Explor'Conseil** est conforme aux exigences du chapitre IV de l'annexe 3-10 fixant le cahier des charges de l'évaluation externe et dans le respect des principes de la loi 2002-2 ainsi que des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

Elle se déroule en 5 phases :



Phase 1 : Contractualisation, organisation et planification. Recueil et examen des documents généraux. Hypothèses ou questions de départ

Phase 2 : Elaboration du cadre et du questionnement évaluatif par le **Comité de suivi et de lecture N°1**. Finalisation des plans d'évaluation

Phase 3 : Evaluation sur site avec la sollicitation de toutes les parties prenantes. Restitution à chaud

Phase 4 : Elaboration des pré-rapports. Lecture croisée. Confrontation des points de vue en **Comité de suivi et de lecture N°2**

Phase 5 : Elaboration et transmission du rapport. Enquête de satisfaction

- **Le comité de pilotage et de lecture**

- ***Son rôle***

- ✓ Garantir le bon déroulement de l'évaluation externe
 - ✓ Définir les modalités de communication interne et externe et veiller à leur application
 - ✓ Elaborer et valider le cadre de référence et le questionnaire évaluatif élaborés
 - ✓ Valider les sources de données choisies pour l'évaluation sur site
 - ✓ Evoquer les éventuelles contraintes et points bloquants afin de trouver des solutions
 - ✓ Faire remonter les questions de méthode qui se posent éventuellement
 - ✓ Recueillir la restitution de l'évaluation sur site et confronter les points de vue
 - ✓ Assurer une lecture croisée du pré-rapport et finaliser le plan d'action
 - ✓ Répondre au questionnaire de satisfaction sur le déroulement de l'évaluation externe

- ***Sa composition : 9 personnes***

- ✓ Représentants de la direction (Direction, Adjointe de direction RRH/RAQ, Assistante Qualité GRD, IDEC de La Garde et de La Seyne)
 - ✓ Représentants des différents corps de métier (Aide soignant, infirmier, secrétaire)
 - ✓ Représentant des usagers et du Conseil d'Administration

B. Détermination du cadre et du questionnaire évaluatifs

Les évaluations, interne et externe, définies dans le cahier des charges fixé par le Décret 2007-975, portent sur les activités et la qualité des prestations délivrées.

Les champs de l'évaluation externe sont les mêmes que ceux de l'évaluation interne afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur le service (Chapitre I, section 2 de l'annexe 3610 fixant le cahier des charges de l'évaluation externe).

Pour faciliter la construction du cadre de référence et du questionnaire évaluatif lors du premier comité de suivi et de lecture, la société Explor'Conseil a créé **des fiches de lecture des recommandations de bonnes pratiques professionnelles** de l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux) ainsi qu'un **cadre de référence de base**, intégrant les exigences de l'évaluation externe et de la réglementation en vigueur.

Les 3 parties du **référentiel ARESSAD**¹ (Pratiques professionnelles et ressources ; Coordination et organisation ; Mesure, analyse et amélioration) intègrent sans les distinguer comme tels, les deux volets réglementaires (Chapitre I section 2 de l'annexe 3-10 fixant le cahier des charges de l'évaluation externe) : l'un relatif aux droits de usagers (volet commun), l'autre relatif aux logiques d'action et axes de travail propres au SSIAD (volet spécifique).

Le cadre de référence et questionnaire évaluatif retenus pour la réalisation de l'évaluation externe ont donc été ceux du référentiel ARESSAD afin d'apprécier l'évolution et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu. Puis certains items proposés par Explor'Conseil et validés par les membres du comité de suivi et de lecture (Items pas assez développés ou manquants dans le référentiel ARESSAD) ont été ajoutés pour la démarche d'évaluation externe, à la fois pour le volet commun et le volet spécifique (**ANNEXE 6**).

D'autre part, lors du premier comité de suivi et de lecture, les membres ont retenu **8 portes d'entrée ou hypothèses de départ** au regard de l'avancée du plan d'action de l'évaluation interne et des priorités du service :

- **N°1 : La pertinence et l'efficacité des transmissions écrites**
- **N°2 : L'adéquation de la formation des professionnels avec l'évolution de la typologie du public**
- **N°3 : Sécurisation des informations et facilitation de la réactivité via la dématérialisation des documents papier**
- **N°4 : Gestion et conduite du changement au regard du contexte en évolution constante**
- **N°5 : Prévention des risques liés à la santé inhérent à la vulnérabilité des usagers (escarres) et repérage des chutes, de la dénutrition, des troubles de l'humeur et du comportement**
- **N°6 : Maintien de la continuité de service**
- **N°7 : Modalités de coopération et de coordination entre SSIAD**
- **N°8 : Participation des usagers et de l'entourage**

¹ Association des Responsables Et Salariés des Services de soins A Domicile

Le service ayant impulsé depuis l'évaluation interne une démarche d'amélioration continue, les membres du comité de suivi et de lecture ont souhaité interroger l'effectivité des transmissions écrites ainsi que la sécurisation des informations et leur dématérialisation. Le SSIAD de La Garde a comptabilisé un certain nombre d'accidents de travail, une étude et analyse fine est en cours afin d'en repérer les causes. Deux portes d'entrée sont consacrées à d'éventuelles causes de cette augmentation du taux d'absentéisme : l'adéquation de la formation à l'évolution du public, puis la gestion et conduite du changement au regard du contexte en évolution constante. La 5ème porte d'entrée est en lien avec la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes » qui préconise le repérage des risques inhérents à la situation de vulnérabilité, points qui n'a pas fait l'objet d'un développement avec le référentiel ARESSAD. Etant donné l'augmentation importante de la capacité du SSIAD avec la création de deux antennes sur un territoire étendu, le maintien de la continuité de service sur l'ensemble des sites, et les modalités de coopération et de coordination entre SSIAD « partenaires » seront interrogés. Pour finir, la participation des usagers et de l'entourage sera la dernière porte d'entrée.

Le référentiel a donc été développé en conséquence avec l'ajout de questionnements évaluatifs.

C. Sources d'information et outils associés

- **Documents remis et/ou consultés sur place (Liste en ANNEXE 7)**

Le contenu de certains documents obligatoires ont été exploités à l'aide de grilles d'analyse afin de vérifier leur conformité au regard de la réglementation en vigueur:

- « Grille d'analyse du livret d'accueil »
- « Grille d'analyse du règlement de fonctionnement »
- « Grille d'analyse du rapport de l'évaluation interne »
- « Grille d'analyse du projet de service »

- **Référentiel de l'évaluation interne**

Le référentiel ARESSAD a été utilisé pour la réalisation de l'évaluation interne.

- **Recommandations utilisées, en lien avec l'activité d'un SSIAD :**

- ✓ Le questionnement éthique dans les ESSMS
- ✓ Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service
- ✓ L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social
- ✓ Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance
- ✓ Ouverture de l'établissement à et sur son environnement
- ✓ Les attentes de la personne et le projet personnalisé
- ✓ La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre
- ✓ Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées
- ✓ 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

- **Observations**

- Aménagement et utilisation des locaux
- Visites à domicile
- Transmission journalière
- Panneaux d'affichage
- Planning
- Dossiers patients et salariés
- Différents classeurs

Consultation des documents sur place avec l'appui d'une « **grille de consultation des documents** », répertoriant les outils existants et les points à vérifier.

- **Interviews**

- Membre du Conseil d'Administration (Président)
- Salariés (Représentants de tous les métiers)

→ Patients et familles

→ Partenaires (Directeur APF, responsable de secteur VARSEF, responsable administrative du SSIAD de Sanary)

Entretiens menés avec l'appui des 7 grilles suivantes :

- « Grille d'entretien Direction, assistante qualité, IDEC »
 - « Grille d'entretien IDE»
 - « Grille d'entretien AS»
 - « Grille d'entretien patient»
 - « Grille d'entretien famille»
 - « Grille d'entretien partenaire»
 - « Grille d'entretien Président»
- **Sollicitation de toutes les parties prenantes tout au long de la démarche**

 **En phase 1 et 2 :**

- **Partenaires, patients et familles :** Un courrier a été envoyé aux partenaires et patients pour les informer du démarrage de l'évaluation externe et de la possibilité de faire remonter au SSIAD leurs observations.
- **Professionnels :**
 - Les membres du comité de suivi et de lecture N°1 sont représentatifs du service (**ANNEXE 5**)
 - Les salariés ont été informés du déroulement de l'évaluation externe par les communiqués qualité et lors des réunions internes
 - Les plans d'évaluation (**ANNEXE 8**) expliquant le déroulement du recueil sur site ont été communiqués dès leur finalisation.
 - Les membres du comité de suivi et de lecture ont eu la responsabilité de restituer oralement le contenu du premier comité de manière à lever toute inquiétude au sein de l'équipe sur le processus de l'évaluation externe.
- **Gouvernance et représentation des usagers :** Participation au premier comité de suivi et de lecture.

🚦 **En Phase 3 :** Interview de toutes les parties prenantes : Membres du Conseil d'Administration, encadrement, fonctions supports, différents métiers, patients et leurs familles, partenaires (patients, familles et partenaires ont été sélectionnés par Explor'Conseil à partir d'une liste préétablie par le service) suivant le plan d'évaluation validé par le comité de suivi et de lecture N°1 (**ANNEXE 8**).

La restitution à chaud s'est déroulée en présence de la direction, de l'Adjointe de direction RRH/RAQ et de l'Assistante qualité et gestion des risques avec comme appui méthodologique la matrice SWOT (forces, faiblesses, menaces, opportunités).

🚦 **En Phase 4 :**

- Envoi du pré-rapport au moins 7 jours avant le comité de pilotage et de lecture et mise à disposition du document dans le service pour permettre une lecture par les salariés interviewés et les membres du comité de suivi et de lecture. Un retour des commentaires a été envoyé par mail au cabinet Explor'Conseil avant le deuxième comité de suivi et de lecture afin de lister les points de débat.
- Deuxième comité de suivi et de lecture dont les membres sont représentatifs du service, avec la participation d'un membre du Conseil d'administration et de représentant des usagers.

D. Difficultés rencontrées

Lors du recueil sur site, le service s'est rendu disponible pour les 2 évaluateurs et a répondu à leur demande en toute transparence, avec une salle dédiée, la mise à disposition de la salle de réunion, et une connexion au serveur permettant de consulter l'ensemble des documents du SSIAD. L'implication des responsables a été constante tout au long du processus évaluatif.

Les difficultés rencontrées concernent la gestion du temps, l'échantillonnage, une perception négative du pré-rapport lors de sa première lecture.

- L'organisation des entretiens par les évaluateurs a privilégié l'antenne principale étant donné le développement récent des deux autres sur La Seyne et Brignoles ainsi que de l'Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA).
- Les évaluateurs ont souhaité interroger à distance quelques patients, familles et partenaires des deux nouvelles antennes. Les rendez-vous téléphoniques ont été réalisés. Aucun patient de l'antenne de Brignoles n'a souhaité être contacté du fait du peu de recul et connaissance du SSIAD (petite capacité de 8 places).

- La méthodologie prévoit initialement 3 à 5 portes d'entrée. Lors du premier comité de suivi et de lecture, chaque partie a proposé 4 hypothèses de départ. Le choix des évaluateurs a été de répondre positivement aux différentes attentes étant donné l'implication de la structure dans la démarche tout en ayant conscience du risque de ne pouvoir approfondir totalement l'ensemble des portes d'entrée.
- L'estimation du temps a été minimisée par les évaluateurs pour les interviews des patients à domicile.
- Le pré-rapport a été perçu négativement lors sa première lecture. Neuf points ont fait l'objet d'un débat durant le deuxième comité de pilotage et de suivi afin de confronter les points de vue. Chaque partie a pu s'exprimer et argumenter, des éléments de preuve complémentaires ont été apportés. Il a été décidé que les termes « points faibles » soient remplacés par « points d'effort » dans les tableaux récapitulatifs de chaque chapitre.

III. PARTIE 3 : DEVELOPPEMENTS INFORMATIFS

Dans ce chapitre, nous allons traiter du diagnostic de la situation afin d'éclairer sur le projet, les buts poursuivis et l'organisation mise en place.

A. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet de service et l'organisation de la qualité

L'association « Santé et Solidarité du var » a souhaité réaliser un projet d'établissement commun aux différents services. Il émane d'un travail de six mois, sur un mode participatif et pluridisciplinaire, avec le concours d'une dizaine de professionnels (« *de plusieurs mains* »). Il a été relu et validé en instances modulaires de manière à ce que chacun s'approprie les axes d'amélioration les concernant. Pour la direction, il s'agit d'un outil de pilotage qui donne un cap (réajustable dans le temps), telle une boussole et qui se veut être le plus évolutif possible.

Ce projet d'établissement très complet, est constitué de 12 parties :

- Contexte général
- Organisation générale et management
- Projet médical du service HAD
- Projet pharmacie de l'HAD

- Projet de soins du service HAD
- **Projet de service du SSIAD**
- Gestion des ressources humaines
- Droits et devoirs
- Le système d'information
- Logistique et technique
- Qualité, gestion des risques et développement durable
- Conclusion

La croissance de l'association a nécessité non seulement un renouvellement du Conseil d'Administration avec l'intégration de nouvelles compétences, riches et complémentaires (experts issus du milieu bancaire, du bâtiment...), la mise en place de réunions plus structurées mais également la mise en place d'un nouveau modèle organisationnel.

De part la répartition de son activité, le projet d'établissement 2013-2017 est très axé sur le fonctionnement et l'organisation de l'Hospitalisation à Domicile (HAD), le préambule évoque d'ailleurs uniquement l'HAD. Le SSIAD est présenté principalement dans un chapitre spécifique : « Projet de service du SSIAD » dont il manque un certain nombre de données : mission, prestations, évolution de la population.

La charte des droits et liberté de la personne accueillie et celle de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement sont évoquées dans la partie « droits et devoirs ». Le projet individualisé, le dossier de soin, le questionnaire de satisfaction et la personne qualifiée sont présentés dans la partie dédiée au SSIAD.

Le projet d'établissement et l'élaboration d'un plan d'amélioration est connu des salariés interviewés même s'ils évoquent ne pas en maîtriser parfaitement le contenu. Ils retiennent surtout la présentation annuelle par le directeur avec un bilan de l'année. Une personne a témoigné que le projet d'établissement a permis d'améliorer les pratiques et de repérer qu'il existait des axes d'amélioration. Par contre, les nouveaux salariés ne semblent pas informés de son existence. Certains salariés ont cité l'existence de notes de service, de comptes-rendus des réunions affichés et/ou reçus par mail sur le portable. Le projet d'établissement est accessible par tous les salariés via la gestion documentaire ou le site internet.

Le projet d'établissement, bien que mis en ligne sur le site internet, n'est pas connu par les patients et familles interviewés sauf par le représentant des usagers, également membre du Conseil d'Administration. Il considère que le projet d'établissement permet d'avoir des caps, qu'il a un rôle pédagogique au niveau des salariés et qu'il contribue à l'adhésion et cohésion autour du patient.

Les axes d'amélioration énoncés pour le projet de service du SSIAD:

Orientations	Objectifs	Réalisation
Mettre en œuvre les évaluations internes et externes du SSIAD	Préparer l'évaluation externe qui fera suite à cette première phase et qui est prévue dans le courant de l'année 2014	Fait
	Se mettre en conformité avec la loi	Fait
	Impulser une démarche qualité en continu, en répondant aux axes d'amélioration qu'elle aura mis en avant Les résultats de l'évaluation interne nous guideront pour déterminer la priorité des actions à mettre en place.	Plan d'amélioration rédigé et suivi
Réorganiser le management du travail des équipes	L'augmentation de capacité d'accueil nous a amené à réfléchir sur une nouvelle organisation du service et le management des équipes en 2012. L'objectif étant de modifier l'organisation des tournées et les horaires, et ce afin de répondre à l'augmentation de notre capacité d'accueil, tout en tenant compte des demandes des équipes du terrain et de bénéficier de temps plein. Celle-ci devra au cours de l'évolution de l'activité du SSIAD, évoluer et s'adapter.	Fait Les effectifs augmentent en fonction du taux d'occupation. Une nouvelle IDEC a pris ses fonctions à La Garde et fait un binôme très complémentaire et constructif avec la secrétaire. Une IDEC a été recrutée pour l'antenne de La Seyne et une IDEC de l'HAD gère l'antenne de Brignoles.
Améliorer la communication en interne	Pour une meilleure information des professionnels du terrain, sur la vie du service, des réunions ont été mises en place sur le temps de travail (nouvelle organisation). Objectif : Communiquer, informer et répondre sur : - L'organisation et la prise en charge de l'utilisateur - La transmission et la remontée d'information - Les difficultés rencontrées par les soignants D'autre part, les entretiens annuels d'évaluation sont assurés par l'IDEC du SSIAD en binôme avec la RRH de l'Association. Ceux-ci permettent de fixer les objectifs à atteindre, de mieux connaître les projets professionnels, les besoins en formation et ce afin de personnaliser l'accompagnement des soignants du service.	Fait Des réunions ont été organisées dans le cadre de l'évaluation interne. Les entretiens annuels d'évaluation ont été conduits par la RRH et l'IDEC.

Orientations	Objectifs	Réalisation
Optimiser l'accueil du nouvel arrivant	SSV a toujours mis l'accent sur l'accueil des nouveaux arrivants et souhaite poursuivre ce tutorat dans le respect du nouveau cadre législatif en la matière. Par ailleurs, un travail du service RH en lien avec les IDEC du SSIAD, le cadre de santé, l'EOH, le service qualité et l'informaticien, devra être mis en place concernant le « livret d'accueil du nouvel arrivant », destiné à tout nouveau salarié.	Un tutorat informel se met en place ; L'IDEC repère lors du recrutement les soins non acquis et fait réaliser des doublures avec un soignant qui maîtrise la technique. 3 ou 4 soignants jouent régulièrement ce rôle de tuteur informel. Le livret d'accueil du nouveau salarié est en cours de réalisation
Optimiser les transmissions	L'objectif principal est de sensibiliser sur l'importance des transmissions sur le dossier de l'usager au domicile et en interne (cahier de transmissions + logiciel APOZEME). Cette sensibilisation est réalisée par l'IDEC lors des réunions avec les soignants. SSV projette de mettre à disposition un ordinateur aux soignants afin que ces transmissions soient tracées informatiquement directement par eux (cela évitera un travail double).	L'IDEC a réalisé un travail important de recentralisation des données de chaque patient à la fois sous forme papier et informatique. Les ordonnances, des photos sont enregistrées dans le fichier patient dans Apozème. Toutes les transmissions font l'objet d'un compte-rendu, les nouvelles informations sur chaque patient sont ensuite saisies dans leur fichier informatique. Un ordinateur est mis à disposition des soignants pour saisir directement sur Apozème. Ils n'ont pas encore le réflexe ni la disponibilité pour le faire.
Mettre en place une gestion documentaire SSIAD	Une gestion documentaire spécifique aux documents utilisés au SSIAD SSV sera mise en place par le service qualité, en lien avec l'IDE coordinateur du SSIAD. Ceux-ci sont et seront régulièrement évalués pour les améliorer et/ou les adapter si nécessaire. SSV a pour objectif de mettre un ordinateur à disposition des soignants afin qu'ils puissent la consulter facilement.	La gestion documentaire et un ordinateur sont mis à disposition des soignants.
Optimiser la prise en charge de l'usager	Nous souhaitons : - Pérenniser la mise en place d'une formation annuelle ou biannuelle, destinée à tous les soignants. Le choix du thème serait au carrefour des priorités émanant du terrain, des débats nationaux et/ou des besoins de réactualisation des connaissances (droit en santé, bientraitance, maladie d'Alzheimer, Gestion des conflits...) et permettrait d'accroître la compétence du service. Pour exemple, en 2012, tout le personnel du SSIAD a pu suivre la formation sur la	Un plan de formation complet est mis en place avec des formations spécifiques au SSIAD. Les salariés du SSIAD bénéficient également des formations programmées pour l'HAD

Orientations	Objectifs	Réalisation
	« bientraitance » ce dispositif devra se poursuivre. - Poursuivre les formations inter SSIAD/HAD - Travailler sur la prévention des risques (gestes et postures, sécurité routière...). En effet, les statistiques établies selon les fiches de déclarations, indiquent un taux important de TMS. Nous souhaitons établir une conduite à tenir à ce propos : aménagement du domicile et/ou sensibilisation de l'utilisateur et/ou de l'entourage. - Finaliser les protocoles généraux de soins et conduite à tenir (ex : soins de sonde vésicale, décès à domicile...).	
Développer la diversité des prises en charge	L'existence de réseaux gérontologiques bien organisés garantit à la prise en charge un retour à domicile assorti de l'ensemble des services sociaux ou sanitaires dont elle a besoin au sortir d'un hébergement temporaire ou d'une hospitalisation et par conséquent lui permet de disposer d'un éventail d'intervenants dont l'action diffère ou rend inutile l'entrée en institution. C'est pourquoi, nous prévoyons des actions d'information auprès des services sociaux et des services hospitaliers.	Des mailings sont envoyés régulièrement aux différents partenaires et prescripteurs par la secrétaire.
Développer la coopération avec les partenaires extérieurs	Nous souhaitons : - Porter à la connaissance des associations d'aide à domicile, de l'utilisateur et/ou de l'entourage, les missions du SSIAD, afin de clarifier le rôle et les limites de chacun. - Optimiser le suivi avec les IDEL et l'élaboration, avec leur concours, d'outils pour renforcer notre coopération, nous permettra d'être informés de leur secteur d'exercice et de leurs interventions chez les bénéficiaires du SSIAD en temps réel. Un tableau de suivi optimisera la gestion prévisionnelle des encours. - Renforcer les liens avec les partenaires extérieurs (Hôpitaux, cliniques, services sociaux, équipe de l'APA du Conseil Général, CLIC, ESA, MAIA...) en organisant une ou deux rencontres par an.	Participation de l'IDEC de l'antenne de La Seyne aux réunions de concertation stratégique de la MAIA Littoral Ouest Var. Existence d'un travail de partenariat avec le CLIC, COMET et l'APF.
Optimiser l'animation et le suivi de projet	La démarche du projet de service du SSIAD sera diffusée à tout le personnel concerné. Afin que l'équipe puisse s'approprier le projet, nous envisageons la mise en œuvre des objectifs au travers d'un plan d'actions.	Des réunions de suivi ont été programmées en 2014 : formalisation du PAQ intégrant le projet d'établissement

Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet de service

Points forts	Points d'effort
☐ La direction a piloté l'élaboration du projet qui a fait l'objet de réunions stratégiques ☐ Le personnel est informé annuellement sur la conduite du projet ☐ Les usagers ont été associés à son élaboration par l'intermédiaire du représentant des usagers ☐ Les principaux textes de loi fondant la mission de l'établissement sont identifiés y compris sur le plan administratif et juridique ☐ Le projet fait référence aux politiques nationales, régionales et départementales ☐ Le projet est en conformité avec le projet de son secteur d'activité ☐ Les modalités d'organisation et de fonctionnement sont présentées (organigramme, structuration des services, organisation des moyens techniques et logistiques) ☐ Le projet social est développé ☐ Les objectifs de progrès sont formalisés ☐ Organisation de réunions de suivi	▪ Les partenaires directs du SSIAD n'ont pas tous été consultés pendant la conception du projet (cependant certains partenaires comme le CHITS, l'APF et l'hôpital d'Hyères font parti du Conseil d'Administration) ▪ Le contenu du projet de service du SSIAD n'est pas totalement conforme à la recommandation de bonnes pratiques « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » (Eléments manquants : L'évolution du public, les missions propres et prestations principales du SSIAD, les destinataires du projet, les modalités de consultation, le plan de communication interne et externe du projet, le dispositif de suivi et d'évaluation du projet, la planification et un suivi du plan d'action)

La démarche d'amélioration de la qualité :

La politique qualité est un axe important pour l'association « Santé et Solidarité du Var », elle fait l'objet d'une présentation détaillée dans le projet d'établissement en partie 11 « Qualité, gestion des risques et développement durable ». L'association est engagée dans une démarche de certification de l'HAD depuis 2003, elle s'est dotée d'un service qualité depuis 2007 avec un poste de Responsable de l'Assurance Qualité (RAQ) et des compétences d'une assistante qualité et gestion des risques depuis 2010 dans l'objectif de l'obtention de la certification de l'HAD en 2013. La démarche qualité de l'association est décrite dans un « manuel qualité » depuis 2011, disponible dans le bureau de l'assistante qualité et gestion des risques.

La politique d'amélioration de la qualité se décline en 5 orientations :

- La qualité et la sécurité des soins avec une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) qui se développe sur deux axes : La prise en charge et la sécurité des soins ; la maîtrise du risque infectieux
- La mise en œuvre d'un système reconnu de gestion de la qualité
- L'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité
- L'amélioration continue de la confiance des usagers
- La reconnaissance externe de la qualité des soins

Plusieurs instances pluridisciplinaires permettent de piloter la démarche d'amélioration continue. Celles qui sont en lien direct ou indirect avec le SSIAD sont:

- Un COmité de DIRection (CODIR) qui intègre le COmité de PILOtage (COPIL) où sont représentées les IDEC des antennes du SSIAD.
- Un Comité de pilotage de Développement Durable (COPIL DD)
- Un Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS)
- Un COmité de VigiLANces et des RISques (COVIRIS)
- Un Comité de LUtte contre la Douleur (CLUD)
- Une COMmission du Médicament Et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)
- Un Comité de Liaison Alimentaire et Nutrition (CLAN)
- Un Comité d'éthique

- Une Commission Médicale d'Etablissement (CME)
- Une Commission d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (CEPP)
- Une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQ) depuis 2007, avec un représentant du SSIAD titulaire et un représentant du SSIAD suppléant. Elle intègre également le Conseil de la Vie Sociale (CVS) avec deux ordres du jour distincts. Cette commission a pour objectif de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches, de veiller au respect du droit des usagers, de faciliter leurs démarches pour exprimer leurs avis auprès des responsables de l'établissement, d'entendre les explications de ces derniers, et enfin, d'informer les patients et les familles des suites données à leurs demandes.

Le SSIAD suit les recommandations et les directives de C2DS (Comité pour le Développement Durable en Santé) en réduisant au maximum les impressions papier des différents documents. Chaque fois qu'un nouveau document est créé ou est mis à jour, l'information est transmise par mail aux intéressés puis présentée en réunion lorsque cela concerne les soignants. Un effort d'informatisation, de recyclages des papiers et cartons, de sensibilisation aux « bons » gestes (covoiturage...) est fourni. L'association SSV possède 1 véhicule électrique, 2 à terme.

La mission de l'assistante qualité et gestion des risques s'est étendue au SSIAD de l'association depuis 2 ans, sans impact financier pour celui-ci, dans le but d'aider à piloter la démarche de l'évaluation interne et celle de l'évaluation externe. C'est donc l'HAD qui a apporté la culture qualité au SSIAD. La loi du 2 janvier 2002 a permis d'introduire cette notion de qualité dans le médico-social, ce qui contribue à une harmonisation des outils pour une appropriation massive et collégiale, même si ces derniers ne sont pas encore assimilés comme des outils du quotidien. Mais cela se met en place progressivement.

Une gestion documentaire a été créée pour le SSIAD. Les documents sont classés dans 6 onglets différents et accessibles sur les ordinateurs (**ANNEXE 9**):

- Organisation administrative
- Gestion des ressources humaines
- Risques et vigilances
- Organisation et Prise en Charge des patients
- Dossier soins
- Hygiène

Un communiqué qualité permet d'informer bi mensuellement les salariés sur l'avancée de certains dossiers. Les communiqués N° 11, 12 et 13 ont présenté la démarche d'évaluation externe. Le N° 10 a fait un rappel sur la gestion documentaire et les événements indésirables déjà évoqués dans le N°9.

Les Fiches d'Évènement Indésirables (FEI) sont communes à l'ensemble des services de l'association. Elles sont présentes dans les classeurs de soins au domicile des patients mais sont remplies uniquement par les professionnels. Elles sont ensuite remontées à l'IDEC, puis à l'assistante qualité et gestion des risques. Des réponses sont apportées et suivies par le responsable du service. Un suivi des événements indésirables et des accidents du travail (arbre des causes) est réalisé trimestriellement en CRUQ et CVS et en réunion de suivi des EI et AT. De plus, le bilan annuel de celui-ci est présenté et validé également en COVIRIS.

Une procédure déclaration incident et plainte sur RMES détaille la démarche à suivre par écrit ou via l'informatique pour les professionnels de l'association. Les événements indésirables sont tous à terme enregistrés informatiquement sur RMES qui est un logiciel permettant leur saisie et leur suivi. Un processus des plaintes et réclamations explique leur traitement et la possibilité de saisir un médiateur.

Les patients interrogés appellent l'IDEC dès le moindre problème. Dans le cas où ils n'obtiendraient pas de réponse, ils consulteraient alors les documents dans le classeur mais cela n'a pas été nécessaire pour l'instant. Le livret d'accueil indique la procédure à suivre pour faire remonter une plainte et/ou réclamation par le patient/entourage. Peu de fiches d'évènements indésirables (à destination des professionnels) ont été remplies pour le SSIAD, les deux seules concernaient l'agressivité des patients vis-à-vis des soignants.

Suite à la réalisation de l'évaluation interne, un plan d'amélioration qualité sécurité des soins a été rédigé en 2013 et 2014 pour le SSIAD. Il reprend également les axes d'amélioration du projet d'établissement. Son suivi a fait l'objet de 4 réunions en 2014.

Un questionnaire de satisfaction est envoyé aux patients chaque année avec une enveloppe T adressée au SSIAD de manière à faciliter les retours du questionnaire. La trame du questionnaire a été mise à jour en 2014, elle interroge la satisfaction de l'accueil, de l'équipe soignante, des intervenants libéraux. Le taux de retour a été de 38% en 2011, 52% en 2012 et 43% en 2013. Les résultats des 3 dernières années sont très majoritairement satisfaisants (83% en 2011 et 86,6% en 2013). Il semble que les soins aient été moins appréciés en 2013 qu'en 2011.

Des patients interviewés n'ont pas été destinataires du questionnaire de satisfaction mais ils sont parfois absents de leur domicile pour rejoindre leurs proches durant des périodes plus ou moins longues. Un soignant précise que le questionnaire de satisfaction tourne autour des soins, des

horaires, du relationnel, du suivi, de l'écoute. La remontée des résultats se fait par la cadre du service qui, en équipe, en tire des axes d'améliorations. Il existe un suivi par rapport aux problèmes rencontrés, comme par exemple, l'installation de draps de glisse chez certains patients.

Les doléances sont traitées au sein du CVS/CRUQPC. Il existe 3 référents représentant les usagers au sein de cette instance. La possibilité de saisie du CVS est indiquée dans le livret d'accueil.

Le dossier de soins SSIAD a été revu dans son intégralité en 2014. Une réunion a permis de déterminer la constitution et l'archivage du dossier patient, la constitution du dossier de soins, et de mener une réflexion sur la restitution du classeur soins. Depuis, la secrétaire et l'IDEC de La Garde ont mis à jour les différents dossiers et rassemblé toutes les données informatiquement (saisie des ordonnances après validation de la pharmacienne de l'HAD, photographies des rapports d'hospitalisation, des examens, des plaies,...). Un soignant parle d'un rôle qui a évolué avec un suivi administratif plus important : photos des ordonnances, avec sauvegarde sur PC, suivi des RDV ophtalmologie, cardiologie, etc.

Aujourd'hui, les informations sur Apozème pour chaque patient sont complètes et à jour. Les documents du classeur soins sont rapportés tous les 15 jours au SSIAD pour archivage, ou tous les mois pour les patients chez qui les passages sont moins réguliers.

Une salariée a témoigné de l'évolution positive du SSIAD, attestant que chaque problème est discuté pour trouver des solutions grâce à une écoute et une réactivité des professionnels fédérés autour d'un même objectif et d'une parole libre, quel que soit leur niveau hiérarchique. Il est constaté, à l'antenne de La Garde, que l'équipe est motivée et veut bien faire, et qu'à l'antenne de La Seyne, c'est une petite équipe à dimension familiale. Il existe une bonne entente entre le service qualité et la direction, ce qui démontre un engagement fort et crée une dynamique dans les équipes et les services avec globalement une attitude très positive et constructive. L'échelle humaine de l'association « Santé et Solidarité du Var » est compatible avec la démarche qualité.

La qualité des prestations a été confirmée par les patients qui parlent de compétences, de personnalités différentes mais qui ont su mettre à l'aise (*« y'a rien à voir avec les IDEL !!! » ; « je ne vois pas grand-chose à changer ; tout est très bien organisé ! C'est un véritablement soulagement d'avoir trouvé ce SSIAD » ; « Tout est fait pour le bien être de ma femme mais il manque des kinés dans cet établissement et les prises de sang sont faites par les laboratoires qui envoient d'autres infirmiers pas toujours agréables..... »*).

 L'organisation de la qualité :

Points forts	Points d'effort
☐ Mise à disposition des compétences de l'assistante qualité et gestion des risques depuis 2 ans ainsi que l'implication de l'adjointe de direction ☐ Une gestion des plaintes et des évènements indésirables ☐ L'existence d'un COVIRIS pour étudier annuellement ou semestriellement les évènements indésirables et d'autres instances pertinentes ☐ Existence d'une enquête de satisfaction ☐ Présence de nombreuses procédures, processus et fiches d'enregistrement avec une création interdisciplinaire ☐ Création d'une gestion documentaire ☐ Mise à jour des dossiers patients avec des informations complètes et fiables ☐ Organisation de l'archivage des dossiers ☐ Reconnaissance de prestation de qualité par les patients ☐ Attitude positive et constructive des salariés	☐ Le taux de retour des questionnaires de satisfaction a diminué entre les deux dernières années

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

Le projet d'établissement SSV présente les évolutions réglementaires nationales, régionales et spécifiques à l'association et précise comment ses services peuvent s'inscrire dans les orientations du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) et le Schéma Régional de Prévention.

L'association est adhérente à plusieurs fédérations : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP), Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile (FNEHAD), elle participe dans ce cadre à des réunions, des conférences.

Des conventions de partenariats ont été formalisées avec les établissements hospitaliers du secteur et des structures médico-sociales tel que le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC). Depuis 2008, l'association a intégré le GIP (Groupement d'Intérêt Public) COMET (COMmunauté d'ETablissement) qui regroupe onze établissements (CH Hyères, le centre médical MGEN action sanitaire et sociale Pierre Chevalier, l'IRF Pomponiana Olbia, le centre de Gériatrie Beauséjour, l'hôpital San Salvadour, l'hôpital Renée Sabran, le SSR Hélios Marin, la clinique Sainte Marguerite des Anges, le CH Pierrefeu, l'AVOSS, Santé Solidarité du Var et bientôt ADAPEI). Dans le cadre d'une collaboration avec APF (Association des Paralysés de France) depuis 2 ans sans formalisation d'une convention de partenariat, le SSIAD assure des soins, sous prescription médicale, aux résidents des appartements tremplins. L'association participe à des réunions du réseau COMET, à celle du COPIL qualité du centre de Gériatrie Beauséjour.

Les comptes-rendus d'hospitalisation sont encore difficiles à obtenir et la fiche de liaison présente dans le classeur de soins, est peu connue des patients qui n'ont pas le réflexe de l'emporter avec eux lors de leur hospitalisation. Parfois, ils amènent l'ensemble du classeur mais ne reviennent pas toujours avec celui-ci. Des conventions de partenariat sont signées avec les infirmiers libéraux, les pédicures. Il est à noter que le travail avec les kinésithérapeutes demeure difficile, les interventions sont souvent proposées sur le même créneau horaire que celui des soins.

La coordination des soins à domicile nécessite un travail en réseau et un partage des informations avec les professionnels de santé libéraux (médecins traitants, infirmiers, kinésithérapeutes) ainsi que les laboratoires, officines. C'est pourquoi le classeur à domicile détient un onglet réservé au médecin traitant et un onglet pour les autres intervenants. Malheureusement, ces parties sont très rarement remplies par ces professionnels. Les échanges avec les médecins généralistes sont facilités à l'antenne de La Seyne car il s'agit souvent des mêmes généralistes.

Les patients interviewés ont témoigné avoir été orientés par SOS médecins et une assistante sociale de La Garde. Le service est de plus en plus connu et reconnu sur le territoire.

Un travail est parfois instauré avec les auxiliaires de vie sociale. Les soignants écrivent parfois sur le cahier de liaison de ces dernières. Dans quelques situations, un cahier de liaison est instauré par la famille elle-même.

Une responsable de secteur Varsef témoigne de la collaboration avec le SSIAD SSV depuis l'ouverture de l'antenne de Brignoles, et de l'existence d'une convention plus ancienne avec l'HAD. Une famille décrit également un travail de partenariat entre les soignants du SSIAD et les aides à domicile de l'ASPA, ce qui est réconfortant pour elle car cela permet un vrai suivi tout au long de la journée.

Dans le cadre de la création de nouvelles places pour couvrir les zones prioritaires définies par la DT83 (Délégation Territoriale du Var), des antennes ont été créées à La Seyne Sur Mer et à Brignoles où étaient déjà installés des services HAD. Le procès verbal de la visite de conformité du 4 décembre 2012 indique que le SSIAD « devra intervenir en étroite collaboration et en soutien du SSIAD de Pignans : il devra intervenir en deuxième intention lorsque le SSIAD de Pignans ne pourra répondre à la demande (absence de places, prise en charge lourde). Une convention devra être signée afin de définir les modalités de collaboration entre les 2 SSIAD ». Par ailleurs, sur l'autre antenne, « Afin d'expliquer aux partenaires son aire d'intervention et son installation géographique administrative sur La Seyne, le gestionnaire devra se rapprocher du SSIAD La Quiétude à Sanary et du SSIAD Mutuelle de France ».

Une convention avec le SSIAD de la Seyne est en cours avec la nouvelle direction. Pour le SSIAD de Sanary, une convention avait déjà été signée avec l'HAD. L'IDEC du SSIAD de Sanary précise qu'il existe aussi une convention avec l'ESA du SSIAD SSV, elle ajoute que « *Santé Solidarité du Var a une véritable philosophie de service autour de l'écoute et de la rigueur* ». Son nouvel employeur, Médica France, a tout de suite souhaité ce rapprochement entre les 2 SSIAD. Une rencontre a permis de faire un état des lieux puisque les 2 services ont des secteurs d'intervention communs, puis de définir les zones « blanches » avec l'élaboration d'une convention qui donne la priorité au SSIAD de Sanary sur la communes de Sanary, et à SSV sur les autres municipalités environnantes. Ils ont également pensé à assurer des relais de prises en charge lors des congés de l'IDEC de Sanary, ou encore pour prendre en charge des vacanciers en séjour temporaire. Chaque nouvelle demande déclenche un appel entre les 2 SSIAD.

L'IDEC de l'antenne de la Seyne a rencontré physiquement les IDEC des 2 autres SSIAD du territoire lors d'une réunion de la MAIA de l'agglomération toulonnaise. Elles ont par la suite réalisé une visite mutuelle de leur service. L'antenne de La Seyne reçoit beaucoup d'appel pour intervenir sur la commune de La Seyne bien qu'elle ne fasse pas partie de sa zone géographique. Ces demandes sont systématiquement orientées vers le SSIAD de La Seyne. Inversement, si les demandes concernent Ollioules, le SSIAD de La Seyne les oriente vers le SSIAD SSV.

Concernant le canton de Pignans, une convention entre HAD et l'EHPAD Pins et Soleil qui porte le SSIAD a été signée. Les SSIAD entre eux n'ont pas encore conventionné.

Il existe en interne une véritable transmission des connaissances de l'HAD vers le SSIAD : l'HAD est une ressource pour le SSIAD ; la mutualisation des protocoles de soins s'est faite naturellement. L'HAD offre des possibilités de compétences complémentaires comme celles d'une pharmacienne, d'un service informatique, d'une DRH, d'un service financier, d'une assistante qualité ; elle apporte des prestations supplémentaires sur certains consommables, sur la gestion des déchets médicaux. Les moyens financiers des deux services ne sont pas similaires mais l'association s'efforce d'équiper correctement le SSIAD (téléphones individuels avec Bluetooth notamment pour se connecter aux véhicules, pour prendre des photos de documents, de plaies et se synchroniser avec le PC fixe du SSIAD etc....).

A l'antenne de la Seyne, les professionnels du SSIAD peuvent bénéficier des conseils de la psychomotricienne de l'ESA, les ressources internes sont utilisées.

Les patients bénéficient d'une offre intéressante et complémentaire, ils peuvent passer de l'HAD vers le SSIAD et l'ESA et vice versa. Un proche témoigne que sa femme a été prise en charge par l'HAD, puis par le SSIAD qui passe 2 fois/jour à des horaires réguliers, 10h et 17h.

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

Points forts	Points d'effort
☐ Inscription du service dans les différents schémas ☐ Implication importante dans les réseaux locaux et les fédérations existantes ☐ Les 3 antennes sont bien implantées sur leur territoire et reconnues ☐ Les modalités de travail avec les autres SSIAD ont été définies avec eux ☐ Le classeur de soins permet le partage d'information avec les autres professionnels ☐ Les ressources internes sont utilisées de façon optimale (HAD, ESA) ☐ Les patients ont une prise en charge variée et diversifiée (HAD, SSIAD, ESA)	

C. La personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers et leur famille

La secrétaire assure **l'accueil téléphonique** et tient un bloc note où elle enregistre les appels avec le nom de la personne et le motif de l'appel. Pour toute nouvelle demande, elle passe la communication à l'IDEC afin d'éviter à la personne de répondre plusieurs fois aux mêmes questions. Elle crée ce nouveau contact dans le logiciel Apozème où elle indique la suite donnée, précisant la prise en charge effective, ou un éventuel refus et ses motifs.

L'IDEC fait une visite de **pré-admission** au domicile de la personne, parfois avec une infirmière pour évaluer la situation de la personne, son environnement et présenter le SSIAD ; elle vérifie que le patient a bien une attestation de sécurité sociale, lui fait formuler ses attentes et ses besoins de manière à pouvoir lui indiquer les possibilités du service ou si nécessaire, celles du secteur (orientation vers une autre structure) ; elle explique le fonctionnement du service, les procédures, la liste des documents à fournir, les plages horaires (pas d'horaire fixe mais plutôt un ordre respecté) ainsi que l'intervention de personnels soignants différents. L'IDEC de La Garde écrit les propositions d'horaire formulées durant cette visite sur le livret d'accueil pour éviter par la suite toute ambiguïté ou contestation sur le respect des plages horaires. Une famille a témoigné qu'elle a eu un rendez-vous avec l'IDEC pour l'évaluation à domicile, qu'elle lui a remis un livret avec un contrat qu'elle a signé pour sa mère.

Une **notification d'admission** est effective après la détermination de la date de prise en charge, la signature du document individuel de prise en charge, du règlement de fonctionnement et de l'attestation « accords et autorisation », accompagnée de la transmission de l'attestation de sécurité sociale en cours de validité. Une personne de confiance est repérée et répertoriée. Le délai de prise en charge est assez rapide comme le précise une patiente « *Le délai de réponse à l'entrée a été plus que rapide ; on a eu la réponse du jour au lendemain, c'est à dire du 8 au 9/08/14 pour une arrivée le 11/08 et début des soins le soir même !* ».

Un **projet de soin individualisé** est élaboré.

La secrétaire constitue alors le dossier administratif et le dossier de soins de A à Z et enregistre les données dans Apozème. La partie administrative est complétée par la secrétaire et la partie paramédicale par l'IDEC.

Pour une première intervention, le personnel récupère au service un dossier avec plan descriptif, les pathologies et antécédents de la personne. Toutes les informations sont consultables dans le classeur de comptes-rendus de réunions, dans le cahier de transmissions et le classeur à domicile. Il peut obtenir toutes les informations recueillies sur Apozème grâce à un ordinateur mis à disposition des soignants, mais il n'a pas encore le réflexe de consulter ces données. Lors du premier soin, les soignants récoltent des informations supplémentaires qui sont complémentaires de celles recueillies durant la première évaluation. Ils font une démarche de soins pour vérifier l'état des capacités et de l'état cutané, évaluer le temps à prendre, et répertorier les habitudes de la personne.

Dans le classeur à domicile, il a été constaté la présence du **projet de soins individualisé** avec la formulation d'objectifs tel que « aide à la douche (perte d'équilibre) ». Même si la définition du projet de soins individualisé n'a pas toujours été donnée lors des entretiens, les soignants évaluent et réajustent quotidiennement les soins conformément aux objectifs de soins.

Les interventions tiennent compte systématiquement de la situation de la personne, de son état.

Une patiente évoque que malgré les difficultés de départ en lien avec sa pudeur et son appréhension, la mise en place des prestations s'est réalisée de façon impeccable, les soignants tiennent compte de sa fatigue, ils prennent le temps. Si elle est déprimée, ils sont très attentifs et à son écoute. Ses habitudes de vie sont respectées car ils passent en premier pour lui permettre ensuite d'aller faire ses courses, *« ils sont à l'heure et formidables »*. Elle appelle le service pour annuler une intervention lorsqu'elle ressent le besoin de faire une grasse matinée ou bien qu'elle est restée chez sa fille. Par contre, elle doit leur communiquer l'information avant la fermeture du service la veille, car les messages sur répondeur sont écoutés par la secrétaire bien après le démarrage des tournées. Le personnel lui explique systématiquement ce qu'il marque dans le classeur soins.

Pour un autre patient, le temps nécessaire à la manipulation et découverte d'un nouveau matériel a été pris. Les interventions ont inclus le temps d'éducation de l'épouse aux nouvelles installations, en complément de la présentation donnée par le fournisseur (effectuée sans une simulation avec le patient). Ce couple a témoigné d'une définition du type de soins suite à un questionnaire pour évaluer leurs besoins et leurs attentes. Au début, les interventions se déroulaient du lundi ou vendredi. Un an après, des interventions ont été rajoutées le week-end suite au rendez-vous avec l'IDEC qui a été mis en place dès la modification de leur situation. Ils ont eu le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement, mais ne les ont pas relus depuis. Dès qu'ils ont le moindre besoin, ils appellent l'IDEC qui est très réactive.

Un autre couple atteste que leur vie privée est respectée : *« j'avais demandé de ne pas passer avant 10h, et entre 10h et 12h. C'est ce qui est fait, rien à dire ! Ma femme n'est jamais bousculée. Il y a des soignants différents tous les jours, mais le suivi est correct. »*

Une famille précise également que les aides soignantes ont la gentillesse de s'occuper du petit déjeuner alors que ce n'est pas vraiment leur travail. Elle indique que « *les valeurs de ce service sont la compétence des salariés, leur attention, leur altruisme. Elles sont familières avec ma mère et ça aide aux bonnes relations avec elle* », « *Ils ont tenu compte des contraintes horaires pour organiser le passage des aides à domicile et du kinésithérapeute ; c'est important ! Les aides à domicile viennent à 12h pour le repas, il était donc intéressant que le SSIAD passe plus tôt, le matin, et plus tard le soir, pour espacer les repas.* »

Une aide soignante indique que les soins d'hygiène sont très personnalisés (bandes, TA, pansements...).

La secrétaire envoie une carte d'anniversaire à tous les patients.

Continuité de service

Les nouveaux salariés sont toujours doublés environ 1 à 1,5 jours, puis ils sont positionnés sur la même tournée durant une quinzaine de jours. Les doublures se réalisent généralement avec des soignants repérés comme des salariés ayant la possibilité de transmettre des connaissances et compétences. La secrétaire explique beaucoup de choses au fur et à mesure, notamment pour la gestion des documents.

A l'antenne de la Seyne, les infirmières libérales assurent les week-ends avec une lettre de mission, elles tracent ensuite leurs interventions dans le classeur à domicile. L'IDEC et une infirmière assurent les astreintes téléphoniques du week-end.

A l'antenne de Brignoles, il n'y a pas d'infirmière au sein du SSIAD, c'est celle de l'HAD qui assure la gestion des piluliers.

A l'antenne de La Garde, depuis septembre 2014, ce sont les infirmières du week-end qui gèrent les impondérables.

Un patient évoque un peu de flottement lors de l'intervention de CDD ou d'intérimaire, même s'il y a toujours eu des remplacements assurés. Il indique qu'il faut réexpliquer, redonner les consignes. Il comprend les contraintes du service mais aimerait pouvoir expliquer à uniquement 3 ou 4 personnes par semaine pour diminuer le stress que cela lui procure ainsi qu'à son épouse qui hésite à sortir durant les soins.

Une autre personne formule le souhait d'un même soignant le matin et le soir, au moins durant une journée entière pour qu'il y ait un meilleur suivi par exemple pour l'habillage (changement de linge pas assez régulier).

Pour pallier à cette difficulté, la direction expérimente actuellement un pool constitué de 2 aides soignantes en CDI, à 90% annualisées. Si l'essai est concluant ce pool devrait être doublé et peut être même étendu aux infirmières. C'est la DRH qui gère ce personnel afin de garder en réserve ces agents en cas de besoin et afin de ne pas risquer de les inclure à l'effectif ordinaire.

Les transmissions :

A domicile, le classeur de soin comprend : les numéros d'appel en cas d'urgence, la fiche de liaison pour une éventuelle hospitalisation, une partie administrative (évaluation autonomie avec la grille GIR, projet et formulaire de refus de soins, fiche d'évènements indésirables), une partie soins (diagramme de soins, échelle doloplus), une partie transmission (constat de refus de soins/ médecin / constantes : tension etc. /soins IDE/autres soins/ ordonnances/ laboratoire).

A l'antenne de la Garde, plusieurs outils sont disponibles dans le service pour les transmissions: un classeur avec les comptes-rendus des transmissions que les soignants signent après en avoir pris connaissance, un cahier de transmissions (date, soignant, patient, commentaire, visa, action réalisée), formulaire de coordination des usagers par ordre alphabétique et ce qui est nouveau (pathologie, traitement, nursing matin/midi et soir, soins IDE), un carnet de rendez-vous patients, des notes de service, un carnet de suivi des gants, des supports pédagogiques, le guide du nouveau salarié.

Des réunions quotidiennes permettent la mutualisation et l'harmonisation des pratiques et des savoir-faire autour de la personne soignée. Elles se déroulent à 16 h à 16h30 en présence de la secrétaire et de l'IDEC. Les infirmières y assistent le lundi, mercredi et vendredi. La réunion commence par la transmission des informations de la veille au soir jusqu'à 16h que la secrétaire a pris en direct tout au long de la journée et qu'elle rassemble sur une trame de compte-rendu. Elle prend note ensuite de tous les échanges durant la réunion pour compléter ce compte-rendu, qu'elle finalise à la fin de la transmission et met à disposition des salariés. Elle saisie ensuite toutes les informations dans Apozème dans le fichier de chaque patient. Les soignants s'appellent si besoin le soir pour échanger des informations.

Les retours des soignants restent insuffisamment ciblés, une formation sur les transmissions ciblées est programmée sur le plan de formation 2015.

Durant cette réunion le planning des tournées leur est distribué. Sur ce document recto verso, figurent le nom des patients pour chaque tournée y compris celle du bloc, les informations du jour ou surveillance particulière, la tournée IDE avec l'indication si elle réalise ou non la toilette. Un code sera prochainement mis en place pour permettre le repérage des différentes vulnérabilités par patient.

Un usager a témoigné que « *Tout est noté. Les observations sont nombreuses et riches, et utiles pour moi.* »

A l'antenne de la Seyne, il existe aussi le cahier de transmissions. Une réunion a lieu tous les lundis en fin de matinée avec la possibilité de l'intervention du personnel HAD ou de l'ESA pour apporter des informations complémentaires.

A l'antenne de Brignoles, les soignants sont équipés d'un téléphone qui leur permet de recevoir et d'envoyer des mails. Toutes les informations sur le patient sont envoyées à l'IDEC de l'HAD et au binôme. Elles se rencontrent une fois par semaine le mardi.

La coordination entre les différents professionnels du domicile

Pour l'accompagnement d'un patient handicapé pris en charge par l'APF, l'éducateur spécialisé organise des réunions à domicile avec l'usager et l'IDEC.

Un responsable de secteur témoigne que le SSIAD produit beaucoup d'écrits et que l'IDEC est joignable pour tout problème. Les services essayent de se mettre d'accord sur les horaires de passage pour que les intervenants ne se gênent pas et que la personne ait le plus de présence possible. Les transmissions se font par écrit dans les cahiers ; et il y a des réunions de coordination une fois par trimestre et plus si besoin, entre les 2 services.

Le suivi et l'évaluation des situations se font au quotidien. Les réajustements sont réalisés lors du moindre changement. Les aides soignantes et les infirmières prennent en considération les demandes et en parlent en équipe lors des transmissions sans que cela soit forcément retranscrit dans le projet de vie personnalisé. Un patient a précisé qu'une infirmière passe des fois au domicile suite à une hospitalisation pour refaire une évaluation.

Les fins d'intervention

Les patients peuvent arrêter les soins quand ils le souhaitent. Les motifs de sortie peuvent être : le décès, l'hospitalisation, le déménagement, le placement en EHPAD, le relais famille ou relais libéral.

Lorsqu'une sortie est programmée et prévue, le classeur de soins est récupéré pour être archivé.

Dans le cas d'un décès, une carte de condoléance est envoyée.

La personnalisation de l'accompagnement

La personnalisation de l'accompagnement

Points forts	Points d'effort
☐ Existence d'une visite de pré-admission pour évaluer les besoins et les attentes ☐ Présentation du fonctionnement du service ou orientation vers d'autres structures si besoin ☐ Réévaluation de la personne durant le premier soin ☐ Rédaction d'un projet de soin individualisé ☐ Centralisation de toutes les informations du patient dans le fichier informatique avec des photos, accessibles par tous les soignants ☐ L'accompagnement et les soins sont personnalisés, ils sont réajustés quotidiennement grâce à une écoute et observation constante ☐ La continuité des prises en soins est garantie par des doublures et une tournée fixe pendant 15 jours ☐ Expérimentation d'un pool de remplaçante ☐ Une traçabilité des transmissions constante, les informations sont ensuite saisies sur le fichier informatique du patient ☐ Un suivi et des évaluations régulières permettent de mettre en place rapidement les réajustements nécessaires	☐ Les transmissions ciblées sont à améliorer, les retours des informations de soignants reste encore insuffisamment ciblé (formation prévue en 2015) ☐ La notion de projet de soin individualisé n'est pas complètement assimilée par le personnel ☐ Il existe un taux d'absentéisme important dû aux AT du SSIAD de La Garde ☐ Les tournées induisent des changements de soignants trop importants (souhait de patients d'avoir les mêmes personnes sur la journée et pas plus de 3-4 personnes différentes par semaine)

L'expression, la participation individuelle et collective des usagers et leur famille

L'expression et la participation individuelle sont facilitées par la relation de confiance qui se met en place avec l'IDEC dès la visite de pré-admission. Les patients la contactent pour la moindre question ou remarque.

Le livret d'accueil indique la possibilité de saisir une personne qualifiée et d'obtenir si besoin un rendez-vous avec la direction.

L'expression collective est organisée par l'intermédiaire d'un questionnaire de satisfaction annuel et la mise en place d'un Conseil de la Vie Sociale (CVS)/ Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) au niveau de l'association.

L'enquête de satisfaction est organisée au mois de novembre de chaque année et lors de chaque sortie d'un patient. Le retour du questionnaire est facilité par une enveloppe T avec l'adresse du service.

Le CVS et la CRUQPC ont des ordres du jour différents même si les réunions se passent le même jour ; la CRUQPC étudie principalement les questionnaires de satisfaction, l'étude des événements indésirables et analyse les plaintes. Le CVS étudie les événements indésirables, les plaintes et réclamations et tout ce qui touche à la prise en charge de l'utilisateur. Des comptes-rendus de réunions sont diffusés. Bien que l'existence du CVS soit mentionnée dans le livret d'accueil, les patients interrogés n'ont pas retenu cette information. Un représentant des usagers, membre du CVS et du Conseil d'Administration depuis environ dix ans témoigne qu'il y a eu une véritable pédagogie déployée pour faire comprendre son rôle, que sa présence au sein du CRUQPC/CVS est constructive grâce à une connaissance mutuelle et à une complicité grandissante. Pour chaque demande au CVS, ses membres essayent « *d'individualiser mais certaines règles existent car on ne peut pas dire oui à tout ; on fait le maximum pour prendre en considération les doléances traitées en CVS, et qui concernent souvent les horaires des soins... Lorsque les mécontentements durent, la procédure est expliquée par le directeur afin de chercher une solution pour éviter la sortie. »*

La participation des familles

La famille prend parfois le relais de son proche lors des visites de pré-admission quand le patient n'est pas encore rentré d'hospitalisation. Les informations lui sont communiquées. Les soignants évoquent une présence plus soutenue des familles et notamment des exigences plus importantes. Parfois les soignants trouvent que les familles ne laissent rien passer ; il s'agit alors de leur montrer la bonne foi des professionnels et les moyens mis en œuvre pour les satisfaire.

L'expression, la participation individuelle et collective des usagers et leur famille

Points forts	Points d'effort
☐ Indication de la possibilité de saisir une personne qualifiée dans le livret d'accueil ☐ Sollicitation spontanée des patients grâce à la relation de confiance établie avec l'IDEC ☐ Nouvelle trame de questionnaire de satisfaction ☐ Réalisation d'une enquête de satisfaction annuelle ☐ Existence d'un Conseil de la Vie Sociale, indiqué dans le livret d'accueil	☐ Le taux de retour du questionnaire de satisfaction a diminué entre les deux dernières années ☐ Méconnaissance du CVS par les patients malgré la remise du livret d'accueil

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

La garantie des droits des usagers

Pour le respect des droits de la personne, beaucoup de formations pour rappeler et ré-expliquer toutes ces notions au personnel sont proposées, il existe une vraie volonté des dirigeants de former. Le personnel dit être vraiment sensibilisé à tout ça, qu'il a beaucoup de formations à ce sujet, régulièrement sur le secret professionnel et sur la distanciation. D'autre part, les problématiques sont mises en commun entre collègues ce qui permet de trouver la bonne posture.

Le règlement intérieur rappelle le respect des patients, le respect de la dignité, de la vie privée, de l'intimité, de la sécurité, du secret professionnel.

- Droit à l'information :

Le livret d'accueil a été travaillé en CVS de manière à le rendre le plus compréhensible par tous. Cependant sa simple lecture ne permet pas de retenir l'ensemble des informations. Il est nécessaire de communiquer régulièrement sur son contenu de manière à ce que les patients, familles et salariés se l'approprient. Un patient confirme qu'un « *livret d'accueil est à ma disposition à mon domicile, dans le classeur. Mais je ne suis pas trop au courant de ce qu'il y a dedans..., si j'ai besoin d'un renseignement je téléphone!* »

Le livret d'accueil, le document individuel de prise en charge et le règlement de fonctionnement sont rassemblés dans un même document (Intégration du DIPC le 1^{er} décembre 2014), la charte des droits et libertés de la personne accueillie y est annexée ainsi que des extraits de certains textes de loi. Le livret est signé par le patient et cette page est enregistrée par la secrétaire dans Apozème.

- Droit à la prise en compte de ses besoins et attentes, à la recherche du consentement éclairé

Un formulaire « accords et autorisations » est signé dès l'admission. Le patient ou son représentant légal atteste de la réception des documents suivants : le livret d'accueil, la charte qualité SSIAD et le document individuel de prise en charge et le règlement de fonctionnement.

Il précise dans ce document son consentement à inscrire son nom sur le dossier informatisé du patient, à accepter les soins prescrits par le médecin, à accueillir des stagiaires, à avoir un prélèvement sanguin (VHB, VHC, VIH) en vue de l'analyse en cas d'Accident d'Exposition au risque viral, à faire photographier ses plaies pour garantir un meilleur suivi.

- Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

Des usagers et partenaires indiquent que la prise en charge du SSIAD est de meilleure qualité que celle des infirmiers libéraux et des hôpitaux.

La prise en soin est respectueuse du patient, de son rythme, ses besoins et attentes. Elle est réajustée dès le moindre changement. Un patient précise que les soignants s'entraident durant les tournées de manière à accélérer le mouvement quand ils ont eu des situations difficiles. Il a même pu solliciter la tournée du soir en urgence suite à une chute. Ils sont alors venus à deux pour le relever.

- Droit à la renonciation

Le livret d'accueil contient un formulaire de demande d'arrêt définitif de prise en charge et un autre pour une demande d'arrêt momentané de prise en charge. Un formulaire de refus de soins est également présent dans le classeur de soins à domicile. Les refus de soins ont lieu lorsque la personne est fatiguée ou bien si elle n'est pas disposée à recevoir le soin. Toutes les informations sont notées dans le dossier de soins. Parfois, la séance est reportée dans la journée.

Une patiente a indiqué « *qu'un jour elle n'a pas eu envie de se lever, et l'aide soignante est revenue en fin de tournée ; Elles respectent le libre choix des patients, même les refus de soins ! Elles évitent à tout prix le conflit et c'est très bien comme cela* ».

- Droit à l'autonomie

Le personnel incite à l'autonomie durant les soins, il fait faire le maximum de gestes au patient (toilette du visage,...) mais le blocage peut parfois venir des familles qui ne comprennent pas les raisons de cette participation.

Une patiente témoigne qu'elle continue à faire ce qu'elle peut, notamment l'entretien de ses cheveux et que les soignants restent derrière le rideau, disponibles pour la moindre aide.

Un époux précise « *Elles sont très attentives et prennent en compte les progrès ; elles cherchent à autonomiser ma femme le plus possible, et c'est très bien ! Elles s'adaptent au quotidien en fonction de sa forme du jour ; ça peut changer du matin au soir !* »

- Droit à une intimité et au respect de la dignité, vie privée

Le personnel respecte l'intimité des patients étant donné qu'il intervient dans un logement privatif. Les soins sont toujours faits dans une pièce fermée, à l'abri des regards de l'entourage. Un patient habitant au rez-de-chaussée témoigne que les soignants ferment parfois les volets roulants lors de la belle saison pour éviter le regard des passants qui profitent des allées de la résidence.

Les soignants effectuent des toilettes par étapes en utilisant une serviette pour couvrir les parties non lavées.

Un autre patient indique qu'« *Elles respectent toute notre vie privée, elles frappent toutes à la porte avant d'entrer* ».

- Droit à la protection

Les clefs des patients sont déposées dans le boîtier du bureau, classées par numéros anonymisés. Elles ne sont jamais conservées par les soignants.

- Droit à la confidentialité

Le dossier patient est rangé au domicile, les fiches de suivi sont récupérées une fois par mois par la secrétaire pour un archivage; le classeur est aussi récupéré lors de hospitalisations et des arrêts de prise en charge. La salle d'archivage est gérée par le secrétariat, et est accessible avec badge.

Les dossiers patients sont rangés dans une armoire qui ne ferme plus à clef. Cependant, la seule personne ayant accès à ce lieu de rangement et qui n'est pas tenue au secret professionnel est la femme d'entretien. Or, celle-ci réalise le ménage aux heures d'ouverture du service et donc toujours en présence d'une personne du service.

Aucun affichage sur les murs, ne permet d'identifier les patients concernés. Des listes sont affichées (entrée, sorties, sondés) mais avec uniquement les 3 premières lettres des noms de familles.

Le secret professionnel lié à l'exercice des fonctions est rappelé dans le contrat de travail dans le chapitre « responsabilité professionnelle ».

Parfois des affinités se mettent en place et les soignants deviennent des confidents. Si le secret est trop lourd à porter, ils en parlent en équipe, et le personnel peut demander à avoir recours à un psychologue après accord de la direction. En cas d'urgence, il peut être fait appel et ceci de manière exceptionnelle à la psychologue de l'HAD.

- Droit au libre choix des professionnels de santé

Le patient est à son domicile, il est libre de faire appel aux professionnels de santé de son choix (médecins, kinésithérapeutes, ...).

- Droit à une fin de vie

Lorsque les situations deviennent trop lourdes pour le SSIAD, le patient est pris en charge par l'HAD.

La garantie des droits des usagers

Points forts	Points d'effort
☐ Les droits des usagers sont garantis ☐ Les différents outils témoignent d'une transparence du service et d'une recherche perpétuelle du consentement du patient ☐ Les refus de prise en charge sont possibles et respectés ☐ L'autonomie des usagers est toujours recherchée ☐ La confidentialité des informations est effective Les situations de fin de vie sont orientées vers l'HAD quand la prise en charge devient trop lourde	

La politique de prévention et de gestion des risques

La recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM : « L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes » préconise d'évaluer trois thèmes dans l'axe 2 « la prévention des risques » : les risques inhérents à la situation de vulnérabilité ; la maltraitance ; les risques professionnels.

- Les risques inhérents à la situation de vulnérabilité

Les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des patients d'un SSIAD sont :

- **Les chutes**

L'environnement du patient est étudié lors de la visite de pré-admission. Si l'ameublement est à risque pour la personne (tapis,...), cela lui est signalé tout en gardant le respect de son choix de lieu et habitudes de vie. Le personnel soignant sensibilise le patient et/ou l'entourage du risque de chute. Lors d'une chute, le personnel remplit une fiche d'évènement indésirable et conseille sur l'aménagement du logement (barres d'appui, tapis antidérapant etc.).

- **Les troubles alimentaires/déshydratation**

Des pesées sont organisées une fois par mois, le poids est indiqué dans le diagramme de soins.

Une vigilance est réalisée durant les fortes chaleurs pour éviter les situations de déshydratation : rappel hydratation, brumisateur, préparation de bouteilles, eaux gélifiées.

- **Les troubles de la déglutition**

Les soignants ne donnent pas à manger aux patients, ils sont donc rarement confrontés aux troubles de la déglutition. Cependant les soignants administrent les traitements médicamenteux du pilulier et sont au courant d'éventuels troubles de la déglutition. Une éducation de l'entourage est ainsi réalisée.

- **Les escarres**

Pour les escarres, un organigramme d'accueil du patient à risque d'escarres est disponible dans la gestion documentaire. Il existe également une procédure « prévention des escarres » avec une échelle de calcul de risques de D.Norton, et un tableau de changement de positions. Les soignants examinent la totalité du corps de manière à réagir vite. Ils font des massages et prennent des photos des lésions de manière à pouvoir constater leur évolution. Par contre, il leur est difficile de mettre en place des changements de positions efficaces car le nombre de passages est limité compte-tenu de la spécificité du domicile. Les changements de position sont effectués lors des passages. Des moyens de prévention sont installés (matelas à air, coussin anti escarres,...).

- **La dépression et le suicide**

Les soignants s'inquiètent toujours de savoir comment va le moral des patients auprès de celui-ci ou de son entourage. Une procédure « Conduite à tenir devant un risque suicidaire » est disponible dans la gestion documentaire.

- **La douleur**

La douleur est évaluée au quotidien mais elle n'est pas tracée systématiquement dans la grille DOLOPLUS mais retranscrit dans les transmissions ; les soignants demandent l'avis des infirmières lorsqu'ils observent des changements chez la personne. En cas de douleur, le médecin est contacté pour réajustement du traitement.

L'échelle « Doloplus » fait partie intégrante du dossier de soins, le document est disponible dans l'onglet soins AS mais il n'est pas toujours rempli. La gestion documentaire rend accessible les trois documents suivants: une procédure prise en charge douleur, un contrat engagement douleur et une fiche de suivi des patchs.

- **L'isolement social**

Les passages du SSIAD contribuent à rompre l'isolement social. Le service est en mesure d'orienter vers les structures existantes et adaptées.

- **Les troubles du comportement**

Lors d'une modification de comportement, les soignants appellent de suite le service, et tracent l'information dans le classeur à domicile. Une fiche d'évènement indésirable est établie puis communiquée à l'IDEC, et à la direction si besoin. Parallèlement, l'IDEC contacte l'entourage et/ou le médecin traitant et se rend au domicile. Dans le cas de comportements agressifs, un rendez-vous est proposé à la famille.

- **La maltraitance**

Il existe dans la gestion documentaire une procédure « signalement des cas de maltraitance » qui explique le traitement des situations de maltraitance selon qu'elles émanent de l'entourage/ famille du patient ou d'un professionnel.

Toute situation de maltraitance est remontée en premier lieu à l'IDEC par oral ou bien avec une fiche d'évènement indésirable. L'IDEC traite la situation avec la responsable des ressources humaines si un professionnel est mis en cause, ou bien avec l'assistante sociale du service HAD si la maltraitance provient de l'entourage/famille. Dans ce dernier cas, un système de veille est mis en place, et les différents intervenants sont informés (médecin généraliste, services sociaux du Conseil Général).

L'IDEC a réalisé deux signalements depuis son recrutement, elle garantit la traçabilité des actions conduites dans le dossier du patient et l'organisation d'une veille autour du patient.

En cas de suspicion, les soignants en parlent en équipe afin de vérifier qu'ils partagent le même ressenti et qu'il n'existe pas d'autres explications sur les changements de comportement (changement de traitement,...).

Le personnel a suivi une formation sur la Bienveillance.

- **Plan d'urgence/gestion des risques :**

Un Plan Blanc d'établissement gestion de crise a été rédigé, il est composé de 4 chapitres : Principe ; La mobilisation de l'établissement ; Le comité de crise avec des fiches réflexe pour différents types de métiers ; Les autres situations de crises identifiées sans déclenchement du plan blanc (coupure d'électricité, coupure téléphone, porte d'entrée, incendie, technique, cambriolage/effraction, informatique, véhicules, en cas de routes bloquées et cas de coupure d'approvisionnement d'essence). Dans les annexes se retrouvent la liste des coordonnées des personnels de SSV, la liste des numéros utiles, la liste du matériel d'urgence disponible.

Les différents outils de l'association SSV ne font pas référence à un Plan Bleu mais le Plan Blanc énonce les actions à conduire pour faire face à la gestion d'une crise quelle que soit sa nature.

Une cartographie des risques en établissements de santé a été établie depuis 2012. Les risques sont classés en 3 catégories : La prise en charge du patient ; Les risques professionnels ; Autres.

Un document « programme global de gestion des risques » identifie quant à lui 5 domaines de risques : Risques liés aux personnes prises en charge ; Risques liés aux professionnels de l'établissement ; Risques liés aux partenaires de l'établissement ; Risques liés aux bâtiments et aux installations techniques ; Risques liés aux situations de crise (Plan Blanc).

Pour le recrutement, l'IDEC reçoit directement les candidats. L'IDEC de l'antenne de La Garde vérifie durant l'entretien la connaissance des différents soins nécessaires au domicile, de manière à choisir le salarié adéquat qui assurera la doublure et formera le nouveau salarié. L'IDEC de l'antenne de La Seyne demande aux candidats de préciser leur motivation pour un travail en SSIAD ; elle leur présente la particularité de prendre en compte également la famille, les troubles cognitifs, et insiste sur l'importance des trajets en voiture.

Il n'existait pas de procédure de recrutement ni de trame avec la liste des questions à poser durant l'entretien lors du recueil sur site par les évaluateurs externes. Ces documents ont été créés avant la fin du processus évaluatif. Les documents suivants sont demandés : CV, permis de conduire, attestation d'assurance voiture, vaccins, diplômes, attestation assurance, extrait du casier judiciaire.

Un livret pour les nouveaux salariés est en cours de rédaction. Un profil de poste est remis au salarié, il doit être signé.

- **Les risques professionnels**

Les risques professionnels sont donc évoqués dans la cartographie des risques et le programme global de gestion des risques. L'évaluation des risques professionnels a fait l'objet d'une réactualisation du document unique en 2013/2014 qui s'est basée essentiellement sur le bilan des accidents du travail de 2013 avec une évaluation plus renforcée des risques liés aux postures de travail et risques psycho sociaux. Cela a conduit à l'élaboration du Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail pour 2014. Le DUERP est peu connu par les salariés interviewés.

Pour le SSIAD, le ressenti des soignants est le problème récurrent de l'agressivité des patients avec un élargissement des pathologies et l'attitude des familles. Dans le cas d'une violence verbale, le personnel remplit une fiche d'évènement indésirable qui est transmise à l'IDEC. Des groupes de parole ont déjà été planifiés et pourront être reconduits si besoin, à la demande de l'équipe, après accord de la Direction.

Par rapport au risque routier, il y a finalement peu d'accidents.

Le risque par rapport aux postures et aux transferts est non négligeable. Tout le personnel du SSIAD a participé à au moins une formation. 75% des soignants ont suivi une formation sur gestes et postures, les autres la suivront en 2015 avec une priorité donnée aux personnes qui ont eu un accident de travail.

D'autres formations ont été proposées au personnel : Alzheimer, gestion du stress, soins palliatifs, fin de vie, sauveteur, geste de secours, hygiène, secret professionnel.

Un soignant témoigne que le service ne manque pas d'outils : lève malade, drap de glisse, verticalisateur, mallette, gant, gel pour les mains.

L'IDEC est référente sécurité au CHSCT suite aux nombreux accidents du travail dans le service (Elle a suivi une formation de référent sécurité de 3 jours). Elle participe également au comité de direction tous les 3 mois et au CRUQ.

La problématique du SSIAD est le taux d'absentéisme important dû aux AT, pour l'antenne de La Garde

Les accidents du travail sont plus nombreux en SSIAD qu'en HAD (70% de SSV) les causes sont les TMS; la direction essaie de corriger cela par des formations en ergonomie et manutention, en prévention routière, et en médicalisant au maximum les domiciles ; L'audit mené récemment soulignait que tout était fait en terme de prévention de ces accidents du travail. Les salariés n'ont pas beaucoup participé à l'audit pourtant demandé pour évaluer leur confort de travail (Peu de réponse au questionnaire envoyé) ; néanmoins un groupe de travail a été constitué afin de chercher trimestriellement des pistes d'amélioration : construction d'un arbre des causes pour chaque accident de travail.

L'enquête relative aux conditions de travail a souligné que :

- ◆ 100% des salariés du SSIAD estiment plutôt satisfaisantes leurs conditions de travail, 80% pour ceux du SSIAD et ESA de la Seyne
- ◆ 86% des salariés du SSIAD de la Garde considèrent que leur travail leur apporte satisfaction et 14% sont entièrement satisfaits.
- ◆ Les propositions d'amélioration ont été proposées par les salariés du SSIAD

Globalement les gens sont heureux de travailler au SSIAD et les propositions d'amélioration sont cohérentes par rapport aux contenus des entretiens. De plus leurs requêtes semblent avoir été entendues notamment en ce qui concerne la psychologue de l'HAD qui anime ponctuellement des groupes de parole, après accord de la direction. Tous les patients porteurs de troubles du comportement sont difficiles à supporter sur le long terme, et c'est aussi pour cette raison que la direction a proposé cette intervention de la psychologue de l'HAD pour un soutien des équipes, dans un rôle de réassurance des soignants. Le prochain plan de formation prévoira des formations sur les pathologies du comportement, la gestion des situations de stress (familles omniprésentes, exigences croissantes...).

En 2015, la direction va mettre en place un plan de lutte contre l'absentéisme avec une logique plus contraignante pour les salariés qui s'absentent (changement de prévoyance en étude). Une formation obligatoire est programmée pour tous les salariés ayant eu un accident du travail.

La secrétaire a suivi une formation sur la gestion du stress et désirerait en suivre une deuxième car elle occupe un poste « tampon ». Elle absorbe le stress de 17 personnes qui reviennent du terrain en même temps, se déchargent des situations vécues et parlent toutes en même temps. Elles peuvent être parfois agressives suite à la tension accumulée.

Des entretiens professionnels sont planifiés avec la responsable des ressources humaines et l'IDEC. Ils permettent de recueillir les souhaits en formation. Chaque salarié détient un passeport individuel de formation « compte personnel de formation » avec la liste des expériences

professionnelles antérieures, la formation initiale, les diplômes, les formations en entreprise, les aptitudes/compétences et activités complémentaires, les aptitudes linguistiques, matérialisant ainsi un vrai parcours de formation continue.

Les deux derniers plans de formation ont un lien direct avec les recommandations en termes de prévention des risques de la personne vulnérable et du salarié.

- ♦ Plan de formation 2012 (SSV HAD + SSIAD): gestes et postures (10 participants), Maladie d'Alzheimer (10p), Prévention des risques psychosociaux (10p), AFGSU (12p), missions de l'IDE (1p), Soins palliatifs et douleur (2p), toucher et massage (1p), pansements (10 p), hygiène de base (10p), sécurité incendie (10p), gestion des risques en HAD, sécurité routière (10p)
- ♦ Plan de formation 2013 : gestes et postures (10p), Soins palliatifs (20), directives anticipées (20), manager une équipe (5), référent soins palliatifs (1), prise en charge de la douleur (10), respect des libertés individuelles (10), le risque suicidaire et la bientraitance (10), aspirations endotrachéales(4), la pec médicamenteuse (10), précautions standards et précautions d'hygiène renforcées, optimiser sa gestion du temps, des priorités, et management des équipes (10), optimiser sa gestion du stress et des conflits(10), prévention du risque routier et éco-conduite (10), prévenir, préparer et gérer les contrôles T2A (1).
- ♦ Plan de formation 2014 : Démence et Alzheimer (10), secret professionnel, responsabilité et limite de la relation avec le patient (10), gestes et postures (10), soins palliatifs et accompagnement en fin de vie (10), soins palliatifs et accompagnement en fin de vie (10), douleur (10), règlement et législation (10), optimiser sa gestion du stress et des conflits (10), SST sauveteur secouriste du travail (10), prévention du risque routier (10), Faire face aux comportements agressifs (1).

L'accueil des stagiaires est assuré par la directrice des ressources humaines avec tenue d'un registre de conventions de stages (1 convention nominative /stagiaire). Puis les stagiaires sont gérés par l'IDEC. Elles ne sont jamais plus de deux dans le service. Les stages respectent la réglementation en vigueur.

Le service informatique et logistique s'occupe de l'entretien des véhicules qui ont tous un cahier de bord avec relevé des utilisateurs et kilométrage parcouru ainsi qu'une fiche « Règlement d'utilisation des véhicules de service » pour l'utilisation des véhicules de service ; en général 1 véhicule est attribué à 2 soignants pour limiter les problèmes et inciter à la responsabilisation des agents.

La politique de prévention et de gestion des risques

Points forts	Points d'effort
☐ Un suivi des risques inhérents à la situation de vulnérabilité est mis en place ☐ Existence d'une procédure « signalement des cas de maltraitance » qui a été appliquée pour deux situations ☐ Formation sur la bientraitance ☐ Existence d'un Plan Blanc, d'une cartographie des risques, d'un programme global de gestion des risques ☐ Réactualisation du DUERP 2013/2014 avec la réalisation d'un audit et d'un questionnaire relatif aux conditions de travail ☐ Participation de l'IDEC de La Garde au CHSCT ☐ Mise en place prochainement d'un plan de lutte contre l'absentéisme ☐ L'entretien des véhicules est réalisé ☐ Existence de procédure de recrutement et d'une trame de questions pour conduire l'entretien ☐ Les plans de formation sont en lien avec la prévention des risques ☐ Des entretiens professionnels sont organisés ainsi que ponctuellement des groupes de parole avec la psychologue de l'HAD ☐ Un dialogue social en place avec les représentations des personnels (DP, CHSCT...)	☐ La vulnérabilité des personnes n'est pas repérable sur un seul document (un codage va être ajouté sur la feuille présentant les tournées)

E. Les hypothèses de départ ou portes d'entrée de l'évaluation externe

	Points forts	Points d'effort
PORTE D'ENTREE N°1 : La pertinence et l'efficacité des transmissions écrites	☐ Les transmissions sont organisées en fonction des possibilités de l'antenne ☐ L'antenne de La Garde a fourni un travail important de récolte de données, le fichier informatique du patient détient toutes les informations utiles ☐ Toutes les transmissions font l'objet d'un compte-rendu ☐ La feuille recto/verso va être améliorée pour permettre le repérage des vulnérabilités	▪ Le retour des soignants lors des transmissions reste encore insuffisamment ciblé (une formation sur les transmissions ciblées est programmée en 2015) ▪ Les autres professionnels de santé utilisent rarement le classeur de soins malgré l'existence d'onglets spécifiques ▪ La fiche de liaison (présente dans le classeur) lors d'une hospitalisation est rarement utilisée

	Points forts	Points d'effort
PORTE D'ENTREE N°2 : L'adéquation de la formation des professionnels avec l'évolution de la typologie du public	☐ Le plan de formation propose des actions de formation en lien avec l'évolution du public et des risques encourus par les professionnels : gestion du stress, prévention des	

	risques psycho sociaux, sécurité routière, geste et posture, maladie d'Alzheimer, faire face aux comportements agressifs	
--	--	--

	Points forts	Points d'effort
PORTE D'ENTREE N°3 : Sécurisation des informations et facilitation de la réactivité via la dématérialisation des documents papier	☐ Les informations sont sécurisées, les fiches d'enregistrement du domicile sont archivées tous les 15 jours ☐ La dématérialisation est impulsée ☐ Les archives sont accessibles avec un badge	▪ L'armoire comportant les dossiers patients ne ferme pas à clef

	Points forts	Points d'effort
PORTE D'ENTREE N°4 : Gestion et conduite du changement au regard du contexte en évolution constante	☐ Les changements sont assimilés par les soignants interviewés, aucune résistance n'a été constatée durant les entretiens. Ils en retiennent que du positif ☐ La direction s'est donnée tous les moyens pour étudier, analyser et prévenir l'absentéisme. ☐ L'ouverture de l'antenne de Brignole	

	a permis de répondre à une demande de mutation pour raison personnelle d'un soignant	
--	--	--

	Points forts	Points d'effort
PORTE D'ENTREE N°5 : Prévention des risques liés à la santé inhérent à la vulnérabilité des usagers (escarres) et repérage des chutes, de la dénutrition, des troubles de l'humeur et du comportement	☐ Plusieurs documents, procédures existent sur la prévention des risques inhérents à la vulnérabilité des usagers ☐ Le service est très au point sur la prévention des escarres ☐ Des documents d'information sont mis à disposition dans un classeur ☐ Un repérage de ces risques sur la feuille des tournées (mise en place de codage) est en cours	☐ Des outils restent à créer (procédures concernant les chutes, procédures lors d'un comportement agressif,...)

	Points forts	Points d'effort
PORTE D'ENTREE N°6 : Maintien de la continuité de service	☐ La continuité du service est systématiquement garantie. Dans le cas de conditions climatiques particulières (inondations), d'autres moyens sont mis en place (appels téléphoniques, demande supplémentaire d'aide de	

	l'entourage, répartition des tournées) ☐ Les outils et l'instance de transmission permettent un partage des informations ☐ Un pool de remplaçant est en expérimentation ☐ Des astreintes sont mises en place pour les 3 antennes	
--	--	--

	Points forts	Points d'effort
PORTE D'ENTREE N°7 : Modalités de coopération et de coordination entre SSIAD	☐ Les modalités de coopération et de coordination ont fait l'objet de rencontres avec les différents SSIAD ☐ Des conventions ont été signées (ESA) ou bien étaient déjà existante avec l'HAD ☐ L'association SSV est reconnue par les partenaires	

	Points forts	Points d'effort
PORTE D'ENTREE N°8 : Participation des usagers et de l'entourage	☐ Les usagers sont représentés non seulement dans un CVS mais également au Conseil d'Administration	▪ Le CVS est méconnu des patients et des familles malgré la remise du livret d'accueil ▪ Le taux de retour du questionnaire de satisfaction a diminué entre les

	☐ Le livret d'accueil indique les différentes modalités de participation	deux dernières années
--	---	-----------------------

IV. PARTIE 4 : RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE

A. *Porter une appréciation globale*

❖ **D'après les informations collectées**, le SSIAD « Santé et Solidarité du Var » est une structure qui répond bien aux missions confiées et qui a su se donner les moyens (grâce à l'utilisation des ressources internes de l'association) de se structurer, de se développer pour répondre aux besoins non pourvus sur le territoire dans une démarche d'amélioration continue. La qualité des prestations est bien perçue et reconnue par les patients, leur famille et les partenaires.

Les stratégies de l'association et du SSIAD sont clairement annoncées dans le projet d'établissement. Le développement du service a eu lieu, il est complètement intégré et accepté non seulement par les professionnels mais aussi par les SSIAD « partenaires ».

La démarche d'amélioration continue est réelle et facilitée par l'apport technique de l'adjointe de direction et l'assistante qualité et gestion des risques de l'association. Un nombre important de procédures créées pour la certification de l'HAD a été utilisé et adapté au fonctionnement du SSIAD. Le dossier de soins a fait l'objet d'un travail pluridisciplinaire, des procédures spécifiques au SSIAD ont été créées. L'ensemble des documents est répertorié dans une gestion documentaire, accessible par tous sur le serveur. La gestion des plaintes et des événements indésirables est effective avec des instances dédiées.

Le SSIAD est très bien implanté sur son territoire y compris pour les antennes de La Seyne et de Brignoles grâce à l'existence de l'HAD sur ces zones d'intervention. Le service bénéficie également des réseaux et partenariats instaurés par l'association SSV.

La personnalisation des soins, l'expression et les droits des usagers sont respectés par l'ensemble des professionnels. La prise en charge et la continuité des interventions sont de qualité. Seul le taux d'absentéisme reste à diminuer sachant que les résultats de toutes les actions engagées par la direction devraient être visibles dans les mois à venir.

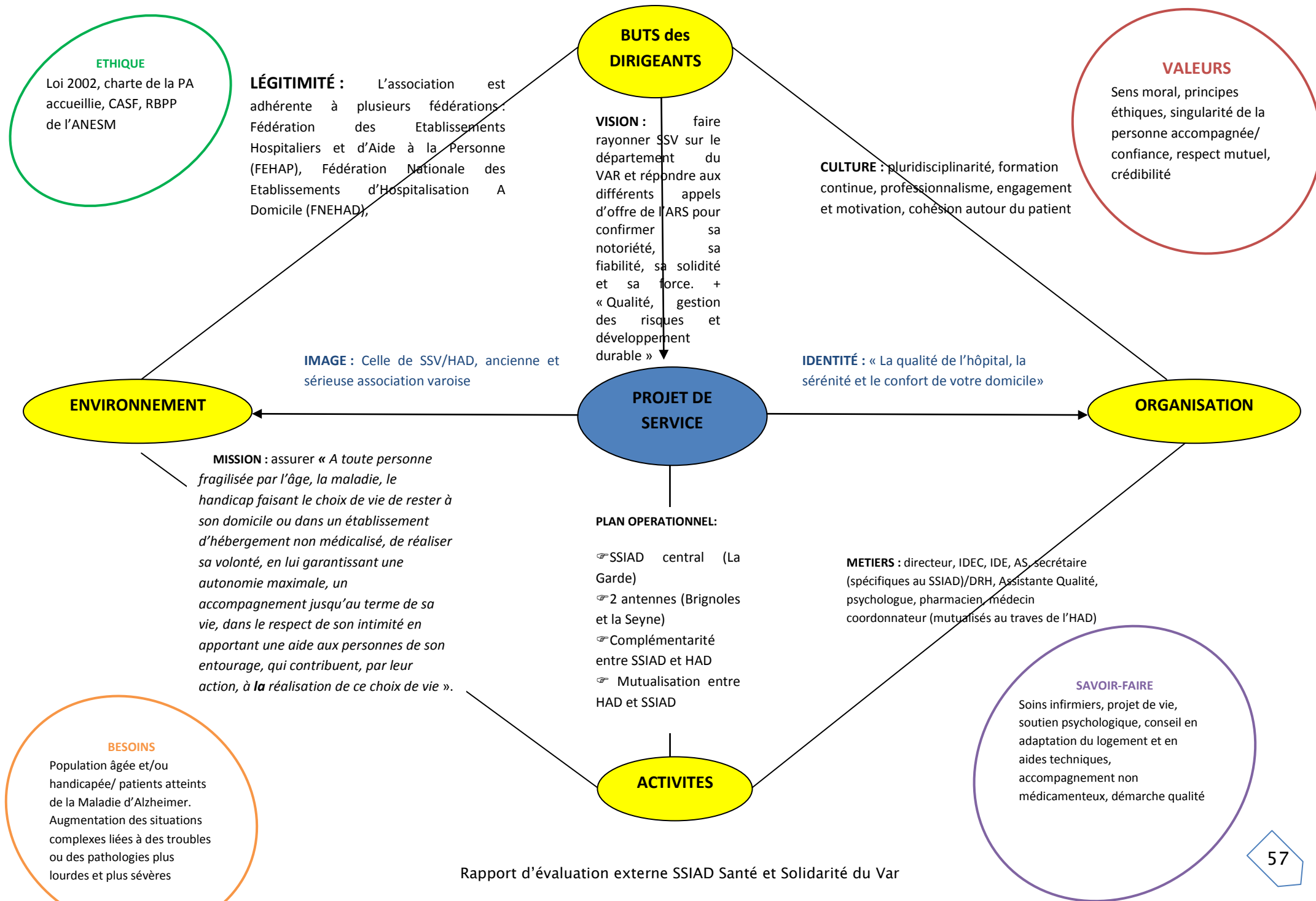
La prévention des risques (prévention de la maltraitance, risques professionnels, plan d'urgence) est très développée. Tout dysfonctionnement fait l'objet d'une étude et d'une analyse avec une véritable programmation d'actions correctives et préventives ainsi que de moyens alloués (ressources de l'association sans impact financier pour le SSIAD).

❖ Pour apprécier la situation du SSIAD SSV de façon globale, les évaluateurs ont utilisé **deux méthodologies d'interprétation des données** : dans un premier temps la **matrice SWOT** (lors de la restitution à chaud du recueil sur site) puis le **Diamant de Marchesnay**.

Le service s'est historiquement donné les moyens d'atteindre ses objectifs dans les valeurs définies, les activités déployées sont pertinentes, et leurs effets positifs ont été constatés auprès des patients.

Le SSIAD s'inscrit totalement dans les orientations du schéma départemental et régional, il bénéficie d'une écoute attentive de la part des autorités grâce à son engagement dans la qualité et à sa capacité de répondre aux besoins du territoire.

La gouvernance est aujourd'hui structurée en conséquence, à la fois au niveau du Conseil d'Administration avec des membres experts mais également avec une nouvelle organisation de l'encadrement.



B. Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne

❖ Afin d'apprécier la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations, le référentiel

Le SSIAD Santé et Solidarité du Var est bien engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité depuis le détachement de l'assistante qualité et gestion des risques de l'HAD pour organiser et piloter la démarche d'évaluation interne, il y a deux ans. Son intervention a permis de structurer l'existant, de faire prendre du recul et d'apporter son expertise au service. Le SSIAD s'est ainsi mis en conformité.

La création des antennes à La Seyne et Brignoles a aussi facilité la prise de recul pour mener à bien une réflexion sur les outils existants.

❖ Les modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne

La démarche d'évaluation interne a été pilotée par l'assistante qualité et gestion des risques en lien avec la direction, les IDEC et les secrétaires. Les soignants ont été sollicités pour apporter des idées mais leur implication a été différente selon le personnel. L'association a privilégié le choix d'un référentiel existant et spécifique au fonctionnement et à l'organisation d'un SSIAD : le référentiel ARESSAD.

Une réunion de présentation de l'évaluation interne et externe s'est tenue en juillet 2013 avec l'ensemble du personnel. Le rapport de l'évaluation interne ainsi que le power point de présentation de l'évaluation interne et externe sont disponibles dans la gestion documentaire informatique. La démarche d'évaluation interne a également été abordée lors d'un Conseil d'Administration, d'une réunion CRUQPC/CVS, d'une commission Qualité, Gestion des Risques et Sécurité des Soins et de points Qualité.

Les patients, leurs familles et les partenaires directs n'ont pas été sollicités pour l'élaboration de l'évaluation interne. Les modalités de la collecte des informations, les principaux indicateurs retenus et les recommandations utilisées n'apparaissent pas suffisamment dans le rapport.

Au fur et à mesure des réunions de travail, l'assistante qualité et gestion des risques a apporté les réponses aux 134 questions du référentiel ARESSAD. Cela a fait l'objet de 13 réunions de travail en interne.

En ce qui concerne le rapport d'évaluation interne, il présente l'association et le SSIAD puis restitue chronologiquement les réponses aux 134 questions qui sont classées en 3 parties (Pratiques professionnelles et ressources ; Coordination et organisation ; Mesure, Analyse et Amélioration) et sous chapitres (**ANNEXE 12**). Le rapport n'a pas été organisé en 4 grands domaines (Promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale ; La personnalisation de l'accompagnement ; La garantie des droits et la participation des usagers ; La protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers) comme le précise les deux recommandations de l'ANEMS portant sur l'évaluation interne. Ces recommandations demandent également d'apprécier : « L'insertion et l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement, l'intégration des différentes ressources internes et externes ; Son organisation interne, ses ressources humaines et financières, son système d'information », et indiquent le contenu minimum du rapport en 3 parties :

- o La présentation des missions, du cadre réglementaire et des objectifs principaux des activités déployées de manière synthétique (missions et cadre réglementaire contenus dans l'autorisation, les contractualisations engagées (CPOM, convention tripartite), principales valeurs de l'organisme gestionnaire et les références du projet d'établissement ou de service, les orientations et les objectifs généraux qui en découlent
- o Les caractéristiques de la population ce qui renvoie à toutes les dimensions de l'accompagnement (soins, éducation, social, psychologique, formation) : caractéristiques communes identifiées et évolutions significatives constatées dans le temps
- o La spécification des objectifs à partir des activités communes aux établissements sociaux ou médico-sociaux et ce que signifie concrètement pour la population accueillie: la promotion de l'autonomie, de la qualité de vie et de la santé (objectifs principaux de l'accompagnement) ; la personnalisation de l'accompagnement ; la garantie des droits et la participation ; la prévention des risques spécifiques à la population accueillies et au mode d'accompagnement

❖ **La communication et la diffusion des propositions d'amélioration, les modalités de suivi et de bilan périodique**

Des réunions de mises à jour (2 réunions) et de suivi du plan d'amélioration continu (4 réunions) se sont déroulées jusqu'au démarrage de l'évaluation externe.

Le processus évaluatif a également été présenté dans des « communiqués qualité ».

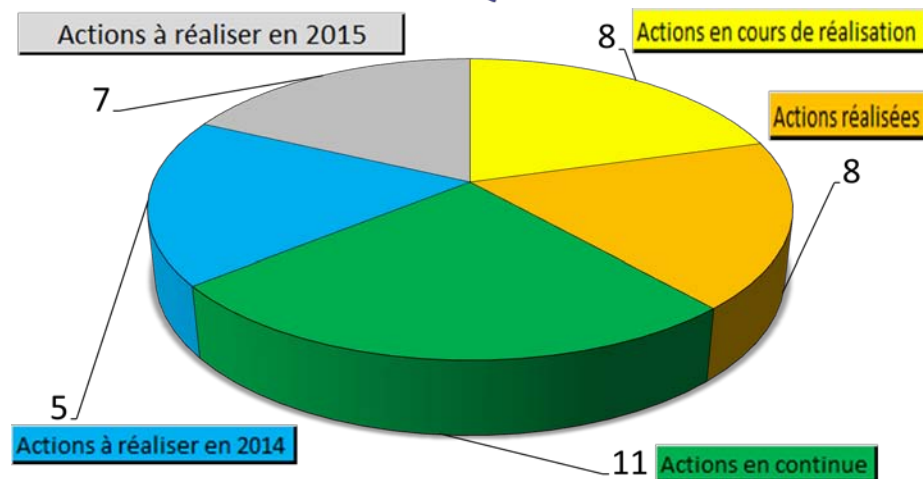
Le court délai entre l'évaluation interne et l'évaluation externe n'a pas permis de communiquer et de diffuser les résultats de l'évaluation interne et les propositions d'amélioration auprès du personnel.

❖ **La mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu**

Un plan d'amélioration qualité a été rédigé en 2013 et 2014. Chaque objectif est décliné en actions d'amélioration avec un indicateur de suivi, le personnel concerné, les outils, l'échéance, la priorité (de 1 à 3) puis les actions réalisées (actions, date, noms participants).

Un point sur l'avancée du PAQ a été réalisé en Réunion Commission qualité et risques de juillet 2014. Malgré le court délai entre les deux évaluations (interne et externe), plusieurs actions ont été réalisées ou sont en cours de réalisation. Un faible pourcentage d'actions sera à mener en 2015 : 18 actions dont 11 à mener en continu.

Point sur le PAQ du SSIAD SSV



Au 30/06/2014 :

- 39 actions d'amélioration au total
- 4 réunions de suivi pluridisciplinaires

Réunion Commission Qualité et Risques - 01 Juillet 2014

1

Priorité	Objectifs	Actions d'amélioration	Indicateur	Echéance	Actions réalisées
1	Optimiser le management du service	Modifier l'organisation des tournées et les horaires en fonction de l'évolution de l'activité du SSIAD	Planning journalier mis à jour	En continu	Fait
1		Mettre à jour les fiches de poste	Fiches de poste mises à jour	2014	Mise à jour fiches de poste IDE. Reste à faire AS, IDEC et secrétaire
3		Procédure de déclarations des AT dans la GED	Procédure dans la GED	2014	Non réalisé
1		Mettre en place des indicateurs qualités de suivi	Tableau de suivi des indicateurs	2015	
2		Mettre en place un document unique de délégation	Document unique	2014	Mise en place d'un fichier regroupant toutes les nouvelles délégations
1		Mettre en place une réunion de suivi de l'évaluation interne et des RBPP	Réunion de suivi	En continu	Mise en place d'une Commission RBPP et suivi de l'évaluation interne du SSIAD
1	Améliorer la communication	Optimiser l'échange d'informations en interne (ex: présentation des procédures internes, des valeurs et stratégies de SSV...)	Réunion soignant	En continu	Communiqués qualité et sécurité des soins : Fait Présentation des procédures lors des réunions : A faire
1		Optimiser le livret d'accueil et le contrat individuel de prise en	Livret d'accueil mis à	2013	Mise à jour du livret d'accueil. En attente de

Priorité	Objectifs	Actions d'amélioration	Indicateur	Echéance	Actions réalisées
		charge et règlement de fonctionnement + Inclure en annexes du livret d'accueil la charte de bientraitance et la charte des droits et libertés de la personne âgée	jour		validation
1		Réaliser le bilan annuel des questionnaires de satisfactions de l'utilisateur et/ou de l'entourage	Bilan annuel des questionnaires	2014	Bilan des questionnaires de satisfaction usagers réalisés
3		Mettre à jour le questionnaire de satisfaction usager	Questionnaire de satisfaction usager	2014	questionnaires de satisfaction usagers mis à jour. Attente de validation
2		Sensibiliser le personnel sur l'hygiène des mains : réunions de services + mise à jour affichage	Réunion soignant	En continu	Affichage sur la semaine "hygiène des mains"
2		Présenter le bilan annuel des événements indésirables en COVIRIS	CR Réunion COVIRIS	2014	Bilan annuel des EI de 2013 réalisé + Présenté en COVIRIS
1		Assurer le suivi des alertes sanitaires via le logiciel RMES	Alertes sanitaires dans RMES	2014	
2		Mettre en place d'un dossier d'accueil du nouvel arrivant avec un point sur l'importance de la communication interne	Dossier nouvel arrivant	2014	Mise en oeuvre de la trame du SSIAD La Garde. En attente de validation
3	Optimiser l'accueil du nouvel arrivant	Faire une procédure d'accueil du nouvel arrivant	Procédure dans la GED	2014	Trame du circuit d'accueil et de sortie
3	Optimiser les transmissions	Mettre en place un ordinateur pour les soignants au sein de nos locaux	Ordinateur mis en place	2015	
3		Saisie quotidienne informatique des transmissions ciblées par les soignants	Procédure dans la GED	2015	
2		Lecture obligatoire du classeur de ladite tournée et paraphe traçant cette lecture : Classeur avec fiche de suivi mensuel pour paraphe	Classeur avec fiche de suivi	2015	
1	Développer et structurer la GED du SSIAD	Mettre en place une GED informatique spécifique SSIAD	GED	2014	Tri des documents à récupérer de la GED de l'HAD SSV
2		Présentation de la GED au personnel	GED	2014	Présentation de la GED HAD partie hygiène Mail à tout le personnel pour la GED du SSIAD + Présentation en réunion soignant + Mise à jour de la définition de la GED (ORG n°1)
3		Généraliser la fiche de remise de matériel (ordinateur, téléphone ...) de l'HAD à SSV	Document dans la GED	2014	Mise à jour de l'attestation d'attribution de matériel (GRH A7)
2		Mettre en place une procédure sur le suivi d'une demande de prise en charge	Procédure dans la GED	2014	Procédure dans la GED du SSIAD (OPC A)
3		Rédiger une procédure régissant la gestion des achats	Document dans la GED	2014	
1		Mettre à jour en continu les documents internes	GED	En continu	
1		Mettre en place des formations supplémentaires	Tableau de suivi formation	En continu	Diverses formations. Par exemple : gestion du stress, gestes et postures
2	Optimiser la prise en charge de l'utilisateur	Mettre en place une conduite à tenir pour les soignants lors des soins au domicile	GED	En continu	
3	Développer la coopération avec les	Mettre en place des actions d'information auprès des services sociaux et des services hospitaliers	Tableau de suivi	2015	

Priorité	Objectifs	Actions d'amélioration	Indicateur	Echéance	Actions réalisées
1	partenaires extérieurs	Rappel des missions du SSIAD + Mise à jour du règlement intérieur de la PEC dans le livret d'accueil	Livret d'accueil mis à jour	2014	Mise à jour du livret d'accueil. En attente de validation
3		Mettre en place une convention avec le prestataire de service AJP Nettoyage	Convention	2015	Information : SSV travaille uniquement avec les devis
3		Renforcer les liens avec les partenaires extérieurs	Tableau de suivi	2015	
3		Rédiger une procédure régissant la gestion des prestataires	Document dans la GED	2014	
1	Assurer le suivi du PAQ et du projet d'établissement	Diffuser à tout le personnel les axes d'amélioration du PE 2013-2017 auprès du personnel	Compte-rendu réunion soignant	2013	Réunion soignant
2		Mettre à jour le tableau de suivi des axes d'amélioration du PE 2013-2017	Tableau de suivi	En continu	Réunion de suivi axes d'amélioration du PE partie SSIAD
1		Mettre en place un suivi du PAQ de sécurité des soins du SSIAD	Mise à jour du PAQ	En continu	Réunion de suivi du PAQ du SSIAD
3	Optimiser le dossier de soins	Mettre en place une procédure d'archivage du dossier de soins	Procédure dans la GED	2014	
1		Ajouter au dossier de soins une partie pour les transmissions des kinésithérapeutes, orthophonistes et ESA	Mise à jour du dossier de soins	2014	A vérifier dans les classeurs
1		Réaliser un audit sur le dossier de soins	Bilan d'audit	2015	Trame de l'audit du dossier de soins réalisée
2		Mettre en place une réunion de suivi du dossier de soins	Réunion de suivi	2014	Réunion de suivi du dossier de soins réalisés
1	Améliorer le suivi des formations	Note d'information sur le DIF	Mail à tout le personnel	2013	Mail sur le DIF
3		Mettre en place un questionnaire d'évaluation des formations pour les stagiaires	Questionnaire d'évaluation	2014	Questionnaire à transmettre 3 mois après la formation

C. Constaté les modalités de prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles

Des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM ont fait l'objet d'une lecture telle que celle sur l'éthique afin d'alimenter la réflexion des « Réunions de suivi des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles et de l'évaluation interne ». Les recommandations en lien avec l'activité du SSIAD ne sont pas citées dans le projet d'établissement, le rapport d'évaluation interne ou les procédures existantes.

Cependant le contenu des recommandations se retrouve en majorité dans les pratiques des professionnels.

D. Examiner certaines thématiques et registres spécifiques

Objectifs propres à l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux	
Porter une appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard des droits des usagers, et les conditions de réalisation du projet personnalisé	Cf . Chapitre III
Donner des éléments d'appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement et des interactions	Cf. Chapitre III

Points prenant en compte les particularités de la structure	
La capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissements ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne	A développer davantage pour avoir une visibilité de l'évolution du public des 3 antennes SSIAD
L'enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence	Cf. Chapitre III
Les conditions dans lesquelles sont élaborées le projet personnalisé et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur	Cf. Chapitre III
L'effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits	Cf. Chapitre III
La réponse de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers	Cf. Chapitre III
La capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation	C'est une des forces et caractéristiques du service
La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers	Cf. Chapitre IV
La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque	Cf. Chapitre III et IV

contexte: application de normes d'hygiène et de sécurité, prévention des situations de crise, mise en place d'un dispositif de régulation des conflits, techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes, plus généralement politique globale de gestion des risques	
La capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions	Cf. Chapitre III
Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective: organisation des échanges d'information, méthodes de travail, dispositifs de gestion de crise, modalités de formation des personnels	Cf. Chapitre III
La capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle	Cf. Chapitre III
Le rôle de l'établissement ou service au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir notamment de la confrontation des différents points de vue mais aussi des réalisations: perception de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires et usagers; formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur	Cf. Chapitre III
L'inscription de l'établissement ou du service dans un territoire donné à partir de la prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu; sa contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement	Cf. Chapitre III et IV

V. SYNTHESE

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).

A. Introduction

Point 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	
Points forts - La démarche a été pilotée par l'assistante qualité et gestion des risques - Utilisation d'un référentiel spécifique aux SSIAD - De nombreuses réunions ont permis de répondre progressivement aux 134 questions du référentiel - Un PAQ a été rédigé, suivi et mis en action malgré un court calendrier entre les deux évaluations	Points faibles - Les usagers/familles/partenaires directs n'ont pas été associés à la démarche - Le rapport n'est pas totalement conforme aux attentes des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM sur l'évaluation interne
Point 2 : Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm par l'ESSMS	
Points forts - Des recommandations ont été étudiées en vue de travailler sur l'évaluation interne - Les pratiques observées sont conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles	Points faibles - Les différentes recommandations ne sont pas citées dans le projet d'établissement, le rapport d'évaluation interne et les procédures

B. 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

Point 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	
Points forts - Le projet d'établissement est conforme aux missions du SSIAD - Les axes d'amélioration sont cohérents et adaptés	Points faibles - La présentation du SSIAD n'est pas assez développée (mission propre, prestation,...)
Point 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	
Points forts - Les moyens mis à disposition pour l'atteinte des objectifs sont bien au-delà de ce que le SSIAD pourrait bénéficier grâce à la mutualisation des moyens humains et matériels de l'association	Points faibles
Point 5 : L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences)	
Points forts - Les qualifications des professionnels sont en adéquation avec le public - Les formations continues proposées permettent de répondre à l'évolution du public	Points faibles
Point 6 : Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échange pluridisciplinaire, etc.) mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences	
Points forts - Les transmissions journalières permettent d'accompagner les professionnels - Des documents et procédures sont mis à leur disposition - Des informations sont données mensuellement avec le communiqué qualité	Points faibles

- Les soignants peuvent bénéficier ponctuellement de l'apport des professionnels de l'HAD ou de l'ESA à La Seyne (psychomotricien, psychologue,...) - Le livret d'accueil salarié est en cours de validation - Des doublures sont mises en place - Chaque salarié a un passeport formation - Existence d'une procédure de recrutement et d'une trame pour conduire l'entretien	
Point 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	
Points forts - Suite à un taux d'absentéisme important, la direction a étudié, analysé la situation et mis en place toutes les actions possibles (audit, questionnaire sur les conditions de travail, arbre des causes,...) - Un pool de remplaçante est en cours d'expérimentation	Points faibles - Existence d'un taux d'absentéisme important dû aux AT du SSIAD de La Garde
Point 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	
Points forts - Le SSIAD tient à jour les données qualitatives et quantitatives pour observer le profil de la population - La secrétaire met à jour les plannings ce qui permet de mesurer l'écart entre le prévisionnel et le réalisé	Points faibles
Point 9 : La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS	
Points forts - Les objectifs des projets personnalisés sont en adéquation avec les objectifs opérationnels	Points faibles

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

Point 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	
Points forts - L'association SSV a tissé un véritable maillage du territoire - L'association a su se développer pour répondre aux besoins du territoire et faire bénéficier de son expertise à des territoires peu investis	Points faibles
Point 11 : La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS	
Points forts - L'association SSV est connue et reconnue par les différents partenaires	Points faibles
Point 12 : Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions	
Points forts - Des échanges se réalisent avec un certain nombre de partenaires - Le classeur à domicile est construit de manière à permettre les échanges entre professionnels médicaux et paramédicaux	Points faibles - Les onglets du classeur soins destinés au médecin traitant et aux autres professionnels paramédicaux libéraux non conventionnés sont rarement investis par ces derniers - La fiche de liaison présente dans le classeur de soins est rarement utilisée par le patient ou remplie et retournée par l'hôpital
Point 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	
Points forts - Le service observe tout changement de comportement et oriente le patient vers la structure adaptée si besoin - Le patient reçoit toutes les informations utiles pour comprendre le fonctionnement et l'organisation du SSIAD	Points faibles

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

Point 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	
Points forts - L'évaluation des besoins et des attentes se réalise lors du RDV de pré-admission - Une évaluation complémentaire est réalisée durant la première intervention - Un projet personnalisé est rédigé	Points faibles - La notion de projet de soins n'est pas totalement assimilée par le personnel,
Point 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	
Points forts - Les usagers sont sollicités tout au long de la démarche, les soignants leur expliquent ce qu'ils font et ce qu'ils écrivent - Le personnel est à l'écoute de tout changement	Points faibles
Point 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	
Points forts - Le projet personnalisé est revu au moins une fois par an ou bien lors de toute modification ou aggravation. Les modifications sont saisies dans Apozème avec une possibilité d'alerte	Points faibles
Point 17 : Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant	
Points forts - Le patient est informé de ses droits dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement	Points faibles
Point 18 : la prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers	
Points forts	Points faibles

- Les patients et familles sont très satisfaits des prestations du SSIAD - Il existe une enquête de satisfaction annuelle	
Point 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	
Points forts - Analyse des résultats de l'enquête de satisfaction annuelle - Existence d'un conseil de la vie sociale avec 3 représentants des usagers dont un du SSIAD - Les modalités de participation sont présentées dans le livret d'accueil	Points faibles - Les patients et familles ne connaissent pas le CVS malgré la remise du livret d'accueil - Le taux de retour du questionnaire de satisfaction a diminué entre les deux dernières années

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

Point 20 : Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité	
Points forts - Les formations, réunions rappellent en continu le respect de la dignité et du droit à l'intimité, énoncé dans les contrats de travail	Points faibles
Point 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	
Points forts - Existence de fiches d'évènements indésirables, présentes dans le classeur de soins - Existence de procédures et saisie des fiches dans un logiciel RMES pour faciliter leur suivi - Existence d'une instance COVIRIS pour étudier et suivre ces incidents - Existence d'une procédure pour le signalement de la maltraitance - Organisation d'une formation bientraitance	Points faibles
Point 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	
Points forts	Points faibles
- Réactualisation du DUERP - Plan de formation varié et riche - Réunions de transmissions - Possibilité d'utiliser les ressources internes (de l'HAD ou de l'ESA) - Organisation ponctuelle de groupe d'analyse de la pratique	

VI. PROPOSITIONS OU PRECONISATIONS

A. *Aspects stratégiques*

Les axes stratégiques proposés pour les cinq prochaines années sont :

- **Axe stratégique N°1 : Mettre les différents outils ou démarches en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles**
- **Axe stratégique N°2 : Garantir une communication en continue pour faciliter l'appropriation des différents outils et informations**
- **Axe stratégique N°3 : Poursuivre les actions engagées au niveau des ressources humaines et la réflexion sur la possibilité de réaménager les tournées**

B. Eléments opérationnels

- **Les objectifs opérationnels en lien avec l'Axe stratégique N°1 (Mettre les différents outils ou démarches en conformité avec la réglementation et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles)**

- o **Objectif N°1** : Engager une lecture et une étude des recommandations avec le personnel pour parfaire les outils existants (projet d'établissement, rapport d'évaluation interne, projet individualisé)
- o **Objectif N°2** : Mettre à disposition la liste et les sommaires des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans un classeur et dans la gestion documentaire
- o **Objectif N°3** : Interroger toutes les parties prenantes lors de l'élaboration de la prochaine évaluation interne et du prochain projet de service
- o **Objectif N°4** : Rédiger le prochain rapport d'évaluation interne conformément aux recommandations de bonnes pratiques existantes
- o **Objectif N°5** : Développer les points manquants dans le projet d'établissement (évolution du public sur 3 ans, missions et prestations propres au SSIAD)
- o **Objectif N°6** : Préciser dans le projet d'établissement les destinataires du projet, les modalités de consultation du document, son plan de communication interne et externe, le dispositif de suivi et d'évaluation du projet et sa planification
- o **Objectif N°7** : Apporter les compléments nécessaires au livret d'accueil et au règlement de fonctionnement
- o **Objectif N°8** : Formaliser le document individuel de prise en charge (intégration prévue dans le livret d'accueil/règlement de fonctionnement)
- o **Objectif N°9** : Prévoir dans le plan de formation une action sur le projet de soins individualisé afin d'en garantir la connaissance par tous
- o **Objectif N°10** : Mettre en place un codage sur la feuille présentant les tournées afin de faciliter le repérage des risques inhérents à la vulnérabilité des patients

- **Les objectifs opérationnels en lien avec l'Axe stratégique N°2 (Garantir une communication en continue pour faciliter l'appropriation des différents outils et informations)**

- o **Objectifs N°11** : Développer la communication auprès des patients sur l'intérêt du questionnaire de satisfaction
- o **Objectifs N°12** : Développer continuellement la communication sur le CVS auprès des patients
- o **Objectifs N°13** : Continuer à informer le personnel sur les outils de la démarche qualité

- **Les objectifs opérationnels en lien avec l’Axe stratégique N°3 (Poursuivre les actions engagées au niveau des ressources humaines et la réflexion sur la possibilité de réaménager les tournées)**

- o **Objectifs N°14** : Poursuivre la réflexion sur la possibilité de réaménager les tournées pour limiter le passage de personnel différent
- o **Objectifs N°15** : Continuer les actions préventives et correctives en lien avec la lutte contre l’absentéisme
- o **Objectifs N°16** : Expérimenter, suivre et évaluer la mise en place du pool de remplacement

C. Priorités, calendrier et indicateurs

Axes stratégiques	Objectifs opérationnels	Court terme	Moyen terme	Long terme	Indicateurs	Prioritaires
Axe N°1 : Mettre les différents outils ou démarches en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles	N°1 : Engager une lecture et une étude des recommandations avec le personnel pour parfaire les outils existants (projet d'établissement, rapport d'évaluation interne, projet individualisé)	x	x	x	Compte-rendu réunions Amélioration des outils	
	N°2 : Mettre à disposition la liste et le sommaire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans la gestion documentaire	x			GED	
	N°3 : Interroger toutes les parties prenantes lors de l'élaboration de la prochaine évaluation interne et du prochain projet de service		x		Questionnaire, participation réunion	
	N°4 : Rédiger le prochain rapport d'évaluation interne conformément aux recommandations de bonnes pratiques existantes		x		Rapport	
	N°5 : Développer les points manquants dans le projet d'établissement (évolution du public sur 3 ans, missions et prestations propres au SSIAD)		x		Projet de service et d'établissement	
	N°6 : Préciser dans le projet d'établissement les destinataires du projet, les modalités de consultation du document, son plan de communication interne et externe, le dispositif de suivi et d'évaluation du projet et sa planification		x		Projet de service et d'établissement	
	N°7 : Apporter les compléments nécessaires au livret d'accueil et au règlement de fonctionnement	x			Livret d'accueil Règlement de fonctionnement	
	N°8 : Formaliser le document individuel de prise en charge (intégration prévue dans le livret d'accueil/règlement de fonctionnement)	x			DIPC	✓
	N°9 : Prévoir dans le plan de formation une action sur le projet de soins individualisé afin d'en garantir la connaissance par tous	x			Attestation de formation Plan de formation	
	N°10 : Mettre en place un codage sur la feuille présentant les tournées afin de faciliter le repérage des risques inhérents à la vulnérabilité des patients	x			Feuille des tournées	✓
Axe N°2 : Garantir une	N°11 : Développer la communication auprès des patients sur l'intérêt du	x	x	x	Sensibilisation des	

Axes stratégiques	Objectifs opérationnels	Court terme	Moyen terme	Long terme	Indicateurs	Prioritaires
communication en continue pour faciliter l'appropriation des différents outils et informations	questionnaire de satisfaction				soignants	
	N°12 : Développer continuellement la communication sur le CVS auprès des patients	x	x	x	Sensibilisation des soignants Courrier	
	N°13 : Continuer à informer le personnel sur les outils de la démarche qualité	x	x	x	Compte-rendu de réunion	
Axe N°3 : Poursuivre les actions engagées au niveau des ressources humaines et la réflexion sur la possibilité de réaménager les tournées	N°14 : Poursuivre la réflexion sur la possibilité de réaménager les tournées pour limiter le passage de personnel différent		x		CR de réunion	
	N°15 : Continuer les actions préventives et correctives en lien avec la lutte contre l'absentéisme	x			Suivi et évaluation du plan	✓
	N°16 : Expérimenter, suivre et évaluer la mise en place du pool de remplacement	x			Suivi et évaluation de l'expérimentation	✓

VII. ANNEXES

Annexe 1 :

Contrat de prestation pour le processus évaluatif



CONTRAT POUR PRESTATION EVALUATION EXTERNE

SSIAD Santé et solidarité – Explor'Conseil – Proposition du 20 octobre 2013 (37 pages)
Objet de la mission : Réalisation de l'évaluation externe du SSIAD de l'association Santé et Solidarité du Var
Nombre de jour : 7 jours **Tarif journalier :** 840€ HT **Total mission :** 6300 € HT (7534,80€ TTC)
Frais de déplacement : Compris **Intervenants :** Evalueurs externes

Préambule :

Le SSIAD de l'association Santé et Solidarité du Var organise une démarche d'évaluation externe. Un cahier des charges a été communiqué à plusieurs organismes habilités durant le mois d'octobre 2013.

C'est dans ce contexte qu'il est décidé le présent contrat entre :

La Société **Explor'Conseil**, le prestataire, Eurl au capital de 7 500 €, ayant son siège 12 impasse Matelet Gauthier 83400 HYERES représentée par **Madame TERNOIR Barbara**, gérante,

Et

Le **SSIAD Santé et Solidarité du Var**, situé Espace France Europe, 1328 chemin de la Planquette B.P. 60025- 83951 LA GARDE Cedex, représenté par **Monsieur KURTZEMANN Bruno**, Président de l'association Santé et Solidarité du Var,

ARTICLE 1 : Objet

Le présent contrat est un contrat de prestation d'évaluation ayant pour objet la « **Réalisation de l'évaluation externe du SSIAD Santé et Solidarité du Var** ».

La mission définie ci-dessus dans le présent contrat a fait l'objet d'une proposition commerciale datée du 20 octobre 2013 et présentée lors de l'entrevue du 24 octobre 2013 (cf. compte-rendu de réunion établi par l'association Santé et Solidarité du Var), et en fait partie intégrante.

ARTICLE 2 : Prix

En contrepartie de la réalisation des prestations définies à l'article 1 ci-dessus, le commanditaire versera au prestataire la somme de **6300 euros HT (soit 7534,80 * euros TTC) ventilée de la manière suivante :**

30% à la date du début de la mission (septembre 2014)

35% à la conclusion de la phase 3

35% à la remise des rapports d'évaluation

ARTICLE 3 : Durée

Le présent contrat couvre l'ensemble des prestations décrites dans la proposition commerciale selon les modalités précitées dans celui-ci et jusqu'à l'obtention du rapport

Contrat évaluation externe SSIAD Santé solidarité du Var et Explor'Conseil 1

Paraphe

définitif, soit le 11 décembre 2014 date de transmission arrêtée. Aucune reconduction tacite n'est possible.

Toutefois, la date de démarrage de l'évaluation est fixée à septembre 2014 et non en début d'année.

A titre indicatif, les dates sur site ont été fixées selon le calendrier suivant :

- Phase 1 : Le 5 septembre 2014 de 14h à 17h30
- Phase 2 : Le 23 septembre 2014 de 14h à 17h30
- Phase 3 : Le 15 octobre et le matin du 16 octobre 2014
- Phase 4 : Le 26 novembre 2014 de 14h à 17h30
- Le rapport sera communiqué le 11 décembre 2014 au plus tard

Ces dates pourront être modifiées d'un commun accord en cas d'empêchement de l'une des deux parties et sous réserve de la disponibilité de chacun ainsi que du respect des délais minimum entre chaque phase de la mission.

La validité de la présente offre est de un an à compter de la date de présentation à l'utilisateur.

I/ OBLIGATION D'EXPLOR'CONSEIL

ARTICLE 4 : Exécution de la prestation

Explor'Conseil s'engage à mener à bien la mission précisée à l'article 1 et détaillée dans la proposition commerciale du 20 octobre 2013, conformément aux règles de l'art et de la meilleure manière et au décret du 15 mai 2007.

A cet effet, l'évaluation externe sera conduite par « **Mesdames Zina BASSER et Barbara Ternoir ainsi que Monsieur Gilles GALLIANO** » évaluateurs externes qui répondent aux conditions de compétences et de qualifications prévues par le cahier des charges et dont les CV et diplômes requis ont été communiqués dans la proposition commerciale.

En cas de force majeure, mettant l'une des personnes chargées des évaluations dans l'impossibilité de poursuivre la mission assignée, Explor'Conseil pourra soumettre au service une autre personne de compétences équivalentes. Aucun changement d'équipe ne pourra s'effectuer sans l'accord du commanditaire.

ARTICLE 5 : Calendrier, délais

Les différentes étapes composant la mission respectent le calendrier défini dans le chapitre « calendrier prévisionnel » avec la date de démarrage défini dans l'article 3 du présent contrat. La mission devra être achevée à l'échéance prévue dans l'article 3 du présent contrat.

ARTICLE 6 : Obligation de confidentialité et de déontologie

Explor'Conseil considère comme strictement confidentiel, et s'interdit de divulguer à quiconque, toute information, document, donnée ou concept, dont il peut avoir connaissance à l'occasion du présent contrat sauf dans le cadre du rapport final aux membres du personnel.

L'évaluateur est, néanmoins, tenu de dénoncer tout fait répréhensible dans les conditions fixées par la loi.

Les évaluateurs s'engagent à respecter le contenu de la charte Explor'Conseil des évaluateurs externes, détaillé dans la proposition commerciale en page 6.

Contrat évaluation externe SSIAD Santé solidarité du Var et Explor'Conseil

2

Paraphe

BT

II/ OBLIGATION DU SERVICE

ARTICLE 7 : Obligation de collaboration

Le commanditaire tient à la disposition du prestataire toutes les informations pouvant contribuer à la bonne réalisation de l'évaluation externe. A cette fin, le service évalué met à disposition des évaluateurs l'ensemble des documents que ces derniers estiment nécessaire à la conduite de l'évaluation.

De plus, les évaluateurs pourront circuler dans le service et rencontrer les membres du personnel, sous réserve de ne pas gêner le fonctionnement du service. De même, ils pourront rencontrer les usagers et les partenaires selon les plans d'évaluation définis en phase 2, sous réserve de **l'accord préalable** des familles, des patients et des partenaires.

Les modalités de rencontre avec les usagers sont déterminées compte tenu des caractéristiques des personnes accompagnées et des éventuelles précautions en fonction de leurs difficultés.

ARTICLE 8 : Obligation de confidentialité

Le commanditaire et le prestataire s'interdisent de communiquer à des tiers, tout document, méthode de travail ou d'analyse fournis par Explor'Conseil ou par SSV.

ARTICLE 9 : Propriété du rapport final

De convention expresse, les résultats de l'évaluation deviennent la pleine propriété du commanditaire, à compter du paiement intégral de la prestation et le client peut en disposer comme il l'entend.

L'évaluateur ne peut le diffuser, en tout ou partie, ou faire état de son contenu, sous quelque forme que ce soit et quelque en soit le support (bulletin, communication orale ou écrite...) sans l'accord explicite du client.

ARTICLE 10 : Responsabilité

Le commanditaire convient que, que que soient les fondements de sa réclamation, et la procédure suivie pour la mettre en œuvre, la responsabilité éventuelle du prestataire à raison de l'exécution des obligations prévues au présent contrat, est limitée à un montant n'excédant pas la somme totale effectivement payée par le client, pour les services ou tâches fournies par le prestataire.

ARTICLE 11 : Référencement

Le prestataire ne peut faire figurer parmi ses références la présente mission d'évaluation externe sans l'accord explicite du client.

III/ RESILIATION, LITIGES ET VOIES DE RECOURS

ARTICLE 12 : Résiliation

Dans le cas où le commanditaire déciderait d'interrompre définitivement l'étude en cours, la phase enclenchée serait due au prorata de son exécution fixée au devis. Celle-ci ferait l'objet d'une facturation qui serait due immédiatement.

Dans le cas où le prestataire déciderait d'interrompre définitivement l'étude en cours, la commande serait due immédiatement. Celle-ci ferait l'objet d'une facturation qui serait due immédiatement.

En cas de litige survenant avec l'évaluateur quant à l'exécution de tout ou partie des dispositions du présent contrat, ou de manquements constatés par le responsable de l'évaluation aux dispositions légales ou réglementaires et notamment au cahier des charges prévu à l'article 2 du décret 2007-975 du 15 Mai 2007 ou aux dispositions déontologiques fixées par l'ANESM, une réunion avec l'organisme habilité se l'endra.

ARTICLE 13 : Avenant

Toute évolution du présent contrat fera obligatoirement l'objet d'un avenant.

ARTICLE 14 : Différents éventuels

Si une contestation ou un différend ne peuvent être réglés à l'amiable, le Tribunal de Toulon sera seul compétent pour régler le litige.

Fait à Hyeres
Le 30/01/2014

Signature du prestataire
Explor'Conseil

EXPLOR'CONSEIL

12 Impasse Marguerite Gaudin
84000 VAILLANT
N° d'agrément ANESM : H 2014 07 001

Fait à La Garde
Le 30/01/2014

Signature du commanditaire
SSIAD Santé et Solidarité du Var

SANTÉ ET SOLIDARITÉ DU VAR
HOSPITALISATION À DOMICILE
Soins infirmiers à Domicile
Espace France Europe
1328, chemin de la Planquette
BP 60033 - 83951 LA GARDE Cedex
Tél. 04 84 29 51 50 - Fax. 04 84 23 72 43

* La facturation prendra compte du changement du
montant de la TVA de 19,6 % à 8 %

Annexe 2

Composition de l'équipe

Barbara TERNOIR – 42 ans

Evaluateur expérimenté gérante d'Explor'Conseil

Profil général:

Gérontologue et ingénieur social depuis 1996, elle a oeuvré durant 16 ans dans différents secteurs du sanitaire et du médico-social : la fonction publique, le secteur associatif et le secteur privé à but lucratif. Elle est aujourd'hui consultante formatrice indépendante et intervient dans le secteur sanitaire, social et médico-social.

Formation initiale

- ♦ **MASTER** Action Gérontologique et Ingénierie Sociale (anciennement DESS AGIS). Année 1996
- ♦ **CAFERUIS** (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale). Année 2006
- ♦ **CAFDES** (Certificat d'Aptitude aux Fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale): Obtention en 2013

Formation aux méthodes évaluatives

- ♦ **Formation d'auditeur qualité** selon les référentiels ISO 9001V2008 et le manuel HAS V2010

Expérience professionnelle dans le champ social ou médico-social

16 ans d'expérience

- ♦ **Consultante formatrice dans le secteur social et médico-social** depuis 2010
- ♦ **Directrice d'EHPAD** de 2006 à 2010 (successivement d'un EHPAD de 107 lits puis d'un EHPAD de 120 lits)
- ♦ **Responsable formation puis chargée de développement d'une importante association de maintien à domicile Rémoise**, de 2002 à 2006
- ♦ **Adjointe de direction d'un C.C.A.S. pour le secteur 3^{ème} âge** (service d'aide à domicile, 2 foyer-logements de 60 lits, 2 foyer-clubs) durant 4 années.
- ♦ **Coordinatrice d'un Centre Local d'Information et de Coordination** en 1997
- ♦ Stage pratique du DESS dans le **C.C.A.S.** d'une grande ville durant l'année 1995

Expériences en évaluations interne et externe

15 évaluations externes

- ♦ SAAD Londinières (76)
- ♦ Association Cany Barville, ADMR 76
- ♦ Association Fauville, ADMR 76
- ♦ Association Les falaises, ADMR 76
- ♦ Association Saint Laurent en Caux, ADMR 76
- ♦ Association Yerville, ADMR 76
- ♦ Association Plateau de Bolbec, ADMR 76
- ♦ Fédération ADMR 13
- ♦ Association Fontvieille, ADMR 13
- ♦ Association Saint-Etienne du Grès, ADMR 13
- ♦ Association Pays d'Arles, ADMR 13
- ♦ Association Saint Rémy de Provence, ADMR 13
- ♦ Association Tarascon, ADMR 13
- ♦ Association Vallée des Baux, ADMR 13
- ♦ Association Mouriès Saint Martin de Crau, ADMR 13

Zineb BASSER – 48 ans

Evaluatrice externe expert

Profil général:

Directrice d'action sociale depuis 2004, elle a oeuvré durant 23 ans dans le secteur de l'inclusion sociale : Au sein d'organismes de formation, de Centre de Prévention, de bailleurs sociaux. Elle est aujourd'hui évaluatrice externe expert et intervient dans le secteur sanitaire, social et médico-social.

Formation initiale

- ♦ **CAFDES** (Certificat d'Aptitude aux Fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale): Obtention en mai 2013
- ♦ **DHEPS** : Diplôme des Hautes Etudes en Pratiques Sociales

Formation aux méthodes évaluatives

- ♦ Formation de responsable qualité des organisations de l'économie sociale dans le cadre du dispositif **Evaluateur externe expert** : **ESPACE SENTEIN/AFNOR**

Expérience professionnelle dans le champ social ou médico-social

26 ans d'expérience

- ♦ **Mission d'une durée de 2 ans en tant que responsable** – 2012/2013 - EHPAD du CCAS de Nice
- ♦ **Evaluatrice externe depuis 2011**
- ♦ **Directrice d'action social** - 2002 à 2010 - Association Loi 1901 gestionnaire de 1800 logements d'insertion en région PACA
- ♦ **Conseillère à l'emploi/coordinatrice** - 1998 à 2002- Association Loi 1901 intervenant sur trois pôles : Formation, Emploi et Logement, animation
- ♦ **Formatrice**-1993 à 1995- **FAC 24 et ASFO 24** - Organismes de Formation
- ♦ **Educatrice Scolaire**- 1987 à 1993- **CDIPEIS** – Association Loi 1901 Centre de prévention de la délinquance

Expériences en évaluations interne et externe

1 évaluation externe en 2011

- ♦ Saint Lucipin dans le Jura qui a concerné :
 - Un FAM
 - Une MAS
 - Un SES

Gilles GALLIANO – 52 ans

Directeur SSIAD/Consultant Expert

Profil général:

Directeur de SSIAD depuis 2004, il a œuvré durant 29 ans dans le soin: en tant que coordonnateur d'un réseau de soins palliatifs, d'un réseau gériatrique, d'un réseau de santé généraliste, comme cadre pédagogique et infirmier libéral. Toujours salarié du SSIAD, il réalise parallèlement des accompagnements, des diagnostics et des animations de collectif.

Formation initiale

- ◆ DESU « Coordination, Logistique, et ingénierie des Réseaux de Santé » (Université Aix-Marseille III), Novembre 2002
- ◆ Diplôme d'Etat d'Infirmier (Ecole d'infirmiers du Centre Hospitalier de Toulon), 1981/1984

Formation aux méthodes évaluatives

- ◆ DESS « Coordinateur de réseaux sanitaires et sociaux » (Université Aix-Marseille III), Octobre 2003
- ◆ Formation sur la performance à l'espace Sentein en cours (2013/2014)

Expérience professionnelle dans le champ social ou médico-social

29 ans d'expérience

- ◆ Directeur du service de Soins à Domicile – SSIAD Age et Vie (80 places)- de 2004 à ce jour
- ◆ Coordonnateur du réseau de soins palliatifs- RIVAGE- de 2003 à 2004
- ◆ Cadre pédagogique- Institut de formation en travail social de la Croix Rouge - de 2003 à 2004
- ◆ Coordonnateur du réseau gériatrique – REAGIR 104– de 2002 à 2003
- ◆ Coordonnateur du réseau de santé généraliste – Présence en Centre Var de 2000 à 2003
- ◆ Infirmier libéral– de 1984 à 2002 en milieu rural

Expériences en évaluations interne et externe

Evaluation interne, diagnostic sanitaire et social, démarche qualité

- ◆ Installation de l'évaluation interne du SSIAD Age et Vie de 80 places pour personnes âgées et handicapées
- ◆ Diagnostic sanitaire et social de 5 établissements API Provence
- ◆ Installation de la démarche qualité et de l'évaluation interne au sein de l'EHPAD « les Amis des Aînés »
- ◆ Diagnostic sanitaire et social dans le cadre de la réhabilitation du foyer de travailleurs migrants ADOMA
- ◆ Animation du collectif des SSIAD Varois (CSV) et de groupes de travail autour de la démarche qualité, l'évaluation interne et l'évaluation externe
- ◆ Membre fondateur du CRERA (Comité de réflexion Ethique et de Reconnaissance des Aînés) en partenariat avec ALMAVAR, VAR ALZHEIMER, des directeurs d'EHPAD et de services d'aide et de soins à domicile)

Annexe 3

Charte déontologique des évaluateurs

	CHARTE DEONTOLOGIQUE DES EVALUATEURS	Référence :
		FT022
		Date :
		15/01/2012
		Version :
		1

Je soussigné, Babara TERNOIR, m'engage à respecter la charte déontologique des évaluateurs pour toute les missions d'évaluation externe qui me seront confiées par le cabinet Explor'Conseil, c'est-à-dire :

- Informer de toute relation qu'il pourrait avoir ou avoir eue avec l'organisme à évaluer qui pourrait faire douter de son indépendance de jugement
- Ne pas avoir participé à l'évaluation interne du commanditaire
- Respecter la loi et faire les révélations requises par les lois et les règlements
- Ne pas prendre part à des activités ou prises illégales d'intérêts
- Déclarer sans délai toute modification affectant la situation, le statut.
- Etablir un travail de partenariat avec le commanditaire pour aider à valoriser son projet et à illustrer sa mise en œuvre
- Œuvrer uniquement dans le cadre du plan évaluatif défini dans le contrat de prestation, validé en phase 1 du projet et détaillé en phase 2
- Réaliser les interviews des parties prenantes (usagers, familles, professionnels, partenaires) avec respect et bienveillance
- Mettre en évidence les faits en toute objectivité, honnêteté et équité, avec exactitude et précision (vis-à-vis de toutes les parties concernées)
- Remonter tous les éléments concrets recueillis et observés, indispensables à une rédaction objective et globale du rapport d'évaluation externe
- Maintenir en permanence une attitude de dialogue et éviter toute attitude arbitraire et autoritaire et tenir un langage courtois
- Faciliter le croisement des points de vue durant toutes les phases du projet évaluatif
- Solliciter l'avis des autres évaluateurs et des évaluateurs experts du secteur lors de toute hésitation ou interrogation.
- Respecter le secret professionnel et la discrétion sur les données et les observations recueillies
- Ne rien accepter qui pourrait compromettre ou risquer de compromettre un jugement professionnel
- Ne pas divulguer ou s'approprier les documents auxquels il aura eu accès durant la mission.
- Ne conserver aucune copie des documents et supports informatiques contenant des informations nominatives.
- Se comporter de façon à ne pas porter atteinte à la réputation ou aux intérêts du commanditaire.
- Se porter garant des méthodes, outils et matériels utilisés.
- Actualiser quotidiennement ses connaissances sur le secteur social et médico-social
- Evaluer et réajuster ses méthodes évaluatives après chaque bilan d'une mission d'évaluation
- Ne pas avoir d'intérêt financier avec le commanditaire durant l'année qui suit la remise du rapport d'évaluation externe.

Date : 30.05.14.

Signer (nom, prénom, mention « lu et approuvé »)

TERNOIR Barbara
lu et approuvé


Manuel qualité Explor'Conseil

Page 1 / 1

	CHARTRE DEONTOLOGIQUE DES EVALUATEURS	Référence :
		FT022
		Date :
		15/01/2012
		Version : 1

Je soussigné, Gilles GALLIANO, m'engage à respecter la charte déontologique des évaluateurs pour toute les missions d'évaluation externe qui me seront confiées par le cabinet Explor'Conseil, c'est-à-dire :

- Informer de toute relation qu'il pourrait avoir ou avoir eue avec l'organisme à évaluer qui pourrait faire douter de son indépendance de jugement
- Ne pas avoir participé à l'évaluation interne du commanditaire
- Respecter la loi et faire les révélations requises par les lois et les règlements
- Ne pas prendre part à des activités ou prises illégales d'intérêts
- Déclarer sans délai toute modification affectant la situation, le statut.
- Etablir un travail de partenariat avec le commanditaire pour aider à valoriser son projet et à illustrer sa mise en œuvre
- Œuvrer uniquement dans le cadre du plan évaluatif défini dans le contrat de prestation, validé en phase 1 du projet et détaillé en phase 2
- Réaliser les interviews des parties prenantes (usagers, familles, professionnels, partenaires) avec respect et bienveillance
- Mettre en évidence les faits en toute objectivité, honnêteté et équité, avec exactitude et précision (vis-à-vis de toutes les parties concernées)
- Remonter tous les éléments concrets recueillis et observés, indispensables à une rédaction objective et globale du rapport d'évaluation externe
- Maintenir en permanence une attitude de dialogue et éviter toute attitude arbitraire et autoritaire et tenir un langage courtois
- Faciliter le croisement des points de vue durant toutes les phases du projet évaluatif
- Solliciter l'avis des autres évaluateurs et des évaluateurs experts du secteur lors de toute hésitation ou interrogation.
- Respecter le secret professionnel et la discrétion sur les données et les observations recueillies
- Ne rien accepter qui pourrait compromettre ou risquer de compromettre un jugement professionnel
- Ne pas divulguer ou s'approprier les documents auxquels il aura eu accès durant la mission.
- Ne conserver aucune copie des documents et supports informatiques contenant des informations nominatives.
- Se comporter de façon à ne pas porter atteinte à la réputation ou aux intérêts du commanditaire.
- Se porter garant des méthodes, outils et matériels utilisés.
- Actualiser quotidiennement ses connaissances sur le secteur social et médico-social
- Evaluer et réajuster ses méthodes évaluatives après chaque bilan d'une mission d'évaluation
- Ne pas avoir d'intérêt financier avec le commanditaire durant l'année qui suit la remise du rapport d'évaluation externe.

Date : 30/05/14

Signer (nom, prénom, mention « lu et approuvé »)

Gilles GALLIANO
Lu et approuvé


Manuel qualifié Explor'Conseil

Page 1 / 1

	CHARTRE DEONTOLOGIQUE DES EVALUATEURS	Référence :
		FT022
		Date :
		15/01/2012
		Version : 1

Je soussigné, Zina BASSER, m'engage à respecter la charte déontologique des évaluateurs pour toute les missions d'évaluation externe qui me seront confiées par le cabinet Explor'Conseil, c'est-à-dire :

- Informer de toute relation qu'il pourrait avoir ou avoir eue avec l'organisme à évaluer qui pourrait faire douter de son indépendance de jugement.
- Ne pas avoir participé à l'évaluation interne du commanditaire.
- Respecter la loi et faire les révélations requises par les lois et les règlements.
- Ne pas prendre part à des activités ou prises d'intérêts.
- Déclarer sans délai toute modification affectant la situation, le statut.
- Etablir un travail de partenariat avec le commanditaire pour aider à valoriser son projet et à illustrer sa mise en œuvre.
- Œuvrer uniquement dans le cadre du plan évaluatif défini dans le contrat de prestation, validé en phase 1 du projet et détaillé en phase 2.
- Réaliser les interviews des parties prenantes (usagers, familles, professionnels, partenaires) avec respect et bienveillance.
- Mettre en évidence les faits en toute objectivité, honnêteté et équité, avec exactitude et précision (vis-à-vis de toutes les parties concernées).
- Remonter tous les éléments concrets recueillis et observés, indispensables à une rédaction objective et globale du rapport d'évaluation externe.
- Maintenir en permanence une attitude de dialogue et éviter toute attitude arbitraire et autoritaire et tenir un langage courtois.
- Faciliter le croisement des points de vue durant toutes les phases du projet évaluatif.
- Solliciter l'avis des autres évaluateurs et des évaluateurs experts du secteur lors de toute hésitation ou interrogation.
- Respecter le secret professionnel et la discrétion sur les données et les observations recueillies.
- Ne rien accepter qui pourrait compromettre ou risquer de compromettre un jugement professionnel.
- Ne pas divulguer ou s'approprier les documents auxquels il aura eu accès durant la mission.
- Ne conserver aucune copie des documents et supports informatiques contenant des informations nominatives.
- Se comporter de façon à ne pas porter atteinte à la réputation ou aux intérêts du commanditaire.
- Se porter garant des méthodes, outils et matériels utilisés.
- Actualiser quotidiennement ses connaissances sur le secteur social et médico-social.
- Evaluer et réajuster ses méthodes évaluatives après chaque bilan d'une mission d'évaluation.
- Ne pas avoir d'intérêt financier avec le commanditaire durant l'année qui suit la remise du rapport d'évaluation externe.

Date : 30/05/14
Signer (nom, prénom, mention : « lu et approuvé »)

BASSER Zina
lu et approuvé

Manuel qualité Explor'Conseil

Page 1 / 1

Annexe 4

Calendrier de réalisation



Date de début : Début septembre 2014

✓ Phase 1 (Organisation recueil de données): **8 septembre 2014**

✓ Phase 2 (Elaboration du cadre et du questionnaire évaluatif): **1^{er} comité de suivi et de lecture : 23 septembre 2014**

✓ Phase 3 (Recueil de données sur site : **1,5 jours**) : **15 et 16 octobre 2014**

✓ Phase 4 (Pré-rapport) :

Envoi par mail du pré-rapport : **17 novembre 2014**

Lecture croisée **2eme comité de suivi et de lecture** : **1^{er} décembre 2014**

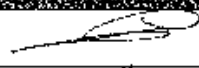
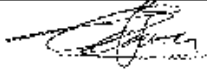
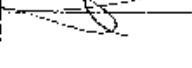
✓ Phase 5 (Rapport et restitution)

Date de restitution des rapports d'évaluations : **11 décembre 2014**

✓ **Date de fin : Mi décembre 2014**

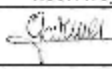
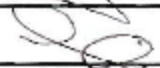
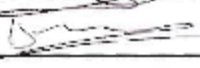
ANNEXE 5

Feuilles d'émargement des réunions et Comités de suivi et de lecture

		Santé et Solidarité du Var		DTQ-ORG-068-02	
		FICHE DE PRESENCE		Page 1/1	
REUNION	X	OBJET: Evaluation Externe SSIAD			
FORMATION		Phase 1			
DATE:	08/09/2014	HEURE DEBUT:	16h30	HEURE FIN:	15h35
INTERVENANT(S):					
LIEU: Siège SSV					
HEBERT Aurélie	Ass. Qualité	oui			
TERVOIR Barbara	Evaluation	-			
DELENTRE Sophie	ide Co	oui			
Sylvie NOTREBEUX	ide Co	oui			
Perrine JRS	Directrice				
A. STON	PRM/nap				

	FEUILLE EMARGEMENT COMITE DE PILOTAGE ET DE LECTURE	Référence : FE078
		Date : 03/06/2014
		Version : 1

Evaluation externe de la structure : SSIAD SSV

Date : 23 Septembre 2014 Horaire : 14h00		
☐ 1ère réunion du Comité de pilotage et de lecture ☐ 2ème réunion du Comité de pilotage et de lecture		
NOMS PRENOMS	FONCTIONS	SIGNATURE
Garnier Sabine	AS	
FERRINDI Camille	IDE	
JENUTI Pascale	Secrétaire	
DEZENOTE Sylvie	DEC	
Sylvie FORTREUX	IDE CO	
A. S. ...	Adj. Direction REH / RAP	
Delamare S.	amb Representat Reges	

Evaluateur(s) : Nom(s), Prénom(s), Signature(s): **Zina BASSER**

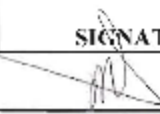
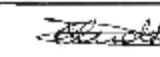


Evaluation externe de la structure :

Date : 1^{er} décembre 2014

Horaires : 14h-17h

- ☐ 1ere réunion du Comité de pilotage et de lecture
☐ 2eme réunion du Comité de pilotage et de lecture

NOMS PRENOMS	FONCTIONS	SIGNATURE
Sylvie NOIREUX	IDE CO	
Sabine GARNIER	AS	
Camille FENARDI	IDE	
Jerutti RECALC	Secrétaire	
Stéphanie DELAMOTTE	idec	
Benjamin JRS	Directeur	
A. S. NAD	Adj'de Direction R.H. / REP	
AURÉLIA HEBERT	Ass. Qualité GDR	
Delamotte, Stéphanie	aprb	

Evaluateur(s) : Nom(s), Prénom(s), Signature(s)

EXPLOR CONSEIL

12 Impasse Marcel Gauthier

83000 HYERES

Manuel qualité Explor'Conseil

N° habilitation ANESM : H 2011-07-802

Page 1 / 1

ANNEXE 6

Référentiel ARESSAD

CHAPITRES DU RÉFÉRENTIEL	ITEMS AJOUTÉS DANS LE REFERENTIEL
Partie 1 : Pratiques professionnelles et ressources a- Projet et stratégie du service b- Responsabilités c- Obligations légales et réglementaires d- Ressources humaines e- Ressources matérielles f- Ressources financières	Point manquants : Axes demandés dans la recommandation de bonnes pratiques professionnelles « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » de l'ANESM de 2012 - Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents - o La douleur, les escarres, les risques infectieux sont interrogés - o Il manque des questions sur le repérage des chutes, de la dénutrition, des troubles de l'humeur et du comportement - Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance - L'accompagnement fin de vie
Partie 2 : Coordination et organisation a- Méthodes de travail b- Documentation c- Communication d- Partenariat e- Fournisseurs et prestataires	
Partie 3 : Mesure, analyse et amélioration a- Tableaux de bord b- Satisfaction de l'utilisateur c- Satisfaction du personnel d- Amélioration continue	
Synthèse	

ANNEXE 7

Documents consultés

Documents : ☒ Officiels	▪ Statut de l'association Santé et solidarité du Var Approuvé à l'AG extraordinaire du 17/06/2010 ▪ Journal officiel 1982 ▪ Autorisation 35 places le 21 janvier 1983 ▪ Autorisation d'extension de 15 places pour PA en date du 1^{er} juillet 2008 ▪ Autorisation d'extension de 45 à 60 places ▪ Autorisation de 8 places PH du 1^{er} septembre 2008 et lettre de notification ▪ Autorisation d'extension de 60 à 80 places et PV ▪ Autorisation de création de 43 places 4 décembre 2012 ▪ Atte ▪ station de conformité 10 places ESA ▪ Projet d'établissement 2013-2017 ▪ Manuel qualité ▪ Rapport de certification V2010 HAD santé solidarité du Var ▪ Evaluation interne SSIAD SSV 2013 ▪ Evaluation interne mise à jour en octobre 2014 avec fiche de présence des réunions du 1^{er} et 2 octobre et le PAQ SSIAD mis à jour ▪ SROS et révision SROS	Documents : ☒ Patients	▪ Questionnaire de satisfaction du SSIAD 2014 ▪ Résultat enquête de satisfaction 2011, 2012, 2014 ▪ Projet de soins individualisé ▪ Livret d'accueil et règlement de fonctionnement ▪ Formulaire de demande d'admission en SSIAD ▪ Accord et autorisation ▪ Documents ESA : Document individuel de prise en charge, Evaluation psychomotrice, Fiche de soins de réhabilitation et d'accompagnement, Livret d'accueil et règlement de fonctionnement ESA, Projet de soins individualisé ▪ Documents de soins : Diagramme de soins ; Fiches constantes ; Fiche de liaison (consultation ou hospitalisation) ; Fiche de refus de soins ; Fiche de soins infirmier ; Fiche de suivi des patchs ; Fiche d'évaluation de l'autonomie ; Observation médicale ; Prévention des escarres ; Traitement d'une plaie ; Transmission paramédicale
Documents : ☒ Internes	▪ Compte-rendu du CLIAS du 12 mars 2014 ▪ Compte-rendu du CLIAS du 24 juillet 2013 ▪ Compte-rendu du CLIAS du 29 novembre 2012 ▪ Cartographie des risques ▪ Document Unique 2013 /2014 ▪ Fiche d'évènement indésirable ▪ Liste des actions mises en œuvre pour la prévention de la maltraitance ▪ Liste des contrats de maintenance ▪ Liste des actions mises en œuvre pour la prévention des risques psycho sociaux ▪ Suivi PAQ sécurité des soins du SSIAD SSV au	Documents : ☒ Partenaires	▪ Convention avec IDE libéral, convention partenariat ESA SSIAD, convention pédicure

	18/06/14 ▪ Plan blanc, gestion de crise ▪ Politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ▪ Procédure signalement en cas de maltraitance ▪ Procédure déclaration incident et plaintes RMES ▪ Processus des plaintes et réclamations ▪ Procédure d'accès au locaux HAD et SSIAD La Garde ▪ Procédure d'archivage du dossier patient ▪ Procédure de pré-admission d'un usager ▪ Procédure pour demande de prise en charge administrative en SSIAD ▪ Programme global de gestion des risques ▪ CR 1ere réunion d'analyse des évènements indésirables ▪ Communiqués qualité ▪ CR 1ere réunion de suivi du PAQ sécurité des soins SSIAD 6 mars 2014, CR 2eme réunion 6 mai 2014, CR 3eme réunion 11 mai 2014, CR 4eme réunion 18 juin 2014 ▪ PAQ SSIAD 2013, 2014 ▪ Point sur le PAQ ▪ CR de la réunion du 1^{er} juillet 2014 Commission qualité Gestion des risques et sécurité des soins ▪ Power point de présentation de l'évaluation externe ▪ Réunion de suivi des Recommandations de Bonnes pratiques professionnelles 22 mai 2014, CR 2eme réunion suivi des RBPP et de l'évaluation du SSIAD 11 juin 2014, CR 3eme réunion de suivi ▪ Fiche de présence, réunion de présentation de l'évaluation SSIAD le 19 juillet 2013 ▪ Définition de la GED ▪ Planning annuel des réunions internes ▪ Rétroplanning 2013-2014 évaluation du SSIAD ▪ Trame GED informatique du SSIAD ▪ 1ere réunion de suivi dossier de soins SSIAD de juin 2014		
--	--	--	--

	▪ Liste de diffusion des documents de la GED ▪ Carnet d'adresse SSV ▪ Réunion SSV sur l'activité 2012 ▪ Réunion SSV sur l'activité 2013 ▪ Trame EI ARESSAD ▪ Mise à jour du dossier de soin : OJ de la réunion du 18 juin 2014, fiche de présence, CR de la réunion, réunion de présentation du nouveau classeur le 26 juin 14 et mail ▪ Document ESA : Organigramme opérationnel ESA, Planning des séances ESA, Triptyque ESA, répartition poste ESA ▪ Fiches de poste signées par les 2 parties : Employé administratif, Aide soignant, IDE et IDEC ▪ Plan de formation 2012, 2013, 2014 HAD/SSIAD ▪ Point sur les réunions en lien avec les évaluations ▪ Cycle de travail ▪ Organigramme SSV ▪ Planning SSIAD Garde ▪ Règlement intérieur ▪ Suivi et analyse des AT et EI ▪ Questionnaire d'embauche ▪ Procédure de recrutement ▪ Feuilles d'émargement réunion projet d'établissement		
--	---	--	--

Annexe 8

Plans d'évaluation

Jour 1 :

Horaires	Evaluateur 1 Barbara TERNOIR	Evaluateur 2 Gilles GALLIANO
8h30-9h	Réunion d'ouverture. Visite du site	
9h-10h	Entretien 2 IDEC (La Garde et La Seyne)	Entretien Directeur et Adjointe de direction RAQ-RRH
10h-11h	Entretien secrétaire	Entretien Assistante Qualité et Gestion des Risques
11h-12h	<i>Consultation documents</i>	<i>Consultation documents</i>
12h-13h		
13h-14h	Entretien Président du CA	Entretien IDE La Garde
14h-15h	Entretien AS La Garde	Entretien AS La Garde
15h-16h	Entretien téléphonique AS Brignoles	Entretien téléphonique AS La Seyne
16h-17h	Transmission	Entretien Membre CRUQ et CA
17h-18h	<i>Consultation documents</i>	<i>Consultation documents</i>

Jour 2 :

Horaires	Evaluateur 1 Barbara TERNOIR	Evaluateur 2 Gilles GALLIANO
8h30-9h30	Entretien domicile Patient La Garde	Entretien téléphonique Patient La Garde
9h30-10h30	Entretien domicile Patient La Garde	Entretien téléphonique Patient la Garde
10h30-11h30	Entretiens téléphoniques (2 familles)	Entretien téléphonique partenaires (3 partenaires)
11h30-12h	Préparation de la restitution à chaud	
12h-13h	Restitution à chaud	

Annexe 9

Liste des documents qualité

ORGANISATION ADMINISTRATIVE			
N°	Intitulé du document	Référence	Lien
1	Définition de la GED		(B)
2	Procédure des procédures		(B)
4	Manuel Qualité		(B)
5	Gestion de la boîte aux lettres Outlook		(B)
7	Conduite à tenir en cas de panne informatique		(B)
8	Fiche Présence Réunion		(B)
9	Fiche Parcours Journalier		(B)
11	Accès aux locaux HAD et SSIAD La Garde		(B)
12	Compte rendu réunion		(B)
14	Demande de fournitures		(B)
18	Liste de diffusion des documents de la GED		(B)
19	Organigramme SSV		(B)
20	Glossaire SSV		(B)
21	Carte géographique SSV		(B)
22	Procédure de désactivation du portail principal		(B)
	Déclaration de perte de clés	SSIAD-ORG-001-01	(B)
	Suivi récupération des clés	SSIAD-ORG-002-01	(B)
	Procédure dépôt de clés SSIAD La Garde	SSIAD-ORG-003-01	(B)
	Fax type La Garde	SSIAD-ORG-015-01	(B)
	Fax type Brignoles	SSIAD-ORG-016-01	(B)
	Fax type La Seyne	SSIAD-ORG-017-01	(B)
A- Développement Durable			
A 1	La Politique de Management du Développement Durable		(B)
A 2	Charte Eco Responsable		(B)
A 3	Sensibilisation au Développement Durable		(B)
C- Evaluations interne et externe			
C 1	Evaluation Interne SSIAD SSV		(B)
C 2	PowerPoint présentation évaluation interne et externe		(B)
D- Les instances			
D 1	Tableau récapitulatif des instances médicales		(B)
D 2	Règlement intérieur CME		(B)
D 3	Règlement intérieur COMEDIMS		(B)
D 4	Règlement intérieur Commission qualité PACA corse HAD		(B)
E- Orientations stratégiques			
E 1	Programme d'Amélioration Qualité (PAQ) du SSIAD		(B)
E 2	Projet d'établissement SSV 2013-2017		(B)
	- Les bonnes pratiques professionnelles entre conformité et innovation		(B)
F- Chartes			
F 1	Charte de confiance		(B)
	- Charte de l'environnement		(B)
	- Charte d'engagement développement durable		(B)
	- Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance		(B)
	- 2° Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance		(B)
	- Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie		(B)
	- Charte du Réseau gériatologique GUIDAGE		(B)
	- Charte des professionnels de santé - Réseau gériatologie GUIDAGE		(B)
	- Charte de la personne hospitalisée		(B)
	- Charte de bientraitance de la personne âgée		(B)
	- Charte Alzheimer éthique		(B)
	- Charte de l'expert visiteur		(B)
	- Charte d'engagement Missions Mains Propres		(B)

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES			
N°	Intitulé du document	Référence	Lien
A- Recrutement			
A 1	Fiche de remise de documents administratifs		(B)
A 2	Demande de renseignements administratifs		(B)
A 3	Document à fournir pour tout nouvel embauché		(B)
A 4	Règlement intérieur		(B)
A 5	Charte d'utilisation de la téléphonie et d'Internet		(B)
A 6	Charte d'utilisation de la messagerie		(B)
A 7	Attestation attribution/restitution de portable professionnel		(B)
A 8	Règlement d'utilisation d'un véhicule de service		(B)
A 9	Conduite à tenir : remise de documents administratifs pour les antennes		(B)
A 10	Tableau embauche IDE		(B)
A 11	Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires		(B)
B- Absences			
B 1	Demande d'autorisation d'absence		(B)
C- Heures de travail			
C 1	Demande de changement d'horaire administratif		(B)
C 2	Demande de changement d'horaires soignants		(B)
C 3	Imprimé de demande de récupérations		(B)
C 4	Heures supplémentaires prévisionnelles		(B)
C 5	Heures supplémentaires à payer		(B)
D- Evaluation			
D 1	Procédure d'évaluation annuelle des salariés		
D 2	Evaluation stagiaire soignant SSV		
E- Autres			
E 1	Listing des personnes parlant des langues étrangères		
E 2	Liste des personnes habilitées à accéder aux dossiers du personnel		
E 3	Demande de remboursement de frais		
E 4	Feuille variables prépa paie		
E 5	Procédure de constitution du dossier administratif du personnel		
E 6	Fiche de déclaration sur l'honneur d'accident		
F- FORMATION			
F 1	Imprimé demande de formation professionnelle continue		

Organisation et Prise en Charge des patients (OPC)			
N°	INTITULE	Référence	Lien
	Procédure de pré-admission d'un usager	SSAD-OPC-A01-01	
	Triptyque SSIAD La Garde		
	Triptyque SSIAD Brignoles		
	Triptyque SSIAD La Seyne		
	Triptyque ESA		
A- Accueil usager			
	Demande d'admission en SSIAD	SSAD-OPC-A001-01	
	Procédure pour demande de prise en charge administrative en SSIAD	SSAD-OPC-A002-01	
	Liste du matériel de premier soin à fournir pour la prise en charge des usagers	SSAD-OPC-B001-03	
B- Livret d'accueil			
	Livret d'accueil usager : contrat individuel de prise en charge et règlement de fonctionnement	SSAD-OPC-B002-01	
	Organigramme SSV		
	Accords et autorisation		
C- Pré-admission, admission et suivi			
	C.5 Compte rendu réunion soignants		
D- Directives anticipées			
	D.1 Directives anticipées		
	D.2 Procédure de recueil et de conservation des directives anticipées de l'usager		
E- Les situations nécessitant une prise en charge adaptée			
	E.2 Conduite à tenir en cas de fortes chaleurs		
	- Mesure de protection Chikungunya (Information patients)		
	E.3 Conduite à tenir devant un risque suicidaire		
	E.4 Procédure signalant des cas de maltraitance		
	E.5 Contention physique		
	E.10 Organigramme d'accueil du patient à risque d'escarres		
	E.14 Logigramme prise en charge sténose		
	N10 Classification des malades à déclaration obligatoire		
	Dosage AVK Antenne La Garde	SSAD-OPC-E001-01	
	Fiche signalement usager remarquable SAMU 83	SSAD-OPC-E002-01	
F- La prise en charge de la douleur			
	F.2 Procédure prise en charge douleur		
	Certificat engagement douleur		
G- Continuité des soins			
	Composition du classeur de garde infirmier La Garde la week-end	SSAD-OPC-G001-01	
M- Partenariat			
	Lettre de mission IDEL modèle	SSAD-OPC-M001-01	
	Convention IDEL modèle	SSAD-OPC-M002-01	
	Guide du partenariat infirmier Libéral La Garde	SSAD-OPC-M003-01	
O- La sortie du patient			
	Procédure d'envoi du questionnaire de l'usager		
	Questionnaire de satisfaction usagers du SSIAD SSIV 2014	SSAD-OPC-O002-01	
	Talonnets de suivi sortie patient	SSAD-OPC-O003-01	
Q- Le décès du patient			
	Procédure de conduite à tenir face à un décès au domicile	SSAD-OPC-Q001-01	

RISQUES ET VIGILANCES			
N°	Intitulé du document	Référence	Lien
A - Matéiovigilance			
A.1	Cahier des charges de la matériovigilance		
A.2	Déclaration d'incident de matériovigilance		
A.4	Procédure de renouvellement de consommables		
B - Plaintes et réclamations			
	Processus des plaintes et réclamations		
C - Pharmacovigilance et HémoVigilance			
	Déclaration d'incident de pharmacovigilance		
D - Risques			
	Fiche de déclaration d'événement(s) indésirable(s) (FEI)		
	Procédure de déclaration de sinistre et/ou dégât matériel au domicile du patient		
	Politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques		
	Cartographie des risques		
	Programme de gestion des risques		
	Plan blanc		
	Procédure de déclaration d'un dommage corporel occasionné sur un patient et/ou entourage		
E - Risques professionnels			
	Procédure accident de la circulation avec un véhicule de service		
	Document unique		
F - RMES			
	Guide d'utilisation RMES		
	Liste risques pour RMES		
	Guide RMES du vigilant		
	Procédure déclaration incident et plainte sur RMES		

DOSSIER DE SOINS			
N°	Intitulé du document	Référence	Lien
1	Couverture de dossier de soins La Garde	SSAD-DPA-001-01	
2	Couverture de dossier de soins Brignoles	SSAD-DPA-002-01	
3	Couverture de dossier de soins La Seyne	SSAD-DPA-003-01	
	Fiche patient (APOZEME)		
4	Fiche de liaison La Garde	SSAD-DPA-005-01	
5	Fiche de liaison Brignoles	SSAD-DPA-006-01	
6	Fiche de liaison La Seyne	SSAD-DPA-007-01	
7	Intercalaires à imprimer	SSAD-DPA-008-01	
8	Procédure d'archivage du dossier patient	SSAD-DPA-009-01	
A - ADMINISTRATIF			
A1	Fiche d'évaluation de l'autonomie	SSAD-DPA-A001-01	
A2	Projet de soins individualisé	SSAD-DPA-A002-01	
A3	Fiche de refus de soins	SSAD-DPA-A003-01	
	- Fiche de déclaration d'événement(s) indésirable(s) (FEI)		
A4	Contrat de remise des clés	SSAD-DPA-A004-01	
B - SOINS AS			
B1	Diagramme de soins	SSAD-DPA-B001-01	
B2	Fiche de suivi des PATCH	SSAD-DPA-B002-01	
B3	Prévention des escarres	SSAD-DPA-B003-01	
C - TRANSMISSIONS			
C1	Transmissions paramédicales	SSAD-DPA-C001-01	
D - MEDECIN			
D1	Observations médicales	SSAD-DPA-D001-01	
E - CONSTANTES			
E1	Fiche constantes	SSAD-DPA-E001-01	
F - SOINS IDE			
F1	Fiche de soins infirmiers	SSAD-DPA-F001-01	
G - AUTRES SOINS			
G1	Traitement d'une plaie	SSAD-DPA-G001-01	
	- Table des débits		
	- Règles pour photos de plaie		

HYGIENE (HYG)			
N°	Intitulé du document	Référence	Lien
1	Le réseau des correspondants médicaux et para médicaux en hygiène hospitalière	SEUE CCLIN	
1.1	Le CLIAS - Composition missions	DTQ-HYG-081-04	
2	Présentation organisation IAS missions correspondant	DTQ-HYG-082-01	
A. LES PRECAUTIONS			
A.1	La tenue professionnelle	PRT-HYG-A1001-02	Protocole
A.2	Les Précautions Standard	PRT-HYG-A1002-04	
Hygiène des mains			
A.3	Le lavage simple des mains	PRT-HYG-A1003-02	Protocole
A.6	Désinfection hygiénique des mains par friction hydro alcoolique	PRT-HYG-A1004-03	
A.9	Suivi mensuel de la consommation des solutions hydro alcooliques	PRT-HYG-A1005-01	
A.4	Fiche de suivi mensuel de la consommation des SHA par armoire	DTQ-HYG-A1004-02	
Port de gants			
A.7	Utilisation de gants de soins non stériles	PRT-HYG-A1002-02	Protocole
A.8	Utilisation de gants de soins stériles	PRT-HYG-A1002-02	Protocole
B. LES SOINS			
Soins d'hygiène			
B.1	La toilette du malade	PRT-HYG-B1001-02	Protocole
B.2	Le soin de bouche	PRT-HYG-B1002-02	Protocole
Soins techniques			
B.4	La préparation de la perfusion	PRT-HYG-B1004-03	Protocole
B.6	Pose et surveillance de la voie veineuse périphérique	PRT-HYG-B1006-02	Protocole
B.17	Logigramme risque de dénutrition chez un patient	DTQ-HYG-B1017-01	DTQ
B.7	Prise en charge de l'escarre	PRT-HYG-B1007-02	Protocole
B.9	Soin de sonde et vidange du sac collecteur	PRT-HYG-B1009-03	
B.9	Le sondage vésical clos	PRT-HYG-B1009-05	
B.11	Aérodérivage	PRT-HYG-B1011-02	Protocole
B.12	Protocole Oxygénothérapie	PRT-HYG-B1012-04	
B.18	Fiche Technique d'utilisation du stabilisateur Gripick	PRT-HYG-B1018-01	
B.20	Recommandations Proc Line : Manipulation - Entretien	PRT-HYG-B1020-01	Protocole
B.22	Refaction de pansement	PRT-HYG-B1022-01	
B.28	Eléments explicatifs relatifs au remplissage du score de Braden	DTQ-HYG-B1028-01	
OPC	Information Risque Escarre		
C. LA PREVENTION DU PERSONNEL			
Prise en charge AEV			
C.1	Logigramme conduite à tenir en cas d'AEV	PRT-HYG-C1001-02	
C.2	Indicateur circuit de prise en charge en cas d'AEV Antennes La Garde et La Seyne	PRT-HYG-C1002-04	
C.7	Fiche technique AEV et lettre d'orientation HAD-Hôpital La Garde et La Seyne	PA-HYG-C1007-03	
C.6	Protocole circuit de prise en charge en cas d'AEV - Antenne Brignoles	PRT-HYG-C1006-04	
C.6	Fiche technique AEV et lettre d'orientation HAD-Hôpital Brignoles	PA-HYG-C1006-01	
C.10	Composition kit AEV	DTQ-HYG-C1010-02	
C.3	Courrier type laboratoire demande envoi résultats AEV	DTQ-HYG-C1003-02	
C.4	Courrier type information médecin patient	DTQ-HYG-C1004-02	
C.11	Procédure administrative en cas d'AEV	PS-HYG-C1011-01	
D. MESURES SPECIQUES			
D.4	Gestion d'un phénomène épidémique	PRT-HYG-D1004-01	Protocole
D.6	Conduite à tenir devant une épidémie	PRT-HYG-D1006-01	Protocole
	Affiche TOUX	INFORMATION CCLIN	
Transmission croisée			
D.1	Précautions Standard, précautions complémentaires : Les bonnes pratiques à se poser	PRT-HYG-D1001-01	Protocole
D.16	Précautions complémentaires air	PRT-HYG-D1016-01	
D.16	Précautions complémentaires gouttelettes	PRT-HYG-D1016-01	
D.7	Mesures complémentaires : Réduction du Risque de Transmission respiratoire	DTQ-HYG-D1007-03	
	Choix d'un masque protection contre la tuberculose en milieu de soins		
D.1	Précautions particulières en cas de grippe commune	PRT-HYG-D1001-01	Protocole
D.9	Réduction du Risque de Transmission : Prise en charge d'un syndrome grippal	DTQ-HYG-D1009-01	
D.16	Syndrôme grippal : mesures d'hygiène Sujet contact / Cas suspect ou confirmé	DTQ-HYG-D1016-01	
D.31	Conduite à tenir Suspicion Grippe A H1N1 Professionnel santé	DTQ-HYG-D1031-01	
	Guide pratique infections invasives à méningocoque		
D.14	Précautions complémentaires contact	PRT-HYG-D1014-01	
BMR			
D.18	Stratégie et prise en charge du patient porteur de BMR	PRT-HYG-D1018-01	
D.15	Protocole BMR	PRT-HYG-D1015-01	
D.8	RRT porteur germes résistants aux antibiotiques	DTQ-HYG-D1008-02	
	Plaquette CCLIN Paris Nord : Information patient porteur de BMR	INFORMATION CCLIN	
	Plaquette CCLIN Sud Est : Information pour le patient et sa famille sur les BMR	INFORMATION CCLIN	
	Plaquette CCLIN Sud est : Information Personnel soignant sur les BMR	INFORMATION CCLIN	
	Plaquette CCLIN Sud est : Information BMR pour le transport sanitaire	INFORMATION CCLIN	

Clostridium difficile			
	LOGIGRAMME CCLIN Sud Est Clostridium difficile		
	Plaquette CCLIN Paris Nord : Information patient Clostridium difficile		
D.3	Protocole mesures renforcées - Clostridium difficile	PRT-HYG-D1003-04	
	Fiche technique CCLIN Paris Nord : Mesures de prévention et de maîtrise Clostridium difficile		
Précautions complémentaires			
D.18	RRT Portage de gale	DTQ-HYG-D1018-01	
D.26	Prise en charge d'un cas de gale chez un patient	PRT-HYG-D1026-01	
D.21	GALE associée aux soins chez un soignant	PRT-HYG-D1021-01	
	Plaquette CCLIN Paris Nord : Info patient porteur infection cutanée à la gale		
	Fiche technique CCLIN Paris Nord : Mesures prévention maîtrise diffusion gale		
D.22	Lutte contre les punaises de lit	PRT-HYG-D1022-01	
	Plaquette CCLIN Paris Nord : Contact personne atteinte de rougeole		
	Surveillance des cas de chikungunya et de dengue : Modalités signalement		
	Cas suspect de chikungunya ou de dengue : Fiche de signalement et de renseignements		
	Recommandations d'utilisation des répulsifs et blocs contre les moustiques		
	Fiche technique CCLIN Paris Nord : Mesures prévention maîtrise diffusion GEA virale		
D.17	Evaluation des précautions complémentaires	DTQ-HYG-D1017-01	
E. LE SIGNALEMENT			
E.1	Logigramme signalement des infections	PRT-HYG-E1001-06	
E.2	Circuit du signalement interne d'une infection	PRT-HYG-E1002-08	
E.3	Fiche de signalement interne d'une infection	DTQ-HYG-E1003-05	
E.4	Analyse causes des événements infectieux graves	PRT-HYG-E1004-01	
E.3	Circuit du signalement externe d'une infection	PA-HYG-E1005-01	
E.5	Courrier type : signalement infection à adresser au patient	DTQ-HYG-E1006-01	
	Classification des maladies à déclaration obligatoire		
	Circulaire 22 Janv. 2004 relative au signalement	Ministère	2004
F. L'ENVIRONNEMENT			
F.1	Entretien des locaux au siège de l'HAD	PRT-HYG-F1001-08	
F.2	Planning mensuel entretien locaux Antenne La Garde	DTQ-HYG-F1002-04	
F.7	Tracabilité entretien vitres interaires - La Garde	DTQ-HYG-F1007-02	
F.8	Tracabilité entretien des locaux sur les antennes	DTQ-HYG-F1008-01	
F.14	Entretien de l'environnement du patient	DTQ-HYG-F1014-02	Protocole
Les déchets			
F.2	Fiche Visuelle : Tri des déchets	DTQ-HYG-F1002-04	
F.9	Protocole du circuit de collecte et de transport des déchets d'activités de soins	PRT-HYG-F1009-01	
	Décret déchets patient en auto traitement		
	Déchets d'activités de soins à risques infectieux		
	Dépliant : Comment jeter vos déchets de soins à risques?		
G. TRAITEMENT, ENTRETIEN DU MATERIEL ET DISPOSITIFS MEDICAUX			
G.8	Tracabilité de l'entretien du véhicule de transport du magasin	DTQ-HYG-G1008-04	
G.6	Gestion au domicile des dispositifs médicaux	PS-HYG-G1006-02	Protocole
G.9	Entretien de la matelote	PRT-HYG-G1009-01	Protocole
G.13	Tracabilité entretien matelote	DTQ-HYG-G1013-01	DTQ
H. LES PRODUITS			
Les antiseptiques			
H.1	Principes d'utilisation des antiseptiques et conservation	PRT-HYG-H1001-02	Protocole
H.3	Bétadine scrub	DTQ-HYG-H1003-03	DTQ
H.4	Bétadine dermique 10%	DTQ-HYG-H1004-02	DTQ
H.6	Bétadine 10% solution bain de bouche	DTQ-HYG-H1006-02	DTQ
Les solutions hydro alcooliques			
H.9	Avogel NPC 65	DTQ-HYG-H1009-02	DTQ
Les détergents			
H.7	Savon doux	DTQ-HYG-H1007-03	DTQ
H.8	Détergent/amine	DTQ-HYG-H1008-01	DTQ
Les détergents désinfectants			
H.10	Surf/safe	DTQ-HYG-H1010-02	DTQ
Les désinfectants			
H.11	Eau de javel	DTQ-HYG-H1011-01	DTQ

Annexe 10

Abrégé du rapport

1/ La démarche d'évaluation interne (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 (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	-Mise à disposition des compétences de l'assistante qualité et gestion des risques -Information de la démarche auprès du personnel et des membres du CA et CRUQPC/CVS -Organisation de 13 réunions de travail	-Les patients, leurs familles et les partenaires directs n'ont pas été sollicités pour la démarche d'évaluation interne	-Interroger ces parties lors de l'élaboration de la prochaine évaluation interne
Le rapport d'évaluation interne	-Le rapport d'évaluation interne présente la réponse aux 134 questions du référentiel ARESSAD	-Le rapport n'a pas été rédigé sur la forme conformément à la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM portant sur l'évaluation interne	-Rédiger le prochain rapport d'évaluation interne conformément aux recommandations de bonnes pratiques existantes
Plan d'amélioration continue de la qualité	-Un PAQ a été rédigé en 2013 et 2014 -Des réunions de mise à jour et de suivi du PAQ se sont déroulées entre les 2 évaluations -La majorité des actions ont été réalisées malgré le court délai entre les deux évaluations		

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 (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités d'appropriation des recommandations	-Des recommandations comme celle sur l'éthique ont été étudiées lors de la réalisation de l'évaluation interne	- Elles ne sont pas citées dans le projet d'établissement, le rapport d'évaluation interne ou les procédures existantes -Elles ne sont pas mises à disposition du personnel	-Mettre à disposition la liste et les sommaires des recommandations dans la GED -Engager une lecture des recommandations pour parfaire les outils existants (projet d'établissement, rapport d'évaluation interne, projet individualisé)

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 (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Elaboration du projet d'établissement	-Existence d'un projet d'établissement présentant les différents services	-La partie concernant le projet de service du SSIAD ne développe pas suffisamment sa spécificité	-Développer les points manquants dans le projet d'établissement (évolution du public sur 3 ans, missions et prestations propres au SSIAD -Préciser dans le projet d'établissement les destinataires du projet, les modalités de consultation du document, son plan de communication interne et externe, le dispositif de suivi et d'évaluation du projet et sa planification
Mise en place de la démarche d'amélioration continue	-Mise à disposition de l'assistante qualité et gestion des risques -Existence de procédures, d'instance et d'une gestion documentaire disponible -Existence d'une enquête de satisfaction avec une enveloppe T pour faciliter le retour, d'une gestion des plaintes et des événements indésirables	-Le taux de retour des questionnaires de satisfaction a diminué entre les deux dernières années	-Développer la communication auprès des patients sur l'intérêt du questionnaire de satisfaction -Continuer à informer le personnel sur les outils de la démarche qualité

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'utilisateur, 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 (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Formalisation des collaborations	-Des conventions de partenariat ont été signées		
Formalisation des coopérations autour et avec l'utilisateur	-Implication importante dans les réseaux locaux et les fédérations existantes		

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 (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Elaboration du projet individualisé	-Un projet de soin individualisé est rédigé et présent dans le classeur de soins	-La notion de projet individualisé n'est pas totalement assimilée par le personnel	-Prévoir dans le plan de formation une action sur le projet de soins individualisé afin d'en garantir la connaissance par tous
Prise en compte des attentes et des besoins des patients	-Visite de préadmission pour évaluer les besoins et les attentes puis durant le premier soin ou bien lors de tout changement	-Les patients expriment le souhait d'avoir moins d'interlocuteur sur la semaine et durant la journée	-Réfléchir à la possibilité de réaménager les tournées pour limiter le passage de personnel différent
La continuité des prises en soins	-Existence de doublure et d'une tournée fixe pendant 15 jours -Traçabilité constante des transmissions, un dossier patient informatique complet -Expérimentation d'un pool de remplaçant -Réalisation d'un audit pour étudier les causes du taux d'absentéisme	-Existence d'un taux d'absentéisme dû aux AT du SSIAD de La Garde	-Continuer les actions préventives et correctives en lien avec la lutte contre l'absentéisme -Expérimenter, suivre et évaluer la mise en place du pool de remplacement

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 (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Effectivité de la participation des usagers	-Existence d'un CVS avec un représentant des patients du SSIAD, information stipulée dans le livret d'accueil	-Méconnaissance de cette instance par les patients malgré la présence du livret d'accueil dans le classeur	-Développer continuellement la communication sur le CVS auprès des patients
Effectivité des droits individuels et collectifs des usagers	-Indication de la possibilité de saisir une personne qualifiée dans le livret d'accueil -Existence d'un livret d'accueil et d'un règlement de fonctionnement	-Quelques manques ont été repérés dans le contenu des outils existants	-Apporter les compléments nécessaires au livret d'accueil et au règlement de fonctionnement -Formaliser le document individuel de prise en charge (intégration prévue dans le livret d'accueil/règlement de fonctionnement)

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 (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Respect des droits et libertés	-Les droits des usagers sont garantis -Les refus de prise en charge sont possibles		
Les risques inhérents à la situation de vulnérabilité	-Le suivi des risques est mis en place pour chaque patient	-Le repérage des risques pour l'ensemble des patients n'est pas retranscrit sur un seul document	-Mettre en place un codage sur la feuille présentant les tournées
Prévention des risques	-Existence d'une procédure de signalement de la maltraitance -Mise en place de formation sur la bientraitance -Réactualisation du DUERP et		

	participation de l'IDEC au CHSCT - Les plans de formation sont en lien avec la prévention des risques		
--	--	--	--

8/ Appréciation globale de l'évaluateur externe

Le SSIAD Santé Solidarité du Var est une structure qui répond totalement à sa mission et qui est bien implantée sur son territoire. La qualité des prestations est reconnue par les patients, leurs familles et les partenaires. Le service est dans une démarche d'amélioration continue très avancée avec une gestion documentaire, l'existence de procédure. Les actions du plan d'amélioration qualité issu de l'évaluation interne ont presque toutes étaient mises en place malgré le court délai entre les deux évaluations.

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 (5 maximum)	
Méthodologie en 5 phases	5 phases de septembre 2014 à décembre 2014 avec 7,5 jours d'intervention dont 3 jours de recueil sur site et 2 demi-journées pour l'animation du comité de pilotage.
Participation du personnel, des usagers, des familles et des partenaires	Mise en place d'un comité de pilotage représentatif des différents métiers, de l'encadrement, avec un représentant des usagers Interviews de tous les métiers, de l'encadrement, des services support (11 interviews), du Président du CA. Interviews des usagers et familles (5 interviews de patients et 2 de familles). Interviews des partenaires (3 interviews). Une grille d'entretien a été rédigée pour chaque profil.
Prise de connaissance des documents à distance puis consultation sur place	Documents lus tout au long de la démarche dont certains ont été étudiés pour vérifier le respect de la réglementation avec des grilles d'analyse.
Observation des pratiques professionnelles	Sur site durant 1,5 jour avec échanges avec les professionnels et participation à une relève.

10/ Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Voir en **ANNEXE 13**

Annexe 11

Enquête de satisfaction sur le processus évaluatif

Nom du participant (facultatif) du comité de suivi et de pilotage :

Questionnaire rempli collectivement par les membres du Comité de suivi et de lecture

Organisme, service : SSIAD Santé Solidarité du Var

Dates de l'évaluation externe : De septembre à décembre 2014

Noms des évaluateurs : Zina BASSER, Barbara TERNOIR et Gilles GALLIANO

1. EVALUATION DU PROCESSUS D'EVALUATION EXTERNE

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait	Pas satisfait
La méthodologie appliquée (5 phases, outils, méthode,...) pour le processus d'évaluation externe	5	4	1	
La participation de toutes les parties prenantes (professionnels, usagers, familles, partenaires)	2	8		
Le nombre de jours consacrés à l'évaluation	4	6		
L'animation et le contenu des comités de suivi et de lecture	4	6		
La pertinence et prise en compte des hypothèses de départ		5	3	2
L'organisation du recueil sur site et le respect des plans d'évaluation	1	7	1	
La qualité des échanges durant les interviews	6	4		
La posture des évaluateurs (respect de la charte déontologique)	2	5	2	1
Le profil des évaluateurs (qualification, connaissance)	5	3	1	
La qualité rédactionnelle du pré-rapport et de la synthèse		4	5	1
La prise en compte des remarques et commentaires de l'ESMS à l'issu du pré-rapport	2	8		
Le croisement des points de vue et la mise en débat (équipe, évaluateurs)	2	7		1
La pertinence des préconisations et propositions		5	4	1
Le respect du calendrier		9	1	

2. SATISFACTION GENERALE

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait	Pas satisfait	Sans réponse
Satisfaction globale	1	5	1	1	2

3. COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS :

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
-Bonne approche de la thématique -Qualité des échanges pertinente -Evaluer plus le fonctionnement de SSV que les parties prenantes -Prendre 5 points à zoomer au maximum	- Trop d'interprétations et n'a pas su assez mettre en valeur le travail (les points négatifs ont été amplifiés) - Attention à ne pas confondre HAD et SSIAD - Trop de généralités à partir d'un cas particulier. Manque d'impartialité - Ne pas généraliser à partir d'une personne interrogée. Jugement parfois trop présent. Ne pas trop confondre avec le fonctionnement d'un EHPAD - Propos incompris - Ne pas faire de généralités des commentaires ou émotions. Ne pas être subjectif, ne pas porter de jugement. Les points d'effort doivent être constructifs et réalisables

Recommanderiez-vous Explor'conseil pour une évaluation externe :

☐ 8 Oui

☐ 2 Non

☐ Sans réponse