

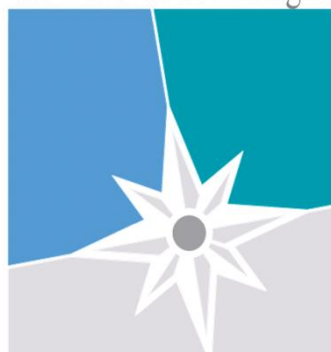
RAPPORT D'EVALUATION INTERNE 2013



S.S.I.A.D.
SERVICE DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

ANTRAIN

Centre Hospitalier
des Marches de Bretagne



Antrain - St Brice en Cogles



SOMMAIRE

<u>PARTIE 1 - PRESENTATION DU SERVICE ET DES ELEMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITES</u>	<u>4</u>
1. PRESENTATION DES MISSIONS, DU CADRE REGLEMENTAIRE ET DES OBJECTIFS PRINCIPAUX DES ACTIVITES DEPLOYEES	4
1.1. HISTORIQUE DU SERVICE ET PRESENTATION GENERALE DU GESTIONNAIRE	4
1.2. PRESENTATION RAPIDE DU SERVICE ET DE SES MODALITES DE FONCTIONNEMENT AU SEIN DU CHMB	5
1.3. LES MISSIONS ET LE CADRE REGLEMENTAIRE, CONTENUS DANS L'AUTORISATION	6
1.4. LES CONTRACTUALISATIONS ENGAGEES	7
1.5. LES PRINCIPALES VALEURS DU SERVICE SSIAD ET LES REFERENCES DU PROJET DE SERVICE	8
1.6. LES ORIENTATIONS ET LES OBJECTIFS GENERAUX QUI EN DECOULENT A TRAVERS LE PROJET DE SERVICE	9
2. LA CARACTÉRISATION DE LA POPULATION.....	13
3. LA SPÉCIFICATION DES OBJECTIFS.....	14
<u>PARTIE 2 - ELEMENTS DE METHODE.....</u>	<u>15</u>
1. PROTOCOLE D'ÉVALUATION.....	15
1.1. CHOIX D'ENTREE	15
1.2. TEMPORALITE.....	15
1.3. LES DIFFERENTES PHASES	16
1.4. DIFFICULTES EVENTUELLES RENCONTREES.....	17
2. LES MODALITES DE L'IMPLICATION DES INSTANCES DELIBERATIVES ET DIRIGEANTES, DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS DANS LA DEMARCHE	17
2.1. COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE ELARGI.....	17
2.2. LES MODALITES DE L'IMPLICATION DES INSTANCES DELIBERATIVES ET DIRIGEANTES.....	18
2.3. MODALITES D'ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS.....	19
2.4. MODALITES DE CONSULTATION DES PATIENTS	19
3. LES GRANDES MODALITES DE LA REMONTEE DES INFORMATIONS.....	20
3.1. LE REFERENTIEL UTILISE	20
3.2. LES ETUDES COMPLEMENTAIRES MENEES	21
<u>PARTIE 3 - PRESENTATION DES RESULTATS</u>	<u>22</u>
1. LES PRINCIPAUX CONSTATS.....	22
2. LE PLAN D'AMELIORATION DU SERVICE RENDU.....	28
3. LES INDICATEURS DE SUIVI	29

ANNEXES	30
1. CARACTERISATION DE LA POPULATION.....	31
1. CARACTERISTIQUES LIÉES AU PARCOURS DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES	31
2. CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES DU SSIAD.....	36
3. CARACTERISTIQUES LIÉES À L'ENVIRONNEMENT DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES	41
2. SPECIFICATION DES OBJECTIFS.....	42
AXE 1 : LA GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET LA PARTICIPATION DES USAGERS.....	42
AXE 2 : LA PREVENTION DES RISQUES	50
AXE 3 : LA PROMOTION DE L'AUTONOMIE ET DE LA QUALITE DE VIE	57
AXE 4 : LA CONTINUITE DE L'ACCOMPAGNEMENT ET LA COORDINATION DES INTERVENTIONS	59
3. RAPPORT D'AUTOEVALUATION	61
AXE 1 : LA GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET LA PARTICIPATION DES USAGERS.....	61
AXE 2 : LA PREVENTION DES RISQUES	69
AXE 3 : LA PROMOTION DE L'AUTONOMIE ET DE LA QUALITE DE VIE	76
AXE 4 : LA CONTINUITE DE L'ACCOMPAGNEMENT ET LA COORDINATION DES INTERVENTIONS	79
4. RESULTATS DES ENQUÊTES DE SATISFACTION	81

PARTIE 1 - PRESENTATION DU SERVICE ET DES ELEMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITES

1. PRESENTATION DES MISSIONS, DU CADRE REGLEMENTAIRE ET DES OBJECTIFS PRINCIPAUX DES ACTIVITES DEPLOYEES

1.1. Historique du service et présentation générale du gestionnaire

Le Service de Soins Infirmiers À Domicile est un service médico-social, géré par le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne.

15 places de soins à domicile, puis rapidement 27, sont créées 1982 sous forme d'association, l'ASDPACA (association pour le soin à domicile aux personnes âgées du canton d'Antrain). Le rattachement juridique à l'hôpital d'Antrain date de 1993.

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



Au 1^{er} janvier 2012, les 2 hôpitaux locaux d'Antrain et de St-Brice fusionnent dans une entité juridique unique, le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, CHMB, qui devient donc l'entité juridique gestionnaire du SSIAD et dont les activités sanitaires et **médico-sociales se répartissent ainsi :**

ANTRAIN	
Médecine (dont 2 lits en soins palliatifs)	12 lits
Soins de Suite et de Réadaptation Polyvalents	14 lits
Soins de Suite Spécialisés Locomoteur	36 lits
SSR Polyvalent orientation neurologique	10 lits
Hôpital de Jour (SSR Locomoteur)	5 places
EHPAD « La Loysance »	145 lits accueil permanent
	5 lits accueil temporaire
Service de Soins Infirmiers À Domicile, SSIAD	27 places
Education Thérapeutique Diabète type 2	

ST BRICE		
Soins de Suite et de Réadaptation Polyvalents		11 lits
EHPAD « Les Hameaux du Coglais »	Accueil permanent	112 lits
	Accueil temporaire « La Pampille »	12 lits
	Unité Alzheimer « L'Ancre de Marigny »	17 lits (15 permanents 2 temporaires)
	Accueil de jour « L'escale »	6 places
	Accueil de Nuit	1 lit

Cette nouvelle entité permet de mieux organiser l'offre de soins, de mutualiser les compétences et de bénéficier d'une recherche accrue de la qualité.

1.2. Présentation rapide du service et de ses modalités de fonctionnement au sein du CHMB

Le Service de Soins Infirmiers à Domicile du CHMB, c'est aujourd'hui **27 places autorisées, situées sur la commune d'Antrain et hébergées dans le bâtiment du service Médecine-SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) du CHMB.**

Le service est composé ainsi :

- **Une cadre de santé (0,40 ETP)** : sous l'autorité de la cadre supérieure de santé, la cadre de santé est garante de :
 - La continuité, la sécurité, la qualité des soins ;
 - L'organisation et l'évaluation des soins ;
 - La définition du projet dans le sens du projet d'établissement ;
 - L'encadrement des étudiants/stagiaires ;
 - La gestion administrative du service ;
 - La gestion des ressources humaines ;
- **Une IDE coordonnatrice (0.40 ETP)** : sous l'autorité de la cadre de santé, l'infirmière coordinatrice est garante de :
 - La mise en œuvre opérationnelle du projet de soins
 - La mise en œuvre de l'organisation du service
 - La continuité, la sécurité et la qualité des soins en lien avec la cadre de santé
- **Des aides-soignantes salariées (5 ETP)** : elles contribuent à la prise en charge de la personne dépendante et/ou malade. Elles travaillent en collaboration, sous la responsabilité et l'encadrement d'un infirmier, à des soins visant à répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie et à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne prise en charge par le SSIAD.

L'aide-soignant, dans un service de soins infirmiers à domicile, assure aux personnes dépendantes physiquement ou mentalement de façon temporaire ou définitive des soins d'hygiène, de confort et de prévention, une aide spécifique pour accomplir les actes essentiels de la vie, un soutien moral face à la solitude, la souffrance et la mort. L'aide-soignant situe son action au sein d'une équipe de travail pluridisciplinaire, participe à l'élaboration du projet de soins tout en transmettant certaines observations aux différents intervenants médico-sociaux, à la famille et aux proches.

Les actes infirmiers sont assurés par les IDE libérales ayant passé convention avec le CHMB, dans le cadre de sa mission SSIAD.

1.3. Les missions et le cadre réglementaire, contenus dans l'autorisation

Les services de soins infirmiers assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques^{et}/ou soins de base et relationnels.

Ainsi, ces services ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant, ou différant, à l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers.

Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements sociaux et médico-sociaux non médicalisés, prenant en charge des personnes âgées, des personnes handicapées ou des personnes présentant une affection de longue durée.

Le cadre réglementaire est principalement contenu dans :

- Le Code de l'action sociale et des familles, notamment les chapitres IV titre 1^{er} du livre III relatifs aux dispositions financières applicables aux établissements et services soumis à autorisation ; les articles L.351-1 à L.351-8 relatifs au contentieux de la tarification sanitaire et sociale, le 6) du I de l'article L.312-1 ;
- Les lois du 2 janvier 2002 ainsi que dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- Le décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatifs aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile ;
- La circulaire N°DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins et infirmiers à domicile

En ce qui concerne le service de soins à domicile du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, il est autorisé pour 27 places de prise en charge de personnes âgées.

1.4. Les contractualisations engagées

Le SSIAD en tant que service faisant partie intégrante du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, est couvert par les **contractualisations générales** du CHMB, et notamment :

- **Convention pluriannuelle d'objectifs et de Moyens 2012-2017** dont le contrat socle a été signé le 5 mars 2013, avec pour orientations stratégiques :

Orientation n°1 : Ancrer et promouvoir le CHMB dans son rôle de premier recours dans le cadre de son offre médicale et médico-sociale, promouvoir ses missions de santé publique

Orientation n°2 : Répondre aux besoins de la population vieillissante et s'inscrire dans la filière gériatrique du territoire

Orientation n°3 : Promouvoir et organiser une rééducation de qualité et s'inscrire dans les filières AVC et locomoteur du territoire (*Cette orientation ne concerne que l'activité sanitaire*)

Orientation n°4 : Favoriser la coordination des acteurs pour améliorer le parcours des patients

- **Convention de direction commune** avec la Résidence les Acacias de St-Georges de Reintembault (EHPAD de 110 lits) ;
- **Convention constitutive USSIVA** : Le CHMB est membre et coordonnateur du groupement de commande USSIVA (Union des établissements Sanitaires et Sociaux d'Ille et Vilaine pour l'Achat).
- **Convention générale avec le Centre Hospitalier de Fougères ;**
- **Convention avec la Blanchisserie Inter-Hospitalière de Taden ;**

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

1.5. Les principales valeurs du service SSIAD et les références du projet de service

● Des valeurs inscrites dans le projet d'établissement du CHMB

Les valeurs de SSIAD découlent de plusieurs références :

1- La **Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante**, qui figure dans le livret d'accueil et qui est le fondement des pratiques professionnelles se traduit par :

- ▶ **La place essentielle occupée par l'utilisateur** dont les besoins sont recueillis à travers les enquêtes de satisfaction, le recensement des événements indésirables qui sont analysés par la cellule qualité et restitués dans les instances dédiées.
- ▶ **Notre souhait de respecter dans la mesure du possible l'individu dans son identité et dans sa spécificité.**

2- Le **projet « Humanitude »** qui s'inscrit dans le déploiement du projet global d'établissement 2010-2014 et qui est basé sur le concept de Bienveillance. Le concept est déployé de manière souple et adaptée dans notre institution, mais permet de donner du sens à l'action de chacun et de réinterroger régulièrement les pratiques.

● Les valeurs de l'équipe et du service

Une valeur prioritaire : le respect de la personne soignée

Respect de la personne : respecter les habitudes de vie du patient ; celle-ci est accompagnée dans sa globalité, incluant son contexte de vie économique et sociale, sa personnalité, ses aspirations...

Respect de l'environnement de la personne âgée : le soignant s'attache à respecter le lieu de vie de la personne, celui-ci ayant une histoire. Le vécu familial est un repère quotidien pour la personne âgée et influence également les pratiques professionnelles.

Respect du rythme de la personne âgée : s'adapter à son rythme de vie, être à l'écoute, faire preuve de patience et d'indulgence. Il s'agit ainsi de rechercher sa participation aux soins, afin qu'elle reste active de sa vie.

Respect des valeurs spirituelles : les soignants prennent en compte les différentes pratiques et rituels liés aux croyances de la personne.

● Les valeurs professionnelles du service

Le service s'appuie avant tout sur du personnel qualifié et ayant démontré une réelle motivation pour exercer à domicile.

Les soins relationnels, en complément des soins techniques, constituent une mission essentielle.

L'équipe soignante, peu nombreuse, est soudée et adopte un comportement professionnel axé sur l'entraide et le respect des collègues.

Le profil de poste de soignant au SSIAD reste particulier : l'aide-soignante travaille seule, de façon autonome, doit faire preuve de responsabilité, de capacité d'adaptation, et de confiance en soi.

Le SSIAD s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire : cadre, IDE coordinatrice, aides-soignantes, psychologue. Cette richesse de compétences est positive pour le service et par conséquent pour le patient. C'est à travers cette interdisciplinarité que l'échange et le travail en équipe prennent tout leur sens.

1.6. Les orientations et les objectifs généraux qui en découlent à travers le projet de service

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

Nous privilégions la **participation** de la personne durant les soins. Cet objectif se décline en sous-objectifs suivants :

- **Éviter l'hospitalisation** des personnes âgées lors de la phase aigüe d'une infection pouvant être traitée à domicile.
- **Faciliter le retour à domicile** après une hospitalisation.
- **Limiter la durée du séjour hospitalier**, lorsque les conditions environnementales et médicales le permettent.
- **Favoriser la reprise de l'autonomie** après un accident de santé.
- **Prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et ainsi favoriser leur maintien à leur domicile.**
- **Accompagner l'aidant et sa famille.**

Les différentes dimensions des soins sont prises en compte :

- technique
- relationnelle
- prévention, éducation



Le projet du SSIAD fait partie intégrante du projet global d'établissement 2010-2014, dans son volet médico-social.

Ce projet d'établissement, élaboré de manière participative et pluridisciplinaire, est réévalué chaque année.

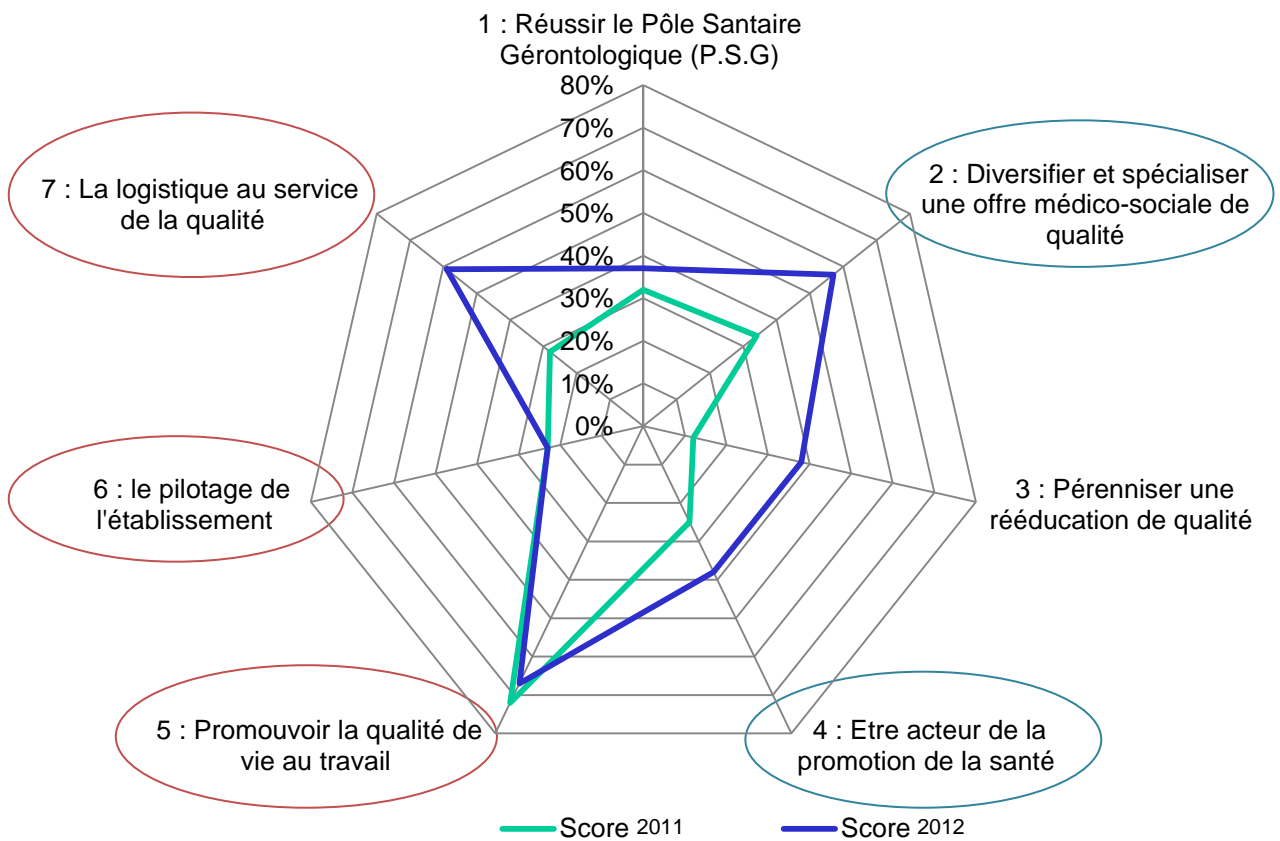
Le projet d'établissement se décline en 7 axes, parmi eux, doivent être retenus comme impactant le service SSIAD, les **3 axes supports** concernant l'ensemble des services, et les **2 axes activités suivants** :

- 1- Réussir le Pôle sanitaire gérontologie
- 2- Diversifier et spécialiser une offre médico-sociale de qualité**
- 3- Pérenniser une rééducation de qualité
- 4- Etre acteur de la promotion de la santé**
- 5- Promouvoir la qualité de vie au travail**
- 6- Le pilotage de l'établissement**
- 7- La logistique au service de la qualité**

○ Axes supports

○ Axes activités

Evaluation de l'atteinte des objectifs du projet d'établissement



De manière plus précise et concernant l'axe 2, **diversifier et spécialiser une offre médico-sociale de qualité**, les évaluations du projet d'établissement 2011 et 2012 s'observent ainsi **pour l'ensemble des activités médico-sociales de l'établissement et notamment pour le SSIAD** :

OBJECTIF	Nombre d'actions	Actions non réalisées ou 0%	Actions réalisées à Moins de 50 %	Actions réalisées à plus de 50 %	Actions réalisées	Score 2012	Score 2011
2.1.1 Pérenniser la méthode Humanitude au sein des services	4	0	0	4	0	89%	63%
2.1.2 L'organisation du temps de travail et des staffs	4	0	0	2	2	95%	94%
2.1.3 L'architecture au service de l'accompagnement	6	0	0	5	1	93%	67%
2.1.4 Accompagner le changement d'une manière globale auprès des équipes, des résidents et de leurs familles	2	0	0	1	1	90%	
2.1.5 Développer l'évaluation et la démarche qualité	3	2	0	0	1	33%	4%
2.1.6 Améliorer l'accueil	5	2	0	3	0	40%	0%
2.1.7 Evaluer l'intégration de la personne	3	0	0	1	2	87%	
2.1.8 Favoriser la vie sociale	6	4	0	2	0	23%	4%
2.1.9 Repositionner l'IDE	6	0	2	4	0	40%	17%
2.1.10 Le repas temps fort de la vie des résidents	3	2	0	1	0	23%	0%
2.2 : Adapter les services et les capacités aux besoins de la population du secteur	4	2	0	1	1	42%	55%
2.3 : Favoriser les relations réseaux	2	0	0	1	1	84%	42%
2.4 : Communication externe	2	0	2	0	0	10%	0%
ENSEMBLE	50	12	4	25	9	57%	34%

* En rouge dans le tableau, les activités médico-sociales pour le SSIAD

2. LA CARACTÉRISATION DE LA POPULATION

Les caractéristiques de l'activité et de la population permettent une meilleure compréhension du fonctionnement du SSIAD et des besoins des personnes prises en soins.

L'analyse de ces données, menée par le Comité de Pilotage, permet de définir des niveaux d'exigence réalistes et adaptés au fonctionnement du SSIAD. La synthèse ci-dessous reprend les principales caractéristiques (détail en annexe) :

SYNTHESE DE LA CARACTÉRISATION DE LA POPULATION

- Provenance des entrées : Le nombre d'admissions en 2012 reste important (42) avec une majorité des entrées résultant de la demande du médecin (73,91% en 2012).
- Équilibre de l'origine géographique : plus de 95% des patients pris en soins proviennent de la commune ou du canton d'Antrain en 2012.
- Le nombre de visites au domicile par an est stable sur 3 ans (\approx 8500 visites/an)
- 60% des visites sont effectuées dans les communes de plus de 1500 habitants, qui se situent sur le canton et à moins de 10 kilomètres d'Antrain.
- Le rayon d'intervention est maximum d'environ 20 kilomètres autour d'Antrain.
- Le nombre de kilomètres annuels parcourus a légèrement augmenté (+3531 km sur 3 ans)
- Sur la semaine de référence, le temps de déplacement moyen calculé pour une visite est de 8 minutes et 40 secondes.
- La durée moyenne de la période de prise en soins par le SSIAD a diminué de 44 jours entre 2011 et 2012.
- La moyenne d'âge est en légère hausse (2012, 82,09 ans).
- 45,65% des patients pris en soins par le SSIAD se trouvent dans la tranche d'âge des 85-95 ans en 2012.
- La proportion de femmes reste importante. En 2012, 3 patients sur 5 sont des femmes.
- La moitié des patients pris en soins par le SSIAD sont mariés.
- En 2012, plus de 40% des patients vivent seuls au domicile.
- 39,95% des patients étaient des employés et 30,3% étaient des agriculteurs.
- Plus de 80% des patients se trouvent en GIR 3 et 4.
- La dépendance des patients pris en soins par le SSIAD reste stable sur 3 ans (GMP = 595 en 2012).
- En 2013, sur les patients pris en soins par le SSIAD, plus de la moitié disposent d'équipements médicalisés au domicile.
- 32,4% ont réalisé des aménagements de leur domicile en lien avec l'autonomie
- Seulement 3% des logements de patients du SSIAD sont inadaptés (Accessibilité, aménagement intérieur...) et 15,6% ne sont pas confortables (pas de chauffage, ou absence de sanitaires, salle de bain, WC, eau chaude...).
- L'activité de 2012 se caractérise par de nombreuses sorties en hospitalisations des patients : plus de 80% des sorties en 2012 parmi lesquelles 23,5% d'hospitalisation supérieure à 30 jours.

3. LA SPÉCIFICATION DES OBJECTIFS

L'établissement s'est conformé à la recommandation de l'ANESM publiée en janvier 2012. Les 4 axes ci-dessous ont donc été utilisés comme "support" afin de mener notre réflexion.



Le Comité de Pilotage a, pour chaque axe, précisé :

- quels sont, pour eux, les objectifs spécifiques poursuivis au regard de la population accompagnée et de la mission de l'établissement ? Ces objectifs se confondent aux questions évaluatives du référentiel évaluatif.
- quels sont les principaux aspects réglementaires, les outils, les documents de référence en lien avec ces objectifs?
- Quelles sont les dispositions mises en place ?
- quels sont les effets attendus et recherchés pour les personnes accompagnées ?

Les tableaux présentant de manière détaillée la spécification des objectifs sont proposés en annexe 2.

PARTIE 2 - ELEMENTS DE METHODE

1. PROTOCOLE D'ÉVALUATION

1.1. Choix d'entrée

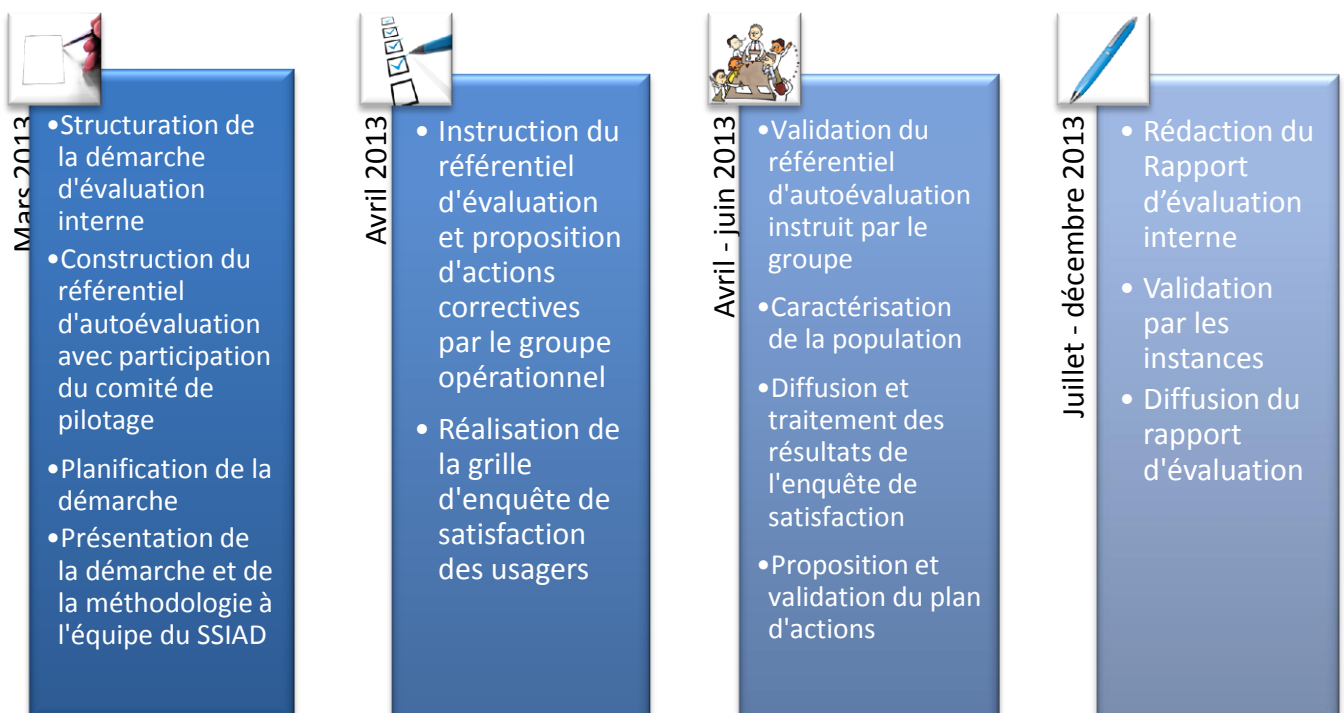
L'évaluation a été menée en 2013 au regard de l'obligation de respecter le calendrier réglementaire. En effet, notre service d'aide à domicile a été autorisé et ouvert avant le 3 janvier 2002, date de publication de la loi du 2 janvier 2002. Aussi devons-nous communiquer les résultats d'au moins une évaluation interne, au plus tard avant le 3 janvier 2014, conformément au premier alinéa de l'article D.312-204 du CASF.

La démarche d'évaluation interne représente par ailleurs, pour notre établissement, un levier pour mettre en œuvre un management par la qualité, s'appuyant sur :

- Un bilan reposant sur questionnement évaluatif centré sur les usagers ;
- une méthodologie qui prend en compte des perspectives croisées (professionnels, usagers...) ;
- une approche rigoureuse adossée à des outils spécifiques et adaptés ;
- une interrogation de la pertinence et du sens de l'action collective au regard de besoins identifiés.

1.2. Temporalité

La démarche d'évaluation interne s'est déroulée de mars 2013 à décembre 2013 :



1.3. Les différentes phases

<p>PHASE 1 :</p> <p>Définir un cadre évaluatif</p>	<p>Etape 1 : Description des fondements des activités déployées : missions, valeurs, visions, objectifs, recommandations de bonnes pratiques professionnelles...</p> <p>Etape 2 : Caractérisation de la population :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recueil et synthétisation des données quantitatives - Formalisation de l'évolution de la population <p>Etape 3 : Spécification des objectifs de l'accompagnement, ressources associées et effets attendus pour les résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La garantie des droits individuels et la participation des usagers - La prévention des risques - La promotion de l'autonomie et de la qualité de vie - La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions
<p>PHASE 2 :</p> <p>Recueillir des informations fiables et pertinentes</p>	<p>Le recueil a été réalisé sur la base :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un référentiel qui décline notamment les obligations réglementaires et les recommandations de pratiques professionnelles validées, il a été procédé à une comparaison des pratiques réelles, au moins dans les grands objectifs et à l'identification des écarts avec les pratiques attendues, - d'une enquête de satisfaction auprès des usagers - d'autres données : <ul style="list-style-type: none"> - Intégration des recommandations de bonnes pratiques - État d'avancement au regard des projets en cours
<p>PHASE 3 :</p> <p>Analyser et comprendre les informations</p>	<p>Cette phase s'est décomposée en trois étapes :</p> <p>Etape 1 : Identification des points forts et des points à améliorer au vu des recueils de données</p> <p>Etape 2 : Définition d'un plan d'actions d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan d'actions général établi et priorisé - Validation des actions définies <p>Etape 3 : Formalisation des fiches projets</p>
<p>PHASE 4 :</p> <p>Rédaction et validation du rapport et définition des modalités de mise en œuvre et de suivi</p>	<p>Etape 1 : La rédaction et validation du rapport d'évaluation</p> <p>Etape 2 : La diffusion des résultats aux instances et membres du personnel</p> <p>Ce rapport a été présenté aux instances consultatives, puis soumis au conseil de surveillance pour validation et enfin communiqué à l'ensemble du personnel</p> <p>Etape 3 : La transmission des résultats aux autorités</p> <p>Aux échéances fixées par les textes, les résultats de l'évaluation interne, adopté par les instances décisionnaires, ont été communiqués aux autorités ayant délivré l'autorisation.</p> <p>Etape 4 : Le suivi de mis en œuvre des axes d'amélioration retenus</p> <p>Le comité de pilotage assurera le suivi de mise œuvre de l'ensemble du plan d'action d'amélioration et des indicateurs associés.</p>

1.4. Difficultés éventuelles rencontrées

- Rupture du contrat avec le formateur (inadéquation de la méthodologie avec les attendus de l'établissement) ;
- Modification de l'organigramme de direction (départ de la directrice adjointe en charge de la qualité) ;
- L'évaluation interne du SSIAD s'est déroulée dans une période marquée institutionnellement par la certification du Centre Hospitalier. Au regard de la taille de l'établissement, plusieurs pilotes se sont trouvés sollicités pour les deux démarches dans la même période, ce qui a représenté une difficulté conséquente.

2. LES MODALITES DE L'IMPLICATION DES INSTANCES DELIBERATIVES ET DIRIGEANTES, DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS DANS LA DEMARCHE

2.1. Composition du Comité de pilotage élargi

Le Comité de pilotage élargi, spécifique au SSIAD, a été constitué de la manière suivante :

COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE

Mme M. LEFLOCH	Directrice stagiaire
Mme EH. BEASSE	Directrice-adjointe, chargée de la qualité,
Mme N. LUCAS	Cadre de santé, responsable du SSIAD
Mme A. GAZENGEL	Infirmière coordonnatrice du SSIAD
Mme N. PRIOUL	Assistante qualité et gestion des risques
Mme H. LEGOUT	Aide-soignante
Mme G. LEMOULAND	Aide-soignante
Mme N. GARNIER	Aide-soignante
Mme A. ROULLIER	Aide-soignante
Mme F. LESAGE	Aide-soignante

Le comité de pilotage est constitué d'une partie des professionnels du SSIAD et a permis l'implication de ces professionnels à chaque étape de la démarche d'évaluation interne.

- ▶ *Construction du référentiel d'évaluation interne en référence aux recommandations de l'ANESM ;*
- ▶ *Caractérisation de la population ;*
- ▶ *Construction de l'enquête de satisfaction et interprétation des résultats ;*
- ▶ *Analyse des constats et proposition d'axes d'amélioration en lien avec la définition du plan d'actions ;*
- ▶ *Validation du rapport d'évaluation interne.*

2.2. Les modalités de l'implication des instances délibératives et dirigeantes

- La direction :

Est chargée de la :

- . *Détermination de l'engagement de l'établissement dans la démarche d'évaluation*
- . *Détermination de la méthodologie et de l'organisation du protocole d'évaluation interne*
- . *Organisation de la communication interne et externe*
- . *Garantie du bon déroulement et de l'aboutissement de la démarche*
- . *Validation et transmission aux autorités du rapport d'évaluation*

- Les instances consultatives spécifiques à la démarche qualité

Le COPIL EI (Comité de Pilotage de Evaluation interne) est chargé :

- . *D'assurer la cohérence des démarches d'Evaluation interne sur l'ensemble des activités médico-sociales : information de l'ensemble des secteurs d'activité, articulation des services, harmonisations des orientations.*
- . *D'assurer plus particulièrement la supervision de la démarche d'Evaluation interne au SSIAD : orientation et validation du référentiel ; validation de la méthodologie et de l'échéancier ; validation intermédiaire du rapport d'Evaluation interne et du plan d'actions*

Le COPIQ GDR (Comité de Pilotage Qualité et Gestion des Risques) est chargé :

- . *De superviser l'ensemble des démarches qualité et gestion des risques de l'établissement sur l'ensemble des activités sanitaires et médico-sociales : information institutionnelle, articulation des démarches entre elles, définition des orientations stratégiques.*

- [Les instances de gouvernance de l'établissement :](#)

Ont validé le rapport d'évaluation et notamment :

- . *les données de cadrage de l'évaluation interne, missions, caractérisation des populations et objectifs poursuivis ;*
- . *les modalités retenues pour la participation de l'ensemble des parties prenantes;*
- . *les principaux indicateurs retenus pour renseigner le niveau des réalisations et les effets pour les usagers ;*
- . *le plan d'actions d'amélioration.*

2.3. Modalités d'association des professionnels

- [Participation aux groupes de travail](#)

Compte tenu de la taille réduite du service, l'ensemble des agents exclusivement rattaché au SSIAD ont pu participer activement à la démarche d'évaluation interne, dans la phase d'instruction du référentiel.

Une synthèse des résultats est proposée en annexe 6.

- [Participation aux questionnaires de satisfaction et aux audits internes](#)

Les professionnels du SSIAD ont participé aux questionnaires de satisfaction des agents mis en place en 2010 et 2011.

Un questionnaire de satisfaction en direction des agents relatif à la qualité de vie au travail est en cours de réalisation, dont les résultats devraient être connus début 2014.

2.4. Modalités de consultation des patients

L'avis des patients a été recueilli au moyen de 2 enquêtes de satisfaction :

- ↳ **Enquête 2012** (taux de retour de 78.6%),
- ↳ **Enquête 2013** (taux de retour de 92%), construite autour des thématiques suivantes :
 - Qualité de l'organisation des services
 - Qualités relationnelles
 - Qualité des soins et de l'accompagnement
 - Appréciation générale

Les résultats de ces enquêtes ont permis d'enrichir les constats et de définir les axes d'amélioration. Une synthèse des résultats de ces questionnaires est proposée en annexe 4.

3. LES GRANDES MODALITES DE LA REMONTEE DES INFORMATIONS

3.1. Le référentiel utilisé

L'autoévaluation a été réalisée sur la base d'un référentiel développé à l'interne du CHMB s'appuyant sur un questionnement évaluatif construit par le Comité de pilotage Evaluation Interne.

Sur la base de ces orientations, un groupe de travail piloté par Melle LEFLOCH, directrice-stagiaire a nourri ces orientations stratégiques en se basant sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM « L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes », en respectant les 4 axes préconiser par l'ANESM :

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

A travers ce référentiel, le Comité de Pilotage a évalué chaque caractéristique et s'est attribué une cotation de 0 à 3 :

Définition des 4 niveaux de cotation	
3	Les pratiques professionnelles sont connues, mises en œuvre et formalisées
2	Les pratiques professionnelles sont connues et mises en œuvre, mais pas formalisées
1	Les pratiques professionnelles sont connues mais pas toujours mises en œuvre
0	Les pratiques professionnelles ne sont pas mises en œuvre
NA	Non applicable

Cette cotation n'est pas une notation mais permet de définir des marges de progression dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. La synthèse des résultats de l'autoévaluation est annexée à ce rapport.

3.2. Les études complémentaires menées

Caractérisation de la population

Afin de caractériser la population, l'assistante qualité et l'infirmière coordonnatrice du service ont effectué un recueil statistique des éléments relatifs aux usagers accompagnés. Les caractéristiques ci-dessous ont été recueillies et analysées (détail en annexe 1) :

- ↳ CARACTERISTIQUES LIÉES AU PARCOURS DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES
 - Description des entrées au SSIAD
 - Provenance des usagers
 - Origine géographique des patients
 - Périmètre et interventions
 - Durée moyenne de prise en soins
 - Modes de sorties

- ↳ CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES DU SSIAD
 - Âge des patients
 - Répartition des patients par âge
 - Répartition des patients par sexe
 - Situation familiale des patients du SSIAD
 - Répartition des patients selon leur régime matrimonial
 - Description de la situation familiale
 - Description des professions
 - Caractéristiques soignantes
 - Niveau de dépendance des patients
 - Aides techniques au 31.10.2013

- ↳ CARACTERISTIQUES LIÉES À L'ENVIRONNEMENT DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES
 - Conditions de logement (au 31 octobre 2013)
 - Niveau d'aménagement logements des patients
 - Logements des patients
 -

PARTIE 3 - PRESENTATION DES RESULTATS

1. LES PRINCIPAUX CONSTATS

- Le niveau d'intégration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles

Les recommandations de bonnes pratiques concernant le service ont été identifiées par le service dès la construction et l'instruction du cadre évaluatif :

- 26 mars 2013 : regard sur l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques en lien avec la recommandation de l'ANESM,
- 2 avril 2013 : axe 3, promotion de l'autonomie et de la qualité de vie,
- 9 avril 2013 : axe 1, garantie des droits individuels et participation des usagers,
- 16 avril 2013 : axe 4, continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions,
- 18 avril 2013 : axe 2, prévention des risques.

L'intégration des RBP de l'ANESM a été abordée via le référentiel d'autoévaluation. Elles ont été également une base de réflexion pour mettre en œuvre des actions d'amélioration.

- Constats issus de l'autoévaluation

Après avoir décliné les valeurs, les missions, les objectifs poursuivis par l'établissement, le comité de pilotage a réalisé une autoévaluation sur la base d'un référentiel construit par Melle LEFLOCH, directrice stagiaire, supervisée par Mme BEASSE, directrice qualité, et à partir de questionnements évaluatifs issus du comité de pilotage élargi du SSIAD.

Les constats réalisés, les effets attendus et constatés pour les usagers pour chaque objectif générique ou question évaluative sont détaillés dans le rapport d'autoévaluation (annexe 5).

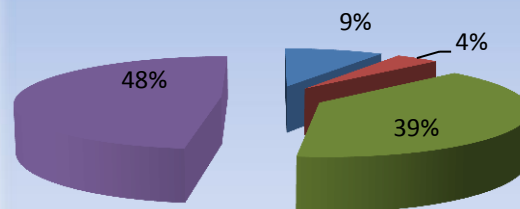
Les principaux éléments sont restitués ci-dessous :

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

Pour 48% des questions évoquées sur cet axe, le service a estimé que les pratiques professionnelles étaient connues, mises en œuvre et formalisées. Pour 39%, les pratiques sont connues, mises en œuvre, mais pas formalisées. Pour 4% des questions, les pratiques professionnelles sont connues mais pas toujours mises en œuvre. Pour 9% des questions évoquées, la mise en œuvre n'est pas réalisée : recueil de l'identité de la personne de confiance, respect des dispositions CNIL, mise en place d'une fiche de signalement d'informations préoccupantes.

Axe 1 :

La garantie des droits individuels et la participation des usagers



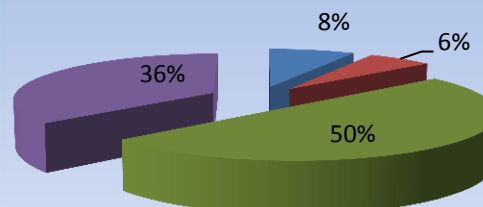
- 0: Les pratiques professionnelles ne sont pas mises en œuvre
- 1: Les pratiques professionnelles sont connues mais pas toujours mises en œuvre
- 2: Les pratiques professionnelles sont connues et mises en œuvre, mais pas formalisées
- 3: Les pratiques professionnelles sont connues, mises en œuvre et formalisées

Le respect des personnes, leur participation sont au cœur des préoccupations des professionnels, avec toutefois à noter une formalisation et une traçabilité insuffisantes, ou des documents à réactualiser en particulier dans le cadre de la procédure d'accueil. Le service doit améliorer son informatisation dans le cadre de sa gestion (utilisation du logiciel MENESTREL, planning, dossiers de soin)

► Axe 2 : La prévention des risques

Concernant la prévention des risques, le service estime que pour 36% des questions évoquées, les pratiques professionnelles sont connues, mises en œuvre et formalisées. 50% concernent des pratiques connues, mises en œuvre, mais avec un déficit de formalisation. Pour 6% des questions évoquées, les pratiques sont connues, mais pas toujours mises en œuvre et pour 8% des questions, il n'y a pas de mise en œuvre.

Axe 2 : La prévention des risques



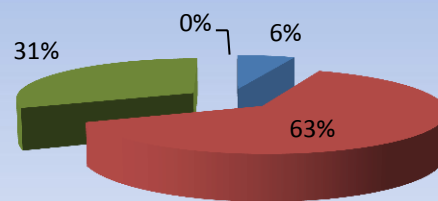
- 0: Les pratiques professionnelles ne sont pas mises en œuvre
- 1: Les pratiques professionnelles sont connues mais pas toujours mises en œuvre
- 2: Les pratiques professionnelles sont connues et mises en œuvre, mais pas formalisées
- 3: Les pratiques professionnelles sont connues, mises en œuvre et formalisées

L'ensemble des thématiques évoquées (prévention de la maltraitance, des risques inhérents aux situations de vulnérabilité des personnes et risques professionnels) sont globalement bien prises en compte et mises en œuvre par le service. Toutefois, il est encore à noter des points faibles sur la formalisation et la traçabilité des actions réalisées. En outre, l'évaluation du service fait apparaître une structuration insuffisante du travail pluridisciplinaire tant à l'interne de l'établissement qu'avec les partenaires externes.

▶ Axe 3 : La promotion de l'autonomie et la qualité de vie

L'autoévaluation du service fait apparaître que pour 31% des questions du référentiel, les pratiques professionnelles sont connues, mises en œuvre et formalisées. Pour 63% des questions évoquées, les pratiques professionnelles sont connues, mises en œuvre, mais pas formalisées et pour 6% des questions, il n'y a pas de mise en œuvre.

Axe 3 : La promotion de l'autonomie et la qualité de vie



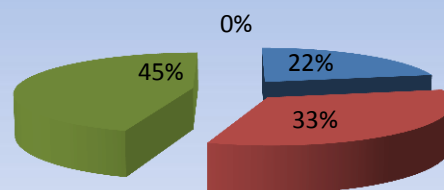
- 0: Les pratiques professionnelles ne sont pas mises en œuvre
- 1: Les pratiques professionnelles sont connues mais pas toujours mises en œuvre
- 2: Les pratiques professionnelles sont connues et mises en œuvre, mais pas formalisées
- 3: Les pratiques professionnelles sont connues, mises en œuvre et formalisées

Le respect des habitudes de vie, de l'autonomie, la participation des bénéficiaires et la relation avec les usagers sont globalement des points forts pour le service, même si la formalisation reste la plupart du temps insuffisante.

▶ Axe 4 : La continuité de l'accompagnement et la coordination des intervenants

L'axe continuité de l'accompagnement et coordination des intervenants est certainement l'axe qui nécessite le plus d'améliorations : pour 45% des questions évoquées dans le cadre du référentiel, les pratiques professionnelles sont connues, mises en œuvre et formalisées.

Axe 4 : La continuité de l'accompagnement et la coordination des intervenants



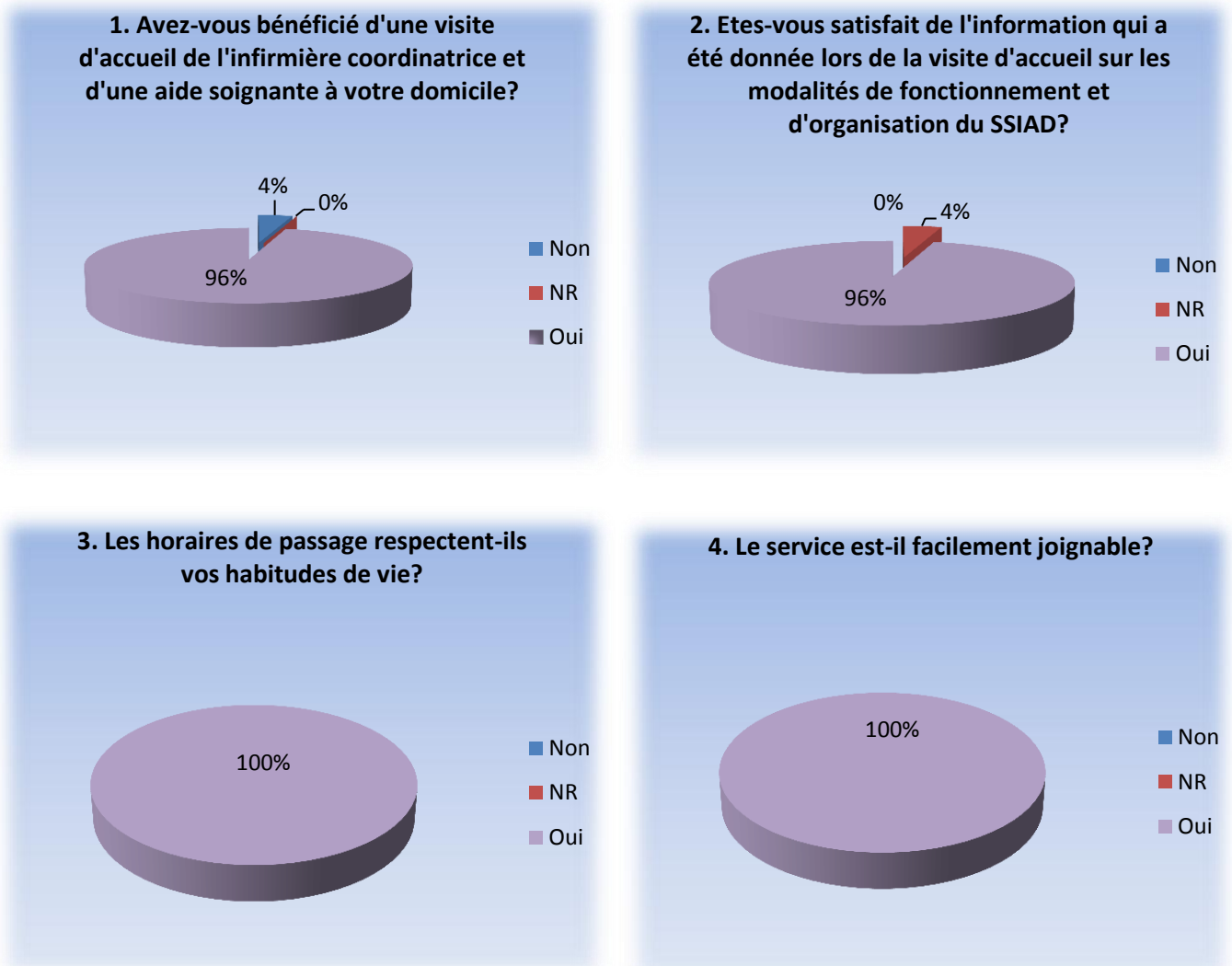
- 0: Les pratiques professionnelles ne sont pas mises en œuvre
- 1: Les pratiques professionnelles sont connues mais pas toujours mises en œuvre
- 2: Les pratiques professionnelles sont connues et mises en œuvre, mais pas formalisées
- 3: Les pratiques professionnelles sont connues, mises en œuvre et formalisées

Pour 33% des questions, la formalisation reste insuffisante. Mais pour 22% des questions évoquées dans cet axe, les pratiques professionnelles sont connues, mais pas toujours mises en œuvre. Les axes

d'amélioration sont les suivants : coordination pluridisciplinaire à améliorer et structuration des dossiers des patients.

● Constats issus des enquêtes de satisfaction

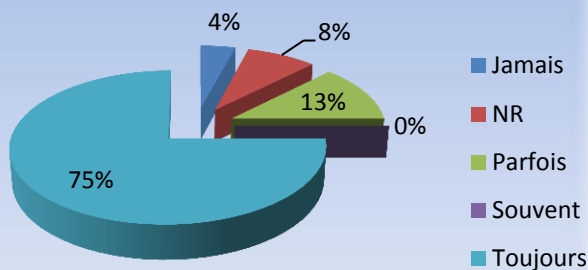
◆ *Qualité de l'organisation du service*



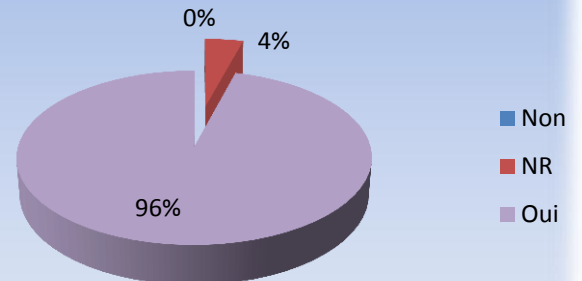
96% des patients déclarent avoir bénéficié d'une visite d'accueil à leur domicile, soit 4% pour lesquels cette visite n'a pas été organisée. De même 96% des personnes se disent satisfaits des informations qui leur ont été délivrées au moment de l'accueil sur les modalités de fonctionnement et d'organisation du SSIAD. En 2013, 100% des répondants estiment que les horaires respectent leurs habitudes de vie et arrivent à joindre facilement le service du SSIAD, ce qui montre une progression dans les 2 items par rapport aux résultats de la satisfaction 2012.

♦ *Qualités relationnelles*

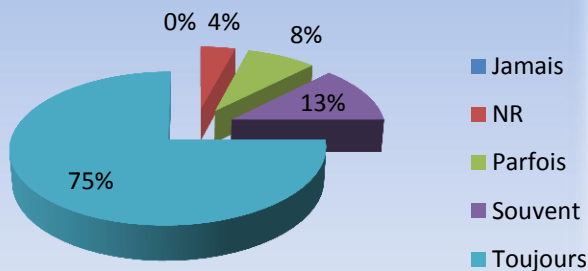
5. Avez-vous la possibilité d'exprimer toute réclamation éventuelle?



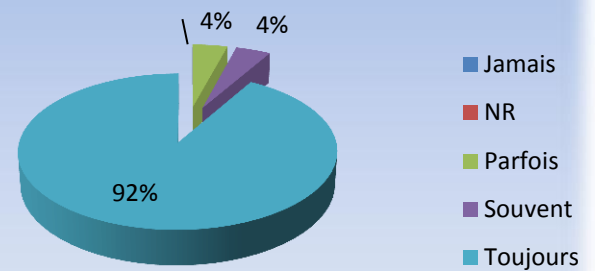
6. Etes-vous satisfait de l'écoute et de la disponibilité du personnel?



7. Le personnel répond-t-il à vos questions?



8. Le personnel est-il discret et respectueux?



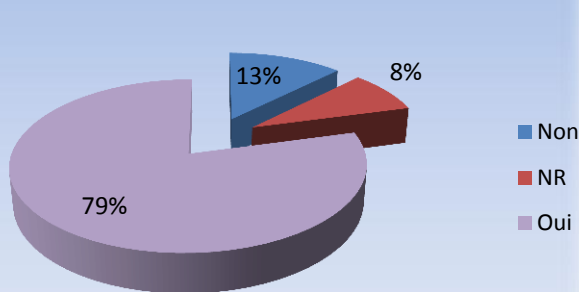
75% des patients estiment avoir toujours la possibilité d'exprimer toute réclamation éventuelle, 13% parfois, 4% jamais et 8% ne s'expriment pas sur la question. De même, pour 75% des patients, le personnel répond toujours à leurs questions, 13% souvent, 8% parfois et 4% ne répondent pas à la question.

96% des patients disent être satisfaits de l'écoute et de la disponibilité du personnel.

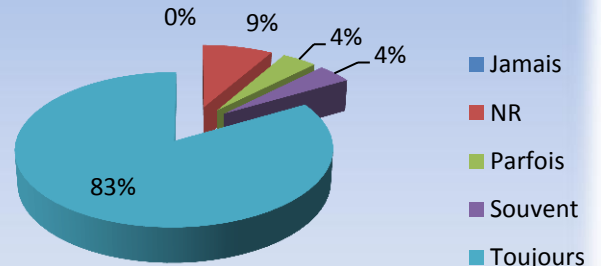
92% des patients estiment que le personnel est discret et respectueux, pour 4% souvent et 4 % parfois.

♦ *Qualité des soins et de l'accompagnement*

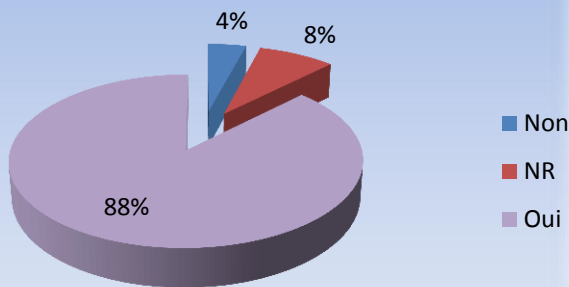
10. Avez-vous été informé des risques potentiels que présente votre domicile pour votre propre sécurité?



9. Les soins prodigués correspondent-ils à vos attentes et besoins?



11. Le SSIAD contribue-t-il à préserver votre autonomie au quotidien?



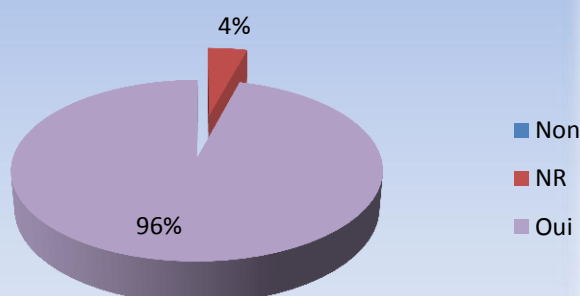
83% des patients estiment que les soins prodigués correspondent toujours à leurs attentes et à leurs besoins, contre 4% souvent, 4% parfois, mais 9% de non répondants.

79% des interrogés ont été informés des risques potentiels présentés par leur domicile, contre 13% qui estiment que non et 8% ne se prononcent pas. 88% des répondants pensent que le SSIAD contribue à préserver leur autonomie au quotidien, contre 4% non, et 8% qui ne se prononcent pas.

♦ *Appréciation générale*

La satisfaction globale pour le service s'élève à 96%, 4% des répondants ne se prononçant pas sur la question.

12. Si l'un de vos parent ou amis avait besoin d'une aide similaire, lui recommanderiez-vous notre service?



2. LE PLAN D'AMELIORATION DU SERVICE RENDU

Dans le cadre de notre mission et afin de soutenir nos valeurs, nos principes et nos engagements ; afin également d'améliorer et de sécuriser nos prestations au regard des attentes et besoins des personnes que nous accompagnons, au regard des écarts constatés lors de la phase évaluative, nous avons priorisé les projets ci-après.

Chaque projet donne les perspectives en terme d'objectifs à atteindre, les actions et moyens associés et indique les modalités de suivi. Il est à noter que de nombreux indicateurs sélectionnés sont proposés par l'ANESM.

AXE 1 : LA GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET LA PARTICIPATION DES USAGERS

THEME 1 : LE RESPECT DES PERSONNES

THEME 2 : LA PARTICIPATION DES USAGERS A LEUR ACCOMPAGNEMENT

THEME 3 : L'ASSOCIATION DES USAGERS A L'EVOLUTION DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE

AXE 2 : LA PREVENTION DES RISQUES

THEME 1 : LA MALTRAITANCE

THEME 2 : LES RISQUES INHERENTS A LA SITUATION DE VULNERABILITE DES PERSONNES

THEME 3 : LES RISQUES PROFESSIONNELS

AXE 3 : LA PROMOTION DE L'AUTONOMIE ET DE LA QUALITE DE VIE

THEME 1 : LE RESPECT DES HABITUDES DE VIE

THEME 2 : L'AUTONOMIE DECISIONNELLE ET FONCTIONNELLE DE LA PERSONNE

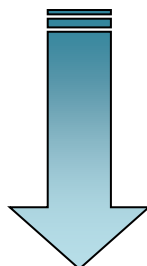
THEME 3 : LA PARTICIPATION SOCIALE ET/OU PROFESSIONNELLE ET LES LIENS AVEC L'ENTOURAGE

THEME 4 : LA RELATION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS

AXE 4 : LA CONTINUITE DE L'ACCOMPAGNEMENT ET LA COORDINATION DES INTERVENTIONS

THEME 1 : LA COHERENCE DES ACTIONS DU SERVICE

THEME 2 : LA CONTINUITE ET LA DIVERSITE DES INTERVENTIONS AUPRES DE LA PERSONNE



3. LES INDICATEURS DE SUIVI

Le suivi des indicateurs permet de mesurer le cheminement de l'établissement entre deux évaluations.

Selon l'ANESM, un indicateur est une information choisie, une variable qui aide à :

- interroger un ou plusieurs processus mis en œuvre pour répondre aux objectifs d'accompagnement et de soins et leurs effets pour les résidents ;
- déclencher un questionnement évaluatif du thème étudié lorsque cet indicateur signale une qualité insuffisante des effets mesurés ou lorsque sa valeur varie d'une mesure à l'autre ;
- mesurer l'effet du plan d'amélioration mis en place à la suite de l'évaluation.

La grande partie des indicateurs retenus sont issus de la recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM intitulée « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » et publiée en 2012 :

AXE 1 : GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET LA PARTICIPATION DES USAGERS	Taux de satisfaction relatif au respect des droits (ANESM)
	Taux de réclamations analysées traitées (ANESM)
	Taux de participation au projet (ANESM)
	Taux de questionnaire de satisfaction retournés ou renseignés (ANESM)
AXE 2 : LA PREVENTION DES RISQUES	Taux d'agents formés bientraitance et/ou prévention de la maltraitance
	Nombre de journées identifiées pour la référence Humanitude/an
	Taux d'accidents du travail avec arrêt
	Taux de réalisation des actions « document unique » pour le service SSIAD
AXE 3 : LA PROMOTION DE L'AUTONOMIE ET DE LA QUALITE DE VIE	Taux de recueil des habitudes de vie (ANESM)
	Nombre de visites de réévaluation des capacités / patient
AXE 4 : LA CONTINUTE DE L'ACCOMPAGNEMENT ET LA COORDINATION DES INTERVENTIONS	Taux d'intervention du SSIAD (ANESM)
	Nombre de réunions de coordination au cours des 12 derniers mois (ANESM)
	Taux de satisfaction de la coordination (ANESM)

ANNEXES**LISTE DES ANNEXES**

Annexe 1

1. CARACTERISATION DE LA POPULATIONPage **31**

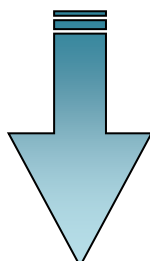
Annexe 2

2. SPECIFICATION DES OBJECTIFSPage **42**

Annexe 3

3. RAPPORT D'AUTOEVALUATIONPage **61**

Annexe 4

4. SYNTHESE DU QUESTIONNAIRE DE SATISFACTIONPage **81**

Annexe 1

1. CARACTERISATION DE LA POPULATION

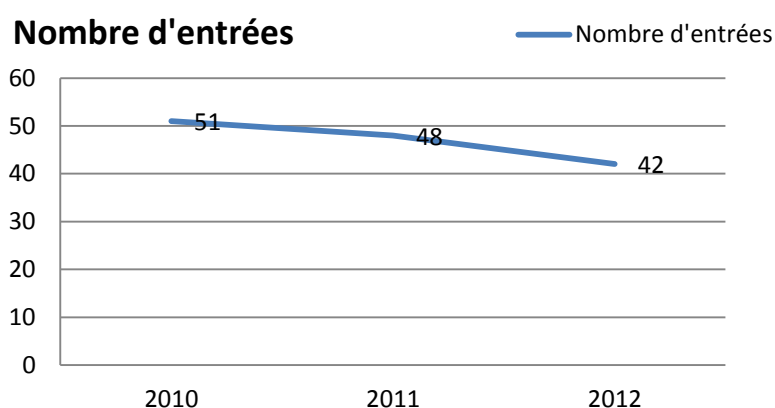
Le SSIAD du Centre hospitalier des Marches de Bretagne dispose de 27 places. Ci-après sont présentées les principales données sur la population prise en soins par le SSIAD

1. CARACTERISTIQUES LIÉES AU PARCOURS DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

1.1. Description des entrées au SSIAD

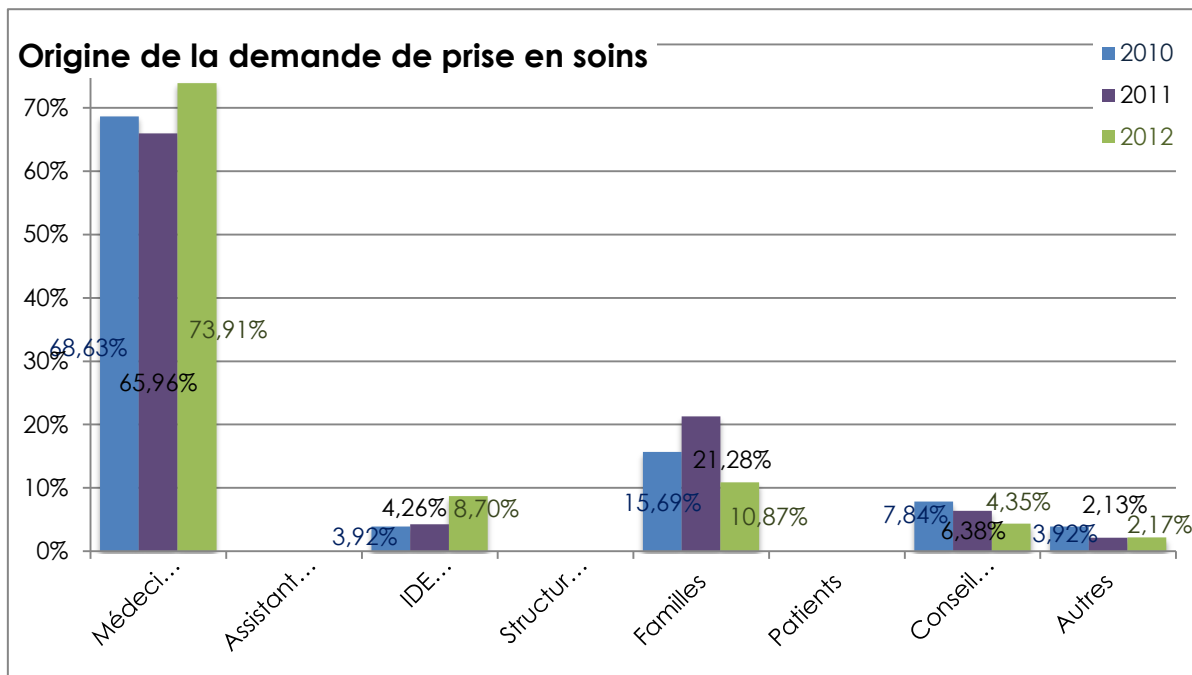
1.1.1. Provenance des usagers

	ADMISSIONS	
	Total	dont réadmissions
2010	51	23
2011	48	26
2012	42	24



Le nombre d'admissions en 2012 est en baisse mais reste important (42). Il faut savoir qu'en 2012, 20 demandes d'intervention restent non satisfaites.

Origine demande de prise en soins	2010	2011	2012
	Médecins généralistes	35	31
Assistantes sociales	-	-	-
IDE libéraux	2	2	4
Structure hospitalière	-	-	-
Familles	8	10	5
Patients	-	-	-
Conseil Général	4	3	2
Autres	2	1	1



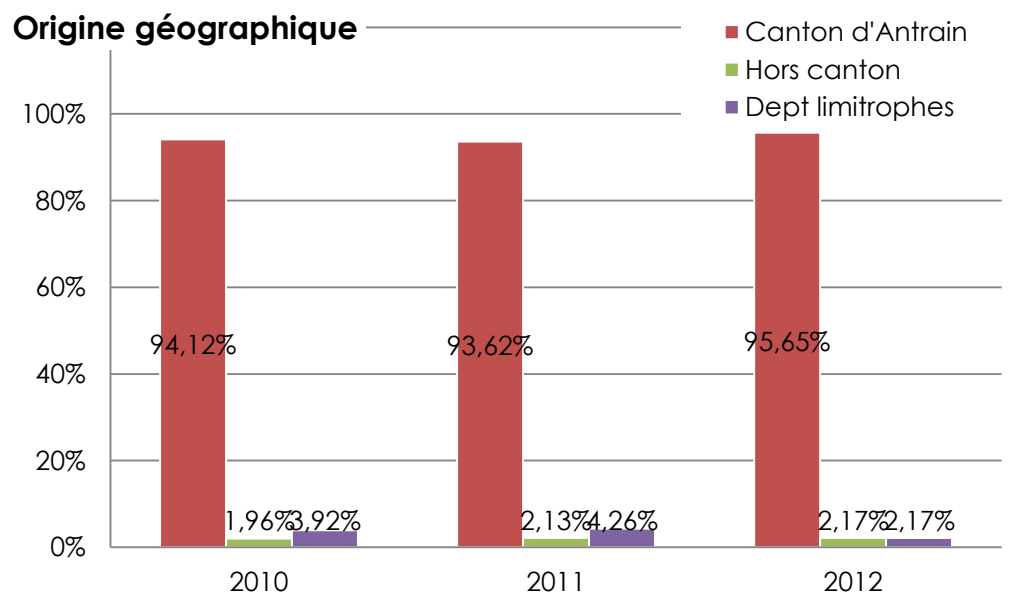
Sur 3 ans, on constate que la majorité des entrées proviennent de la demande du médecin (73,91% en 2012) puis de la demande de la famille (10,87% en 2012).

Le pourcentage des entrées provenant de l'IDE libérale est en légère hausse (+4,8% en 3 ans).

1.1.2. Origine géographique des patients

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

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



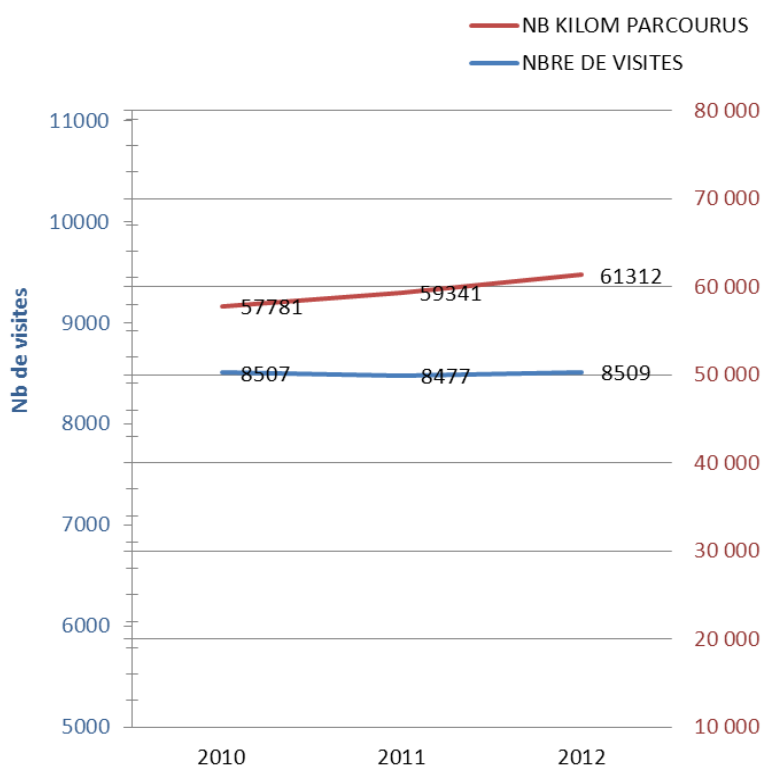
Origine géog.	2010	2011	2012	
Canton d'Antrain	Antrain			
	Bazouges	66,67%	65,91%	59,09%
	Tremblay			
	94,12%	93,62%	95,65%	

Environ 60% des patients visités résident dans les communes avoisinantes (-de 10 km d'Antrain) et comptant plus de 1500 habitants...

1.1.3. Périmètre et interventions

1. Périmètre

Visites et kilomètres parcourus / an



	QTÉ DE VISITES /AN	NB KILOM PARCOURUS/ AN (en KM)
2010	8 507	57 781
2011	8 477	59 341
2012	8 509	61 312

Le nombre de visites par an est stable sur 3 ans (≈ 8500 visites/an) alors que le nombre de kilomètres parcourus a légèrement augmenté (+3 531 km sur 3 ans)

Le SSIAD intervient essentiellement dans les dix communes du canton d'Antrain soit un rayon de 20 km maximum :

- ▶ Antrain
- ▶ Bazouges-la-Pérouse
- ▶ Chauvigné
- ▶ La Fontenelle
- ▶ Marcillé Raoul
- ▶ Noyal-sous-Bazouges
- ▶ Rimou
- ▶ St Ouen-la-Rouërie
- ▶ Tremblay
- ▶ St Rémy du Plain

2. Indication sur le temps de déplacement (étudié semaine 40 en 2013)

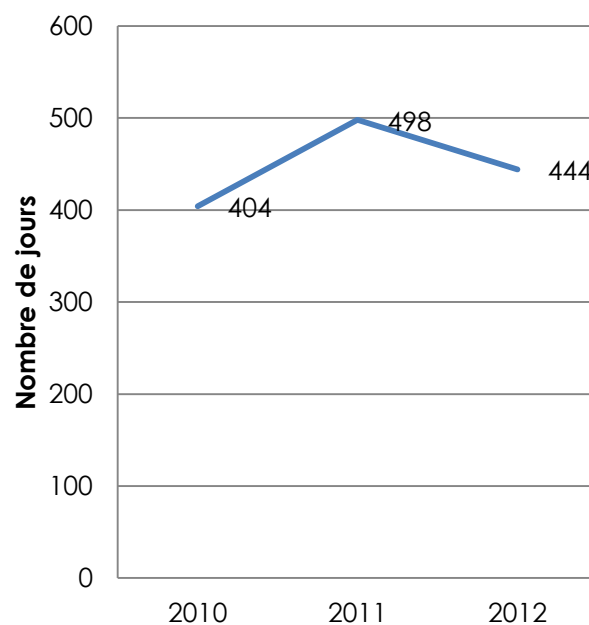
	Quantité	Tps moyen de déplacement pour 1 intervention
Nb interventions (sem.40)	172	8 min 40 sec
Somme des tps d'interventions en min	1521 minutes	

Sur la semaine de référence, le temps de déplacement moyen pour une visite est de 8 minutes et 40 secondes.

1.1.4. Durée moyenne de prise en soins

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

DMS en jours



La durée moyenne de la période de prise en soins au SSIAD avait fortement augmenté entre 2010 et 2011(+94 jours).

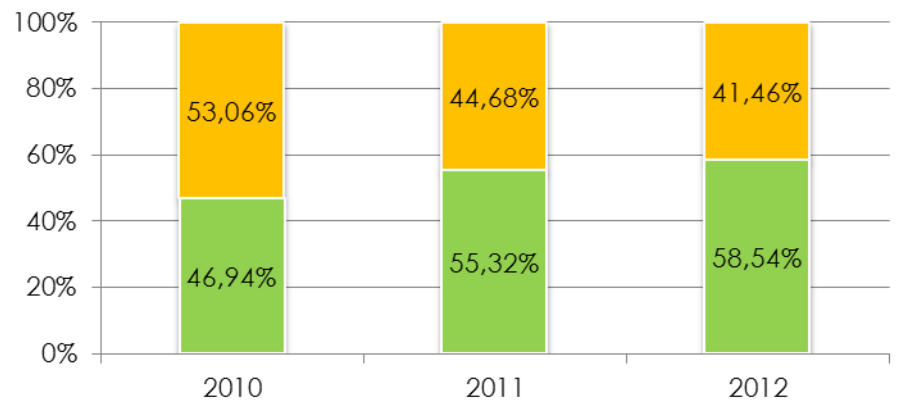
En 2012, le DMS est de 444 jours (-54 jours par rapport à 2011).

1.1.5. Modes de sorties

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

- Sorties définitives et orientation
- Sorties en hopist. puis réadmission

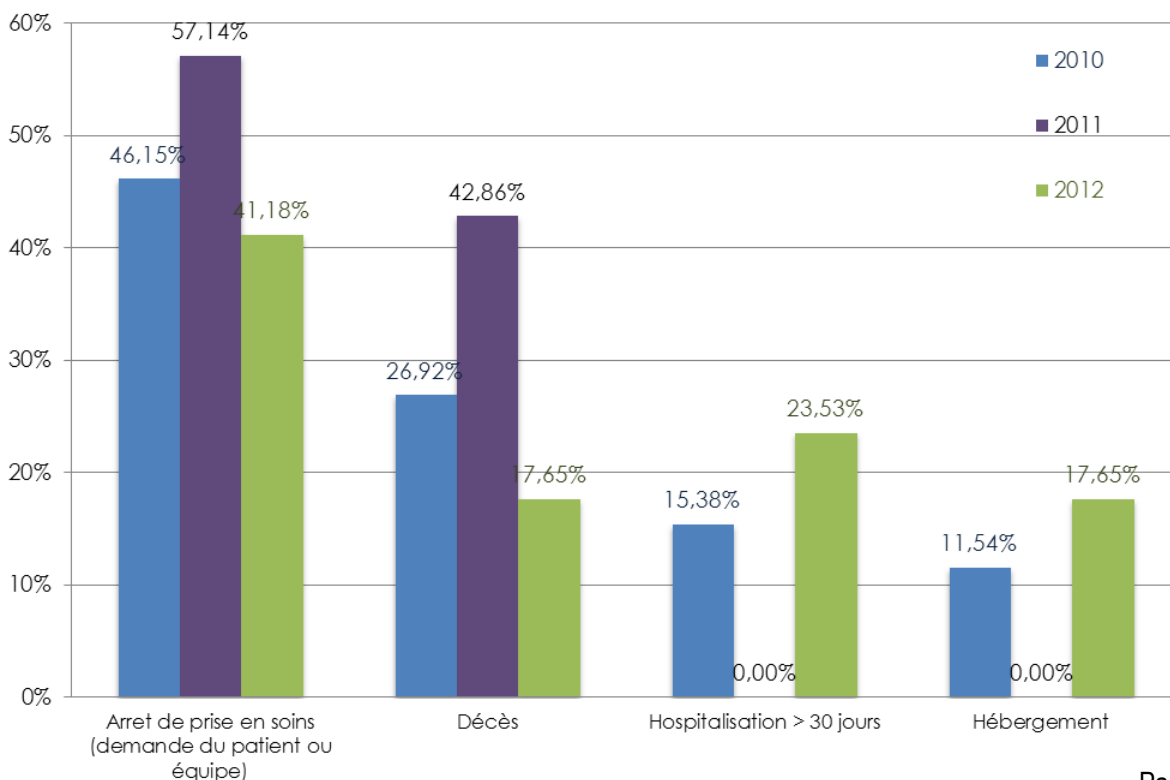
Modes de sorties



Le pourcentage de sorties pour hospitalisation puis réadmission est en constante augmentation (+11,6% sur 3 ans).

Parmi les sorties définitives :

Motifs de sorties définitives et orientation



Le pourcentage de sorties suite à un arrêt de la prise en soins est en baisse entre 2011 et 2012 (-15,96%), ainsi que le pourcentage de décès survenus durant la période de prise en soins (-25,21%).

Le pourcentage de sorties pour hospitalisation puis réadmission représente 58,54% et les sorties pour hospitalisation supérieure à 30 jours 23,53 % en 2012. Les sorties vers un établissement sanitaire ont fortement augmenté : c'est **plus de 80%** des sorties en 2012.

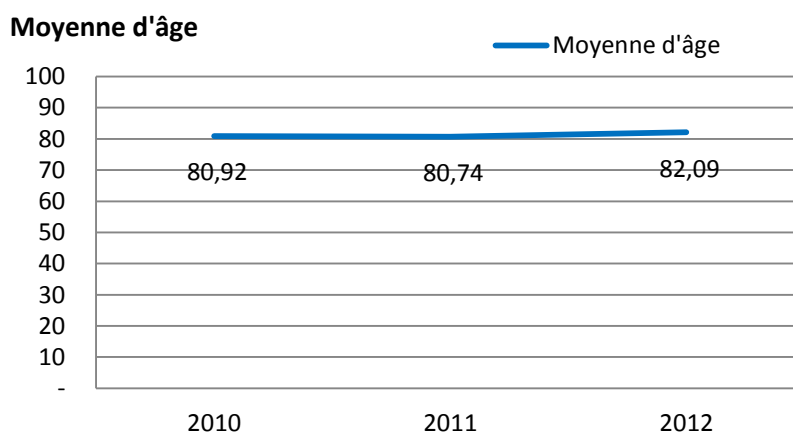
En 2012, les nombreuses hospitalisations des patients, inférieures à 30 jours, correspondent à 672 journées pendant lesquelles les places des patients hospitalisés sont réservées.

2. CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES DU SSIAD

2.1. Âge des patients

2.1.1. Répartition des patients par âge

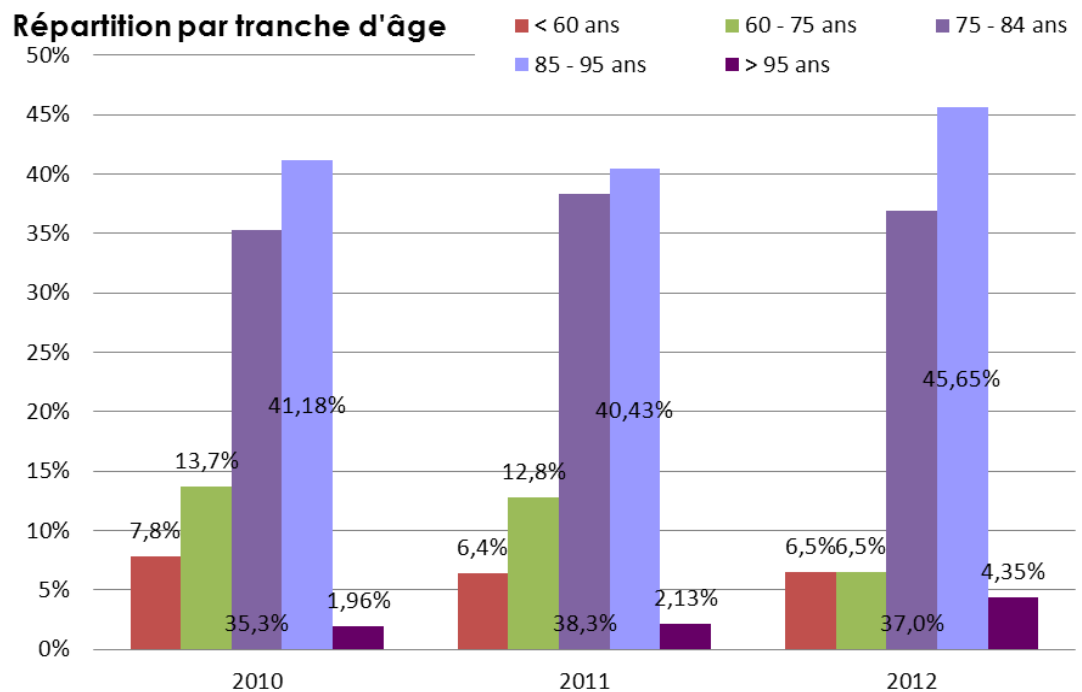
	Moyenne d'âge
2010	80,92
2011	80,74
2012	82,09



L'âge moyen annuel est en très légère hausse entre 2011 et 2012.

Répartition par tranches d'âges	2010	2011	2012
< 60 ans	4	3	3
60 - 75 ans	7	6	3
75 - 84 ans	18	18	17
85 - 95 ans	21	19	21
> 95 ans	1	1	2
Total	51	47	46

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

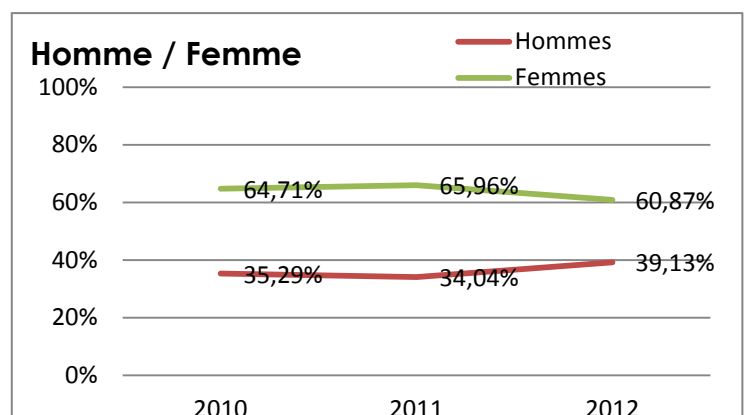


45,65% des patients pris en soins par le SSIAD se trouvent dans la tranche d'âge des 85 - 95 ans en 2012. (+5,22% entre 2011 et 2012)
 Le pourcentage des patients ayant + de 95 ans est en hausse (+2,22%) et représente 4,35% en 2012.

2.1.2. Répartition des patients par sexe

	Hommes	Femmes
2010	18	33
2011	16	31
2012	18	28

La proportion de femmes reste importante.
 En 2012, 60,87% des patients sont des femmes et 39,13% sont des hommes.

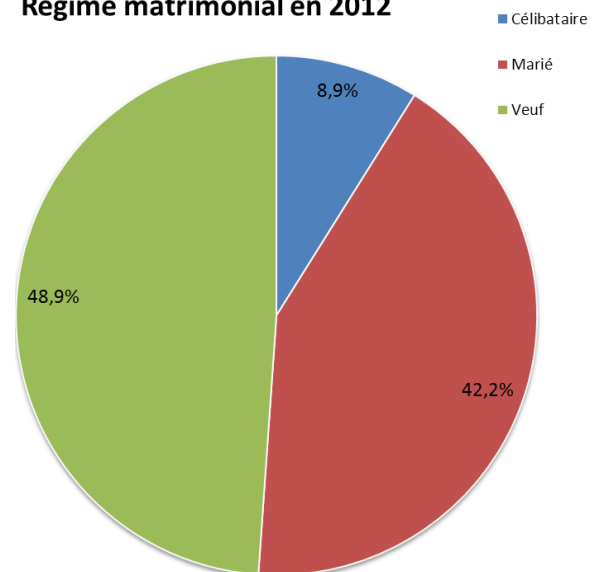


2.2. Situation familiale des patients du SSIAD

2.2.1. Répartition des patients selon leur régime matrimonial

Régime matrimonial	2011	2012
Célibataire	8,5%	8,9%
Marié	51,1%	42,2%
Veuf	40,4%	48,9%
TOTAL	100%	100%

Régime matrimonial en 2012

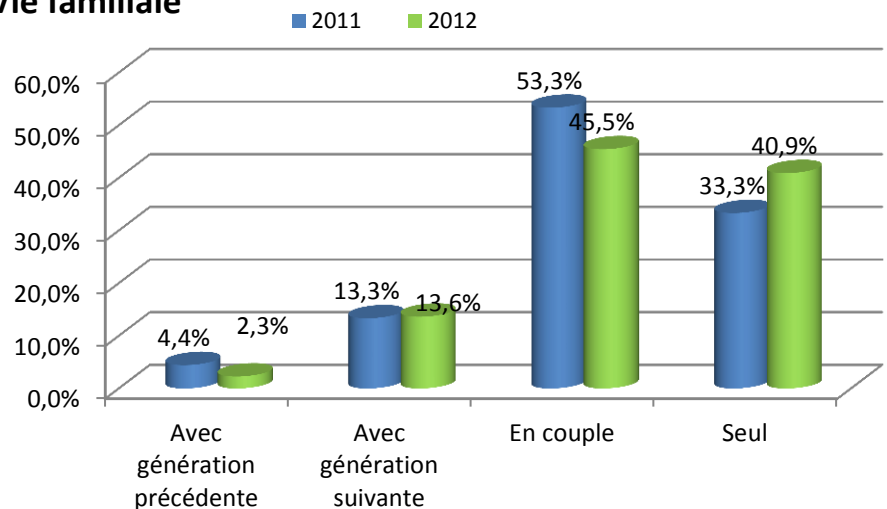


Les $\frac{2}{5}$ des patients pris en soins par le SSIAD sont mariés en 2012.

2.2.2. Description de la situation familiale

Vie familiale	2011	2012
Avec génération précédente	4,4%	2,3%
Avec génération suivante	13,3%	13,6%
En couple	53,3%	45,5%
Seul	33,3%	40,9%
TOTAL	100%	100%

Vie familiale



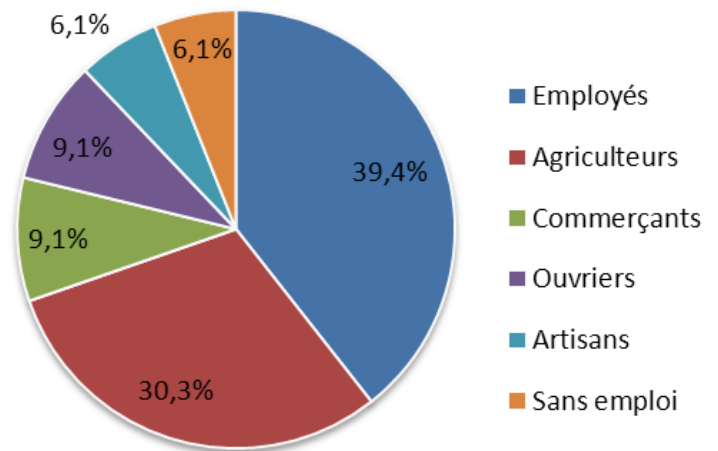
En 2012, 45,5% des patients vivent en couple néanmoins plus de 40% vivent seul au domicile.

15,9% des patients vivent accompagnés de la génération suivante ou précédente.

2.2.3. Description des professions

Origine professionnelle <i>au 31/10/2013</i>	
Employés	39,39%
Agriculteurs	30,30%
Commerçants	9,09%
Ouvriers	9,09%
Sans emploi	6,06%
Artisans	6,06%

Description de l'origine professionnelle



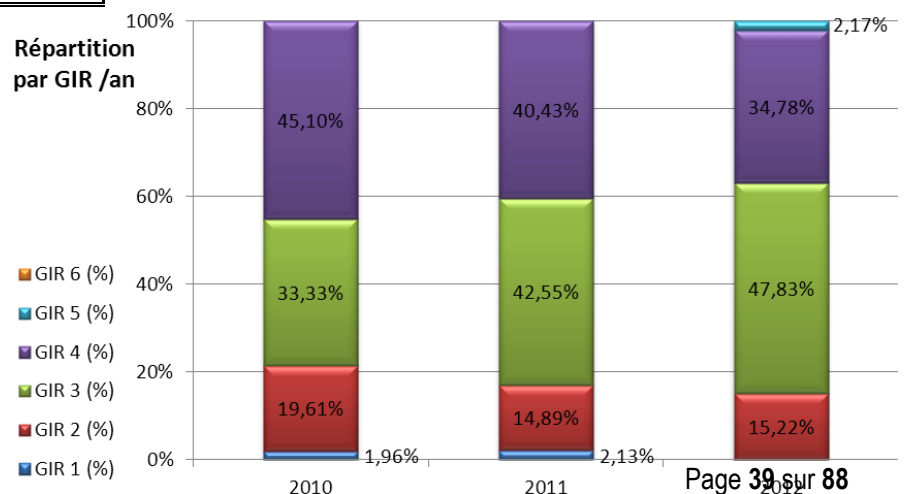
Parmi les patients présents, $\frac{2}{5}$ des patients ont exercé un métier d'employé et environ $\frac{1}{3}$ des patients étaient agriculteurs. 9,09 % étaient commerçants et 9,09 % étaient ouvriers. 6,06% étaient artisans et les 6,06% restant, sans emploi.

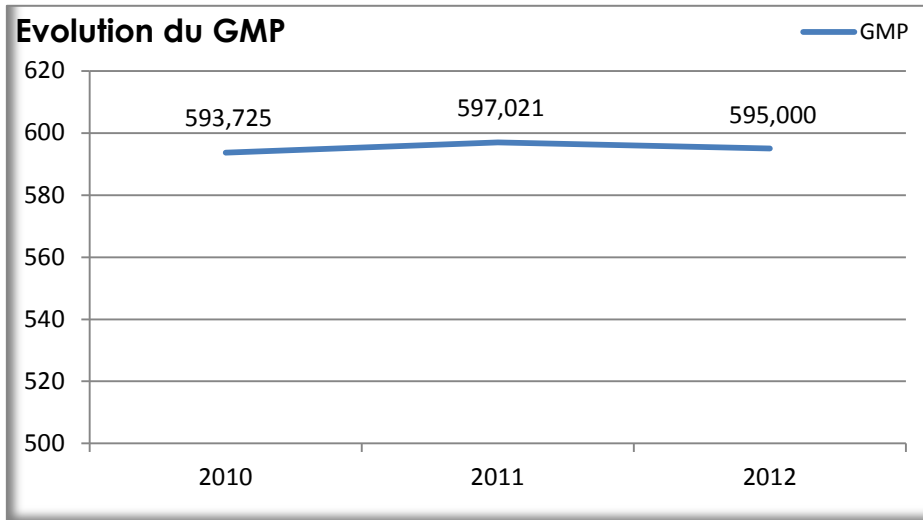
2.3. Caractéristiques soignantes

2.3.1. Niveau de dépendance des patients

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

Plus de 80% des patients se trouvent en GIR 3 et 4.





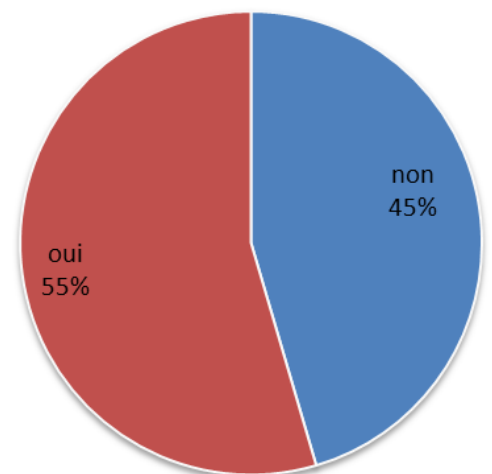
La dépendance des patients pris en soins par le SSIAD reste stable sur 3 ans. (GMP = 595 en 2012)

2.3.2. Aides techniques au 31.10.2013

Equipements médicalisés (Lit médicalisé, Fauteuil électrique, lève-personne, verticalisateur, Fauteuil roulant, oxygène...)	Total
Non	45,5%
Oui	54,5%

Equipements médicalisés
(Lit médicalisé, Fauteuil électrique, lève-personne, verticalisateur, Fauteuil roulant, oxygène..)

En 2013, sur les patients pris en soins par le SSIAD, plus de la moitié disposent d'équipements médicalisés au domicile.



3. CARACTERISTIQUES LIÉES À L'ENVIRONNEMENT DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

3.1. Conditions de logement (au 31 octobre 2013)

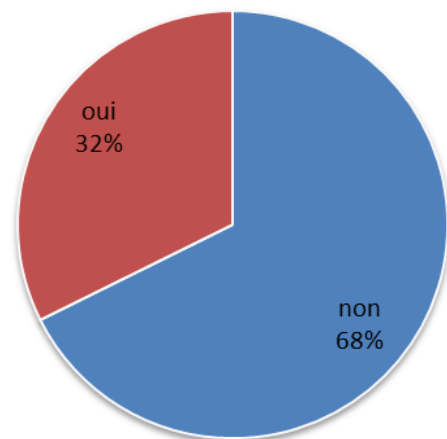
100 % des personnes accompagnées vivent dans des **maisons** (plein pied ou à étage et de type individuelle ou accolée)

3.1.1. Niveau d'aménagement logements des patients

Aménagements liés à l'autonomie	Total
Non	67,6%
Oui	32,4%

32,4% des patients pris en soins ont réalisé des aménagements à leur domicile en lien avec l'autonomie.

Aménagements liés à l'autonomie

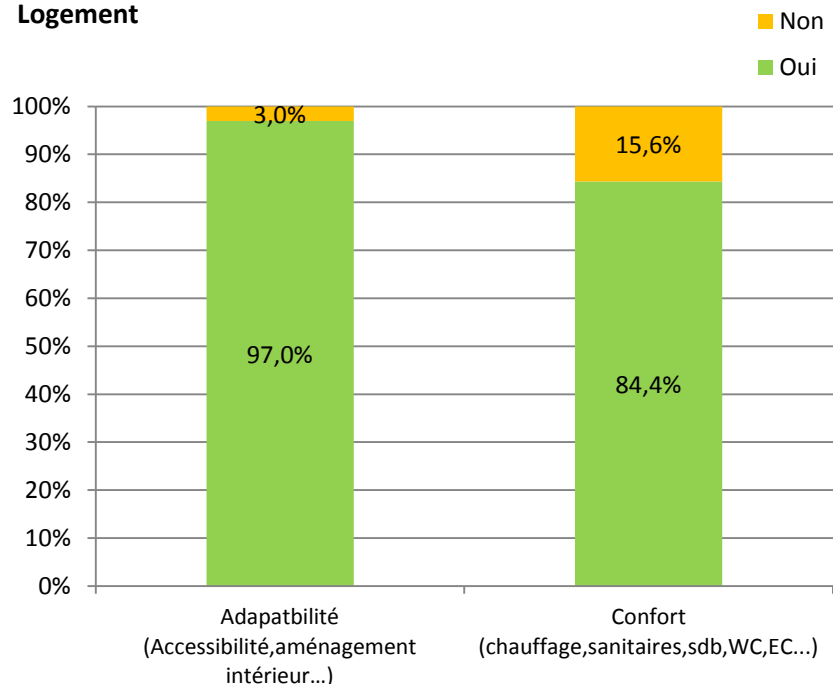


3.1.2. Logements des patients

	Oui	Non
Adaptabilité (Accessibilité, aménagement intérieur...)	97,0%	3,0%
Confort (chauffage, sanitaires, sdb, WC, EC...)	84,4%	15,6%

Au 31 octobre 2013, 3 % des logements de patients du SSIAD sont inadaptés (Accessibilité, aménagement intérieur...) et 15,6% ne sont pas confortables (pas de chauffage, ou absence de sanitaires, salle de bain, WC, eau chaude...).

Logement



Annexe 2

2. SPECIFICATION DES OBJECTIFS

SSIAD	Objectifs / Questions	Dispositions mises en place (procédures, moyens humains, matériels et/ou financiers)	Effets attendus et constatés pour les usagers	Outils ou documents de référence
	Axe 1 : La garantie des droits individuels et la participation des usagers			
Thème 1 : Le respect des personnes				
Q 1 : Garantir le droit au respect de la dignité et de l'intégrité de l'utilisateur				
1	La charte des droits et libertés est annexée au livret d'accueil et remise à l'utilisateur.	Oui, la charte des droits et libertés est communiquée à l'utilisateur.	Information de l'utilisateur pour lui garantir le respect de ses droits et libertés.	La charte des droits et libertés est annexée au guide d'information.
2	Le service réalise une visite d'accueil.	L'IDE coordinatrice réalise une visite de pré accueil, puis après une phase de "test" de 8 jours environ elle effectue une visite d'accueil lors de laquelle l'utilisateur procède à la signature du contrat de prise en soins par le SSIAD.	L'organisation de la prise en soins est clarifiée à l'utilisateur, et sa pérennisation lui apporte un sentiment de confiance et de sécurité.	Le guide d'information et le dossier patient.
3	Le règlement de fonctionnement est annexé au livret d'accueil et remis systématiquement à l'utilisateur.	Oui, le règlement de fonctionnement est communiqué à l'utilisateur et le service s'assure qu'il en prend connaissance lors de la signature du contrat.	Information de l'utilisateur quant au fonctionnement et à l'organisation du SSIAD.	Le règlement de fonctionnement est annexé au guide d'information et remis au patient. Et, le document individuel de prise en charge signé par les deux parties renvoi au règlement de fonctionnement.
4	Le règlement de fonctionnement est remis à tout agent.	Oui, le règlement de fonctionnement est élaboré en équipe.	Assurer à l'utilisateur une prestation des professionnels conforme au règlement de fonctionnement.	RAS
5	L'utilisateur et ses proches sont informés des droits en matière de maltraitance.	Oui, les droits contre la maltraitance sont communiqués à l'utilisateur.	Garantir les droits de l'utilisateur contre la maltraitance.	Article 15 du règlement de fonctionnement.

Q 2 : Garantir le droit au respect de l'intimité et de la vie privée

1	Il existe des dispositifs garantissant le secret professionnel.	Les professionnels du SSIAD respectent leur obligation de secret professionnel.	Garantie à l'utilisateur et ses proches le respect de leur vie privée, leur intimité et de la confidentialité sur leur état de santé. Permettre l'instauration d'une relation de confiance.	Article 6 du règlement de fonctionnement et dans la "fonction aide-soignant".
2	Le règlement intérieur précise les clauses de confidentialité opposables aux professionnels.	Oui, le secret professionnel et la discrétion professionnelle sont des axes majeurs du règlement intérieur du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne auquel est rattaché le SSIAD.	Respect des droits de l'utilisateur au secret médical et au respect de sa vie privée et de son intimité.	Articles 3.1.13, 3.1.14 et 3.1.15 Section 3, Titre III du règlement intérieur du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne.
3	Des protocoles d'échange entre les différents intervenants sont formalisés (cahier de liaison et règles de gestion).	Non, aucun protocole d'échanges n'est formalisé mais il existe des conventions avec d'autres services et un cahier de liaison reste au domicile de l'utilisateur via lequel il est possible d'échanger.	Coordination des différents services intervenants au domicile de l'utilisateur pour un meilleur accompagnement.	Convention avec les infirmières libérales ; cahier de liaison.
4	Les habitudes de vie de l'utilisateur sont interrogées lors de la visite d'accueil.	Oui, les habitudes de vie sont interrogées lors de la visite de pré accueil puis formalisées lors de la visite d'accueil.	Respect de la personne dans sa dignité, adaptation de service à l'utilisateur et individualisation de l'accompagnement.	Dossier patient.
5	Les habitudes de l'utilisateur sont prises en compte dans le protocole d'intervention auprès de l'utilisateur.	Oui les habitudes de vie sont prises en compte, et sont parfois réajustées sur demande de l'utilisateur selon les possibilités du SSIAD.	Respect de la personne dans sa dignité, adaptation de service à l'utilisateur et individualisation de l'accompagnement.	Document individuel de prise en charge.

Q 3 : Garantir le droit à la sécurité

1	Un protocole de gestion des clés du domicile de l'utilisateur est formalisé.	A la remise des clés une attestation est signée par les deux parties.	Sécurisation de l'accès au domicile de l'utilisateur et garantie du respect de sa vie privée et son intimité.	Dossier patient.
2	Un diagnostic des risques liés au domicile de l'utilisateur est réalisé (tapis, escalier, feu, conditions thermiques, rampes d'accès, etc.) et l'utilisateur en est informé.	Lorsque des risques potentiels sont repérés par les professionnels, ils sont signalés à l'utilisateur.	Sécurisation du domicile de l'utilisateur pour une meilleure adaptation de son environnement à ses besoins.	RAS
3	La continuité du service est assurée.	Oui, la continuité des soins par le SSIAD est assurée selon les horaires prévus d'intervention.	Satisfaire au respect des habitudes de vie de l'utilisateur et régularité des interventions.	Planning des tournées réalisées.
4	La politique de recrutement vise à garantir la sécurité de l'utilisateur.	Oui, sont uniquement recrutés des professionnels Aides-Soignants expérimentés, ou jeunes diplômés à condition qu'ils aient déjà connaissance du service via un stage.	Garantir la sécurité de l'utilisateur par le professionnalisme et l'expérience des agents.	RAS
5	Les professionnels sont sensibilisés aux responsabilités liées à la gestion de l'argent de l'utilisateur, l'accès au domicile, etc.	Oui, les professionnels sont sensibilisés et connaissent les différentes responsabilités qu'ils doivent assumer.	Garantir la sécurité de l'utilisateur et le professionnalisme des agents.	Articles 11, 12, 17 et 18 du règlement de fonctionnement.
6	L'identité de la personne de confiance est recueillie lors de son entrée dans le service.	Non, seule l'identité de la personne de référence est recueillie, mais le rôle et l'objectif sont différents.	Assurer à l'utilisateur qu'il sera assisté dans ses démarches et entretiens médicaux par la personne qu'il a désigné, ou que cette même personne prendra des décisions le concernant s'il n'est plus en capacité de s'exprimer.	RAS
7	Des protocoles pour la remontée d'informations préoccupantes sont formalisés.	Non, aucun protocole pour la remontée d'informations préoccupantes n'existe.	Permettre à des personnes parfois isolées à ce que leur situation personnelle soit signalée au cas où elle deviendrait préoccupante pour elle-même.	RAS

Q 4 : Garantir le droit à une prise en charge et un accompagnement de qualité favorisant l'autonomie				
1	Le livret d'accueil identifie les différents interlocuteurs au sein du service.	Oui, l'ensemble des professionnels sont identifiés (noms et photos).	Permettre à l'utilisateur d'identifier les personnes susceptibles d'intervenir à son domicile, ce qui contribue à instaurer un lien de confiance et de fournir des repères aux patients et à sa famille.	Guide d'informations.
2	Le service assure la mise en œuvre du plan de soins lié à la perte d'autonomie.	Oui, le protocole de soins sous prescription médicale est établi avec le médecin et l'IDE coordinatrice au début de la prise en soins.	Assurer à l'utilisateur un plan de soins adapté à ses besoins et évaluer médicalement.	Le protocole de soins figure dans le dossier patient et le contrat individuel de prise en charge mentionne la nature des interventions et la fréquence.
3	Le niveau d'autonomie de l'utilisateur est évalué au moins une fois par an.	Oui, évaluation obligatoire une fois par an par une infirmière du Conseil Général pour mesurer le GIR + Toilette évaluative juste avant la sortie du service de médecine afin de préparer le retour à domicile + Évaluation des capacités à l'admission dans le SSIAD, puis lors du changement de l'état de santé et lors d'un retour d'hospitalisation.	Garantir à l'utilisateur une adaptation continue des interventions tout au long de la prise en soins.	Cahier d'entrées et de sorties du SSIAD (évaluation du CG) et diagramme de soins.
Q 5 : Garantir le droit à la confidentialité des informations concernant les personnes				
1	Le livret d'accueil précise les modalités d'accès au dossier pour l'utilisateur.	Le guide d'informations mentionne l'existence du cahier de liaison et son accessibilité par les intervenants, lequel contient les informations concernant l'utilisateur et les interventions réalisées à son domicile.	Garantir à l'utilisateur un accès aux informations le concernant, tout en assurant la confidentialité de ces informations.	Le guide d'informations et le cahier de liaison qui est l'équivalent du dossier patient mais qui reste en permanence au domicile de l'utilisateur.
2	Le service respecte la réglementation en vigueur conformément à la loi informatique et libertés.	Le SSIAD n'est pas informatisé. Un logiciel existe pour la gestion du service, mais pas pour les transmissions.	Assurer la confidentialité des informations personnelles et médicales.	RAS
Q 6 : Garantir le droit à l'exercice des droits civiques et à la pratique religieuse				
1	La prestation est adaptée, dans la limite des possibilités du service, aux besoins des usagers.	Les horaires de passage peuvent être décalés pour permettre à l'utilisateur de se rendre à l'office religieux dans la mesure du possible, idem pour aller voter ou pour toute autre demande personnelle.	Garantir à l'utilisateur le maintien de sa vie sociale et familiale, l'exercice de ses droits civiques ou de sa pratique religieuse.	Article 1 et 13 du règlement de fonctionnement ; Agenda et planning des visites réalisées (mention des changements).

Q 7 : Garantir le droit au respect des liens familiaux

1	La composition familiale est recueillie lors de l'entrée dans le service.	Oui, au début de la prise en soins le service se renseigne si l'utilisateur a des enfants, sur l'identité de l'aidant principal et celle du référent.	Respecter les liens familiaux de l'utilisateur et améliorer la prise en soins grâce à une meilleure connaissance de la personne et de son entourage.	Dans le dossier d'entrée figure les identités et contacts téléphoniques des différentes personnes.
2	L'aidant est associé à la mise en œuvre du projet de soins de l'utilisateur.	Oui, lors de la visite d'accueil l'IDE coordinatrice s'entretient avec l'aidant puis les AS associent l'aidant aux soins lors des premières visites et tout au long des interventions si besoin.	Instaurer un lien de confiance entre l'utilisateur, sa famille et le SSIAD et garantir de bonnes conditions d'intervention.	Le dossier patient précise parfois ce à quoi participe l'aidant.

Q 8 : Garantir la possibilité d'exprimer ses choix entre les prestations proposées et leurs mises en œuvre, et respecter le consentement éclairé de l'utilisateur ou de son représentant légal

1	Un dispositif permet le recueil des informations liées à l'utilisateur et de ses choix relatifs aux modalités d'intervention (horaires de passage).	Lors de la visite d'accueil l'utilisateur est interrogé sur ses préférences relatives aux modalités d'intervention, après quoi l'IDE coordinatrice lui fait des propositions au regard des possibilités du service.	Consulter les choix et attentes de l'utilisateur, afin de les respecter au mieux selon les exigences du service.	Le dossier patient et le document individuel de prise en soins affiche l'accord final pris entre l'utilisateur et le SSIAD.
2	Les besoins et les attentes de l'utilisateur sont régulièrement interrogés (modulation des horaires de passage).	Oui, dans la mesure du possible le service adapte ses interventions au fil de la prise en soins et à mesure que sa connaissance de l'utilisateur s'améliore.	Laisser à l'utilisateur la possibilité de s'exprimer tout au long de la prise en soins, et de revenir sur ses attentes.	Avenant au contrat si modification définitive des interventions ; Planning des tournées réalisées.
3	Un protocole de gestion des réclamations est formalisé, mis en œuvre et évalué.	Oui il existe un protocole de gestion des réclamations. Les utilisateurs peuvent adresser leurs réclamations directement par oral aux AS lors des interventions, ou par téléphone à l'IDE coordinatrice, ou bien via le questionnaire de satisfaction annuel.	Garantir le droit d'expression de l'utilisateur.	Résultats du questionnaire de satisfaction traités par la cellule qualité ; Protocole de gestion des plaintes en secteur médico-social.

Thème 2 : La participation des usagers à leur accompagnement

Q 1 : Garantir le droit à l'information

1	Le livret d'accueil et ses annexes sont remis à l'utilisateur lors de son admission.	Oui, l'IDE coordinatrice remet à l'utilisateur le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et le guide d'informations puis 8 jours plus tard environ le document individuel de prise en charge est signé par les deux parties et un exemplaire est remis à l'utilisateur.	Garantir le droit à l'information de l'utilisateur et l'intégrer au mieux dans l'organisation du service.	Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, guide d'informations, document individuel de prise en charge.
2	Il existe un document qui décrit l'offre de service, les modes d'interventions et les moyens mis en œuvre pour assurer les prestations (humains et financiers).	Oui, ces renseignements figurent sur le guide d'informations qui est remis à l'utilisateur lors de la visite de pré accueil et des explications orales sont données par l'IDE coordinatrice et les AS à propos de ce qui est pris en charge par la sécurité sociale ou l'APA.	Informé au mieux l'utilisateur et le rassurer sur le cadre de sa prise en charge par le service, tout en tissant un lien de confiance avec les professionnels.	Guide d'informations.
3	Un accueil téléphonique est assuré selon les exigences de l'agrément qualité.	Oui, le SSIAD dispose d'une ligne téléphonique avec répondeur lorsqu'aucun professionnel n'est physiquement présent dans le bureau. Puis, lors de la visite d'accueil l'IDE coordinatrice remet son numéro de ligne directe à l'utilisateur en cas de besoin.	Garantir le droit à l'information de l'utilisateur tout au long de la prise en soins et répondre à ses interrogations.	Numéro du SSIAD figurant sur le guide d'informations.
4	La procédure d'accueil est formalisée (téléphonique, physique).	Les visites d'accueil et de pré accueil sont prévues, et le numéro de téléphone fourni à l'utilisateur.	Assurer une bonne intégration de l'utilisateur dans l'organisation et le fonctionnement du SSIAD.	RAS
5	Les heures d'ouverture et d'accueil sont communiquées.	Oui, les plages horaires d'accueil sont communiquées.	Garantir un bon accompagnement de l'utilisateur et son droit à l'information.	Guide d'informations.
6	Le service informe les usagers de tout changement dans l'organisation de la prestation.	Oui, en cas d'impossibilité exceptionnelle d'assurer une intervention ou en cas de retard (conditions météorologiques) l'utilisateur est prévenu par téléphone le plus rapidement possible.	Respecter les habitudes de vie de la personne et son droit à l'information, assurer la qualité de la relation avec les professionnels.	Article 10 du règlement de fonctionnement.
7	Un référent de la prestation est désigné et son nom et ses coordonnées sont connus de l'utilisateur (article 22 de l'agrément qualité).	Oui, la personne référente est l'IDE coordinatrice qui se présente au début de la prise en soins et procède à l'admission de l'utilisateur dans le service.	Assurer de bonnes relations entre l'utilisateur et le SSIAD en lui permettant d'identifier les professionnels.	Le nom de l'IDE coordinatrice figure sur le guide d'informations avec le numéro du SSIAD.

Q 2 : Garantir le droit à la participation de la personne à la conception et la mise en œuvre du projet qui la concerne

1	Le projet d'accompagnement est établi avec la participation du patient.	Oui, quel que soit l'intervenant l'utilisateur est toujours au milieu de la discussion et de la définition des objectifs guidant son projet d'accompagnement.	Assurer la pertinence du projet d'accompagnement de l'utilisateur en l'associant à sa construction.	Protocole de soins, prescription médicale, document individuel de prise en charge.
2	Le projet d'accompagnement individualisé est réévalué au moins une fois par an avec l'utilisateur ou son représentant (article 23 de l'agrément qualité).	La situation de l'utilisateur est réévaluée de façon informelle quotidiennement en prenant en compte la personne et son entourage. Et l'IDE coordinatrice participe à des réunions trimestrielles avec l'ADMR le CG afin de passer en revue les dossiers des usagers que ces services ont en commun.	Adapter le projet d'accompagnement à l'évolution de la situation de l'utilisateur et en lien avec lui.	RAS
3	La prise en soins correspond à l'objectif convenu lors de la signature du document individuel de prise en soins.	Les objectifs sont déterminés en lien avec l'utilisateur et son médecin traitant, mais le suivi n'est pas formalisé.	Permettre à l'utilisateur d'avoir un droit de regard et de participation dans le suivi des objectifs de sa prise en soins.	Dossier patient pour la définition des objectifs, protocole de soins et prescription médicale.
Q 3 : Garantir le libre choix entre les prestations proposées et le respect du consentement éclairé de la personne ou de son représentant légal et le droit à la renonciation				
1	Le service s'assure que l'utilisateur reçoit une information claire et accessible permettant la prise de décisions.	Le SSIAD et les professionnels s'adressent toujours à l'utilisateur en particulier, mais il leur est parfois difficile de s'assurer de son niveau de compréhension.	Assurer le droit à l'information de la personne pour lui permettre de prendre ses décisions de façon éclairée.	Cahier de liaison, enquête de satisfaction annuelle.
2	L'utilisateur est informé de la nature des soins qui lui sont prodigués et son consentement recueilli.	Oui, l'admission dans le SSIAD relève d'une prescription médicale. Puis l'utilisateur est informé par l'IDE coordinatrice, son consentement est recueilli et le contrat signé sous 8 jours en moyenne après le début de la prise en soins.	Respecter le droit à l'information de l'utilisateur et son consentement ou non.	Document individuel de prise en charge et article 8 du règlement de fonctionnement.
3	Le statut juridique de l'utilisateur est interrogé.	Oui, l'information est recueillie et tracée.	S'assurer que l'utilisateur est en mesure de donner un consentement éclairé aux professionnels.	Dossier patient et cahier de liaison.
4	Le contrat prévoit les procédures de résiliation.	Oui, trois procédures de résiliation sont prévues soit en cas d'interruption de l'accompagnement pendant une durée supérieure à 30 jours, soit à l'initiative du médecin traitant ou du SSIAD, soit à l'initiative de l'utilisateur lui-même.	Garantir le droit à la renonciation de l'utilisateur et l'informer sur les possibilités de résiliation à l'initiative des autres parties.	Articles 28, 29 et 30 du règlement de fonctionnement qui est annexé au contrat.
5	Le contrat contient un bordereau de rétractation relatif aux signatures de contrat à domicile.	Non.	Permettre matériellement le droit à la renonciation et en simplifier la démarche.	RAS

Thème 3 : L'association des usagers à l'évolution du fonctionnement du service

Q 1 : Associer les usagers et prendre en compte leur point de vue pour faire évoluer le fonctionnement du service afin de mieux prendre en compte leurs besoins et attentes

1	Une enquête de satisfaction est réalisée au moins une fois par an ou tout autre moyen de participation et d'expression des usagers.	Oui, une enquête de satisfaction est réalisée annuellement et les remarques orales des usagers sont prises en compte tout au long de la prise en soins.	Amélioration continue de la qualité du service fourni grâce aux observations et remarques des usagers.	Enquête de satisfaction.
2	Le service associe les usagers aux démarches de l'évaluation interne et externe.	Oui, les usagers sont consultés dans le cadre de l'évaluation interne et externe afin d'en assurer la pertinence.	Amélioration continue de la qualité du service fourni grâce aux observations et remarques des usagers.	Questionnaire d'évaluation spécifique aux usagers annexé au rapport d'évaluation interne.
3	L'"analyse à froid" des réclamations, des plaintes et des incidents alimentent le processus d'amélioration continue.	Un protocole de gestion des événements indésirables existe mais n'est pas utilisé et il existe également un protocole de gestion des plaintes et réclamations.	Amélioration continue de la qualité du service fourni grâce aux observations et remarques des usagers et s'assurer qu'une réponse est fournie pour chaque interrogation et questionnement.	Classeur protocole dans le bureau du SSIAD.

Axe 2 : La prévention des risques

Thème 1 : La maltraitance

Q 1 et Q 2 : Prévenir les violences physiques, psychiques ou morales

1	Les professionnels sont sensibilisés et formés à la prévention des violences physiques, psychiques ou morales.	Oui, les professionnels font partie du groupe «lutte contre la maltraitance» ; participent aux formations Humanitude et aux formations entre SSIAD (aide aux aidants, positionnement d'AS à domicile).	Les professionnels du SSIAD sont d'autant plus sensibilisés qu'ils interviennent à domicile et doivent respecter la personne elle-même et son domicile.	Attestations de formations remises aux professionnels.
2	Les conduites à tenir en cas de maltraitance constatée ou relatée sont formalisées.	En cas de constatation de cas de maltraitance les professionnels préviennent l'IDE coordinatrice, voire la cadre, qui se rend au domicile de l'utilisateur, et possibilité de se faire aider par le médecin traitant ou le CG.	Vigilance quotidienne des professionnels à l'égard de l'utilisateur afin de prévenir ou stopper toute situation de maltraitance.	RAS
3	Il existe des outils d'alerte ou de détection de facteurs de risques liés à la maltraitance.	Les professionnels sont attentifs aux gestes, paroles, présence d'hématomes sur la personne ; questionnent le patient en cas de suspicion, ou de changement de son comportement ou de celui de son entourage.	Vigilance des professionnels à tous les signes visuels, oraux ou suggérés.	Dossier patient.
4	Le rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance est défini dans les fiches de poste du cadre de santé.	Participation du Cadre et des professionnels à l'ensemble des projets de lutte contre la maltraitance.	Sensibilisation des professionnels à la lutte contre la maltraitance afin que l'utilisateur n'en soit pas victime.	Composition de la cellule opérationnelle et de pilotage Humanitude.
5	Une réflexion sur les comportements professionnels est conduite au sein des équipes.	Oui, une réflexion orale est conduite quotidiennement lors des staffs et la psychologue apporte son soutien dans l'analyse des pratiques professionnelles en cas situation exceptionnelle.	Amélioration de l'accompagnement de l'utilisateur et prévention de la maltraitance.	RAS
6	Les usagers sont informés des dispositifs de prévention des risques.	Oui mais la prévention est assez succincte car le sujet est délicat à aborder. En revanche, si la situation se concrétise une information plus complète est donnée à l'utilisateur.	Prévenir ou stopper les situations de maltraitance dont pourrait être victime l'utilisateur.	Article 15 du règlement de fonctionnement.
7	Il existe une procédure de gestion de crise en cas d'incident impliquant directement le service dans un acte de maltraitance.	Oui, la gestion des cas de maltraitance du fait d'un professionnel est en partie protocolisée.	Prévenir ou stopper les situations de maltraitance du fait des professionnels dont pourrait être victime l'utilisateur.	Protocole de gestion des plaintes en secteur médico-social.

Q 3 : Prévenir les violences matérielles et financières (vols, escroqueries, etc.)

1	Des mesures de prévention sont définies avec les usagers à leur domicile.	Oui, les professionnels refusent d'avoir la clé du domicile de l'usager sans autorisation ni attestation ; les relations (argent, course) sont règlementées ; le véhicule du SSIAD et des tenues des professionnels identifiables et eux-mêmes s'annoncent à chaque intervention.	Protéger l'usager de toute mesure d'extorsion, d'arnaque, d'agression ou de vol, et spécialement s'il est isolé.	Articles 17 et 18 du règlement de fonctionnement + Titre III Chapitre I Section 4 du règlement intérieur CHMB.
2	Les professionnels sont informés des peines qu'ils encourent en cas de manquement à leurs obligations.	Oui, les professionnels connaissent leurs droits et obligations.	Garantir aux usagers le professionnalisme des professionnels qui interviennent à leur domicile.	Titre III Chapitre I Section 4 du règlement intérieur CHMB.

Q 4 : Prévenir les violences médicales et médicamenteuses (manque de soins de base, non prise en compte de la douleur, abus médicamenteux, etc.)

1	Les professionnels sont informés des modalités réglementaires encadrant l'aide à la prise de médicaments par l'usager.	Oui, dans le médico-social les AS ont une compétence particulière pour l'aide à la prise du médicament différente du secteur sanitaire.	Prévenir les erreurs de prescriptions médicamenteuses.	Compétences d'AS médico-sociale.
2	L'information à l'usager sur les soins effectués et les traitements prescrits est assurée et traçable.	Oui, l'usager est informé des soins qui lui sont prescrits et réalisés, et l'information est tracée.	Garantir le droit à l'information de l'usager et prévenir les erreurs médicales.	Ordonnances et prescriptions médicales ; diagramme de soins annexé au cahier de liaison.
3	La douleur est évaluée en équipe pluridisciplinaire.	Oui, les professionnels signalent lorsque l'usager est douloureux puis le médecin peut demander la réalisation d'une échelle de la douleur.	Surveillance de la douleur de l'usager et des traitements prescrits, lesquels sont souvent assez lourds et à risque pour l'usager.	Ordonnances et prescriptions médicales ; diagramme de soins annexé au cahier de liaison, dossier patient.
4	La douleur est régulièrement réévaluée pendant la durée de la prise en soins.	Oui, la réévaluation de la douleur est régulière pour les usagers étant placés sous surveillance particulière (exemple : en cas d'utilisation de patch).	Adapter la prise en soins de l'usager à l'évolution de la douleur.	Cahier de liaison et dossier patient.

Q 5 : Prévenir les négligences actives ou passives

1	Les missions des professionnels sont formalisées.	Oui, les missions de chacun des professionnels sont formalisées.	Encadrer les interventions des professionnels auprès de l'usager.	Fiche de poste des professionnels.
2	L'évaluation de l'application des procédures est régulièrement réalisée.	Non.	Protéger l'usager les situations de négligences.	Classeur protocoles et procédures.
3	Les situations de mal être, de stress ou de fatigue sont surveillées chez les intervenants.	Oui, la cadre est vigilante par rapport à l'état psychologique et physique des professionnels par exemple en proposant d'aller quelques temps dans un autre service avec un objectif précis, de travailler en binôme ou plus en lien avec les AVS.	Protéger l'usager des risques de négligences et prévenir l'épuisement professionnel.	Fiches d'évaluation annuelles.

Q 6 : Prévenir les privations ou les violations de droits

1	Les questions éthiques sont abordées lors des rencontres entre les professionnels du service.	Oui, toutes les questions relatives à la maltraitance, la sexualité de la personne âgée, etc. sont abordées en équipe et/ou lors de formations.	Améliorer l'accompagnement de l'utilisateur, les compétences des professionnels et prévenir les violations de droits.	Classeur formation au bureau du SSIAD.
---	---	---	---	--

Thème 2 : Les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes**Q 1 : Prévenir les risques relatifs aux chutes**

1	Les intervenants sont formés à l'observation et à la détection des différents risques auxquels est exposé l'utilisateur.	Oui, lors de la visite de pré accueil et tout au long de la prise en soins les risques présents dans l'environnement de l'utilisateur lui sont signalés ainsi qu'à son entourage (présence de tapis, baignoire, meubles gênants, absence de tapis anti dérapant).	Minimiser les risques de chutes et adapter l'environnement de l'utilisateur à ses besoins.	Compétences de l'AS à domicile ; listing des risques dans le dossier patient.
2	Quand le domicile de l'utilisateur ne semble pas adapté, des solutions d'aménagement sont suggérées par les professionnels du service.	Oui, en cas de problème l'ensemble des professionnels interviennent pour inciter l'utilisateur et sa famille à accepter les changements nécessaires qui sont souvent refusés pour des raisons psychologiques et parfois parce que des travaux sont nécessaires.	Minimiser les risques de chutes, et améliorer le confort de vie de la personne celui des soins et la qualité de vie au travail des professionnels.	Comptes rendus de l'ergothérapeute joints au dossier patient ; articles 23 et 29 du règlement de fonctionnement.
3	L'activité physique de l'utilisateur est encouragée.	Oui, l'activité physique est encouragée le temps de la présence des professionnels (exemple : si la personne est habituellement en fauteuil mais qu'elle est capable de faire quelques pas, les AS l'y accompagne pour se rendre dans la sdb).	Minimiser les risques de chutes et préserver l'autonomie de la personne.	Diagramme de soins ; dossier patient.

Q 2 : Prévenir les risques relatifs aux troubles alimentaires

1	L'utilisateur et ses proches sont sensibilisés au risque de dénutrition.	Oui, à chacune de leurs visites les professionnels s'assurent que l'utilisateur s'alimente correctement.	Prévenir la dénutrition.	Cellule opérationnelle Humanitude sur le thème de la dénutrition du 14 septembre 2012.
2	La dénutrition fait l'objet d'une surveillance par la prise de poids régulière.	Oui, la surveillance de la prise de poids est réalisée la deuxième semaine de chaque mois et plus si prescription du médecin.	Prévenir la perte de poids.	Fiche de surveillance alimentaire ; dossier patient.
3	Les professionnels disposent de moyen de signalement en cas de dénutrition.	Oui, les professionnels signalent la perte de poids ou d'appétit au médecin traitant.	Prévenir la perte de poids et la dénutrition.	Cahier de liaison ; fiche de surveillance alimentaire ; transmissions.
4	La déshydratation fait l'objet d'une surveillance.	Oui, au quotidien et surveillance particulière l'été les professionnels assurent une surveillance hydrique par le questionnement de l'utilisateur et de sa famille.	Prévenir la déshydratation.	Diagramme de soins ; fiche de surveillance hydrique et alimentaire.
5	Les professionnels disposent de moyen de signalement en cas de déshydratation.	Oui, signalent la déshydratation au médecin traitant.	Prévenir la déshydratation.	Cahier de liaison ; fiche de surveillance hydrique ; transmissions.

Q 3 : Prévenir les risques relatifs à la déglutition (fausses routes)

1	Le dossier de l'utilisateur contient les recommandations alimentaires le concernant.	Non, quelques recommandations orales sont données à l'utilisateur par les professionnels du SSIAD mais cela reste difficile car ils ne sont pas présents au moment des repas de l'utilisateur.	Prévenir les risques de fausses routes.	RAS
---	--	--	---	-----

Q 4 : Prévenir les risques liés aux postures (risques d'escarres)

1	Le risque d'escarres fait l'objet d'une prévention et d'une évaluation périodique.	Oui, la prévention au risque d'escarres est quotidienne en levant l'utilisateur, recours à la méthode de l'effleurage, utilisation de tout le matériel nécessaire (lit, coussin, protections), la bonne alimentation, surveillance de l'état général. Les informations sont données à l'utilisateur et aux aidants.	Prévenir les risques d'escarres.	Fiche de poste d'AS ; dossier patient (exemple : si besoin d'un lit médicalisé) ; diagramme de soins ; cahier de liaison.
2	Les critères et les modalités de l'évaluation sont formalisés.	Oui, les critères d'évaluation des risques d'escarres sont formalisés.	Prévenir les risques d'escarres.	Protocole prévention d'escarres avec Sanyrene.

Q 5 : Prévenir les risques relatifs à l'isolement

1	Le service dispose d'un recensement des coordonnées de réseaux à transmettre à l'utilisateur.	Oui, si l'utilisateur en fait la demande les professionnels remettent les coordonnées de l'assistante sociale, le pédicure, les kinésithérapeutes, etc.	Bien orienter l'utilisateur, lutter contre son isolement et contribuer à son accompagnement global.	RAS
---	---	---	---	-----

Q 6 : Prévenir les risques relatifs à la dépression et au suicide

1	Le risque suicidaire est pris en compte dans l'accompagnement de l'utilisateur.	Oui, le comportement de l'utilisateur et ses plaintes sont surveillés puis signalés au cadre de santé et au médecin traitant si besoin.	Prévenir les risques relatifs à la dépression et au suicide.	RAS
2	Les professionnels sont formés à l'écoute de l'utilisateur.	Oui, cela fait partie des compétences de l'AS.	Etre à l'écoute des usagers et être disponible pour eux.	Fiche de poste AS.
3	Un protocole de signalement des risques existe.	Non.	Prévenir les risques relatifs à la dépression et au suicide.	Protocole de signalement des risques suicidaires en cours d'élaboration.
4	Les coordonnées des structures de prévention sont à la disposition des professionnels.	Non.	Prévenir les risques relatifs à la dépression et au suicide en facilitant la mise en relation de l'utilisateur avec les bons interlocuteurs.	RAS

Q 7 : Prévenir les risques relatifs à la douleur

1	Les professionnels sont formés à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.	Oui, les professionnels sont formés à la douleur et aux différentes étapes de la vie.	Prévenir la douleur de l'utilisateur.	Documents de formation à la douleur dans le bureau du SSIAD et affichages.
2	Les usagers sont-ils informés de la possibilité d'être accompagné en fin de vie.	Oui, l'information est donnée à l'utilisateur et sa famille lorsque l'état général de l'utilisateur s'altère et que le diagnostic est posé. Le médecin fournit l'information et la cadre se rend au domicile pour amorcer la discussion et l'organisation du service.	Accompagnement de l'utilisateur quelle que soit l'évolution de sa situation.	Missions du SSIAD figurant le guide d'informations.
3	Lors d'un accompagnement en fin de vie, le service se rend au domicile de l'utilisateur plusieurs fois par jour si besoins.	Oui, le service de soins s'adapte aux besoins de l'utilisateur en fin de vie au jour le jour, cela pouvant aller jusqu'à 6 fois par jours voire plus.	Adapter la prise en soins de l'utilisateur à l'évolution de la douleur.	Planning journalier des visites réalisées.
4	L'équipe pluridisciplinaire se réunit régulièrement pour réévaluer les douleurs physiques et psychiques liées à la fin de vie.	Oui, les AS se réunissent tous les jours, parfois avec la psychologue et plus rarement avec les médecins.	Organiser une prise en charge globale de la douleur de l'utilisateur.	Transmissions, dossier patient.

Q 8 : Prévenir les risques relatifs au dépistage et à la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement

1	Le recensement des usagers souffrant de troubles de l'humeur et du comportement est réalisé avec des outils adaptés.	Oui, soit déjà connu au début de la prise en soins, soit les professionnels s'en aperçoivent au cours de la prise en soins et le signale puis le surveille. La cadre de santé peut en avertir le médecin.	Prévenir, repérer et accompagner les troubles de l'humeur et du comportement.	Transmissions ; dossier patient ; cahier de liaison.
2	L'équipe pluridisciplinaire se réunit pour réévaluer l'évolution des troubles de l'humeur et du comportement.	Oui, les AS se réunissent tous les jours, parfois avec la psychologue et plus rarement avec les médecins. Si besoin, la cadre de santé rencontre le médecin.	Organiser une prise en charge globale des troubles de l'humeur et du comportement.	Transmissions, dossier patient.

Thème 3 : Les risques professionnels

Q 1 : Prévenir les risques relatifs aux contraintes techniques, organisationnelles et à l'isolement au travail

1	Les professionnels disposent d'entretiens professionnels de façon annuelle ou bi annuelle avec la hiérarchie.	Oui, chaque professionnel a une évaluation une fois par an avec la cadre de santé.	Etre à l'écoute des professionnels.	Fiche d'évaluation avec les appréciations.
2	Le service a mis en place des moyens de communication avec les professionnels.	Oui, chaque professionnel a un téléphone pour communiquer avec la cadre de santé, l'IDE coordinatrice, les infirmières libérales, l'ADMR et le médecin ou la pharmacie et les organismes de maintenance pour le matériel médical. Et, en principe, la psychologue vient chaque mardi aux transmissions.	Assurer le bon fonctionnement du service.	Dossier patient et cahier de liaison.
3	Une procédure est rédigée pour les situations de crise.	Oui par exemple une procédure existe pour la canicule ou la grippe aviaire.	Prévenir la désorganisation du service en cas de crise.	Plan blanc ; Information gestion grippe aviaire.
4	Le service s'assure que les professionnels disposent de tous les moyens utiles à l'accomplissement de leur mission.	Oui, le service fournit un téléphone et un véhicule pour les interventions ; mais les choses sont plus compliquées concernant le matériel médicalisé au domicile.	Garantir la qualité de vie au travail des professionnels.	RAS

Q 2 et Q 3 : Prévenir les risques relatifs au stress, aux pressions psychologiques, et les risques de violences verbales et d'agressivité

1	Des enquêtes sur le bien-être des agents sont réalisées.	Oui, le document sur les risques professionnels est réactualisé une fois par an.	Prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles.	Document unique sur les risques professionnels.
2	Le service s'assure que la charge de travail demandée est réalisable.	Oui, la cadre de santé s'assure de la faisabilité de chaque nouvelle admission au regard de la charge de travail des professionnels.	Qualité de vie au travail des professionnels et satisfaction des usagers.	Plannings des visites ; Ratios de personnel.
3	Un service de santé au travail est à la disposition des agents.	Une visite médicale est réalisée une fois par an, à la suite d'un arrêt de travail et pour les vaccinations.	Suivi de l'état de santé physique et psychique des professionnels.	Tableau de planification des visites au secrétariat du Médecin du travail à Fougères, convocations aux visites médicales et tableau récapitulatif des visites.
4	Le service s'assure que les agents ne sont pas maltraités par les usagers en leur donnant la possibilité de s'exprimer.	Oui, les professionnels ont la possibilité de s'exprimer lors des transmissions et en entretien individuel avec la psychologue.	Suivi de l'état de santé physique et psychique des professionnels.	RAS
5	Les plannings des salariés sont communiqués à temps.	Oui, le planning est donné 15 jours à l'avance.	Assurer de bonnes conditions de travail aux professionnels.	Plannings.

Q 4 : Prévenir les risques routiers

1	Les véhicules de service sont contrôlés régulièrement.	Une personne de l'atelier technique contrôle les véhicules de service.	Prévenir les pannes ou les accidents.	Protocole gestion de crise CHMB.
2	Un protocole d'adaptation de l'organisation du service aux conditions météorologiques existe.	L'organisation du service est adaptée systématiquement par la cadre de santé selon les conditions météorologiques.	Prévenir les pannes ou les accidents en assurant au mieux les visites.	RAS

Q 5 : Prévenir les risques physiques

1	Les accidents du travail sont recueillis au sein du bilan social.	Oui, les accidents du travail sont recueillis chaque année.	Suivi de la masse salariale et de l'absentéisme.	Bilan social du CHMB.
---	---	---	--	-----------------------

Q 6 : Prévenir les risques relatifs aux risques biologiques (contagions, maladies de peau, parasites, etc.)

1	Des solutions hydro alcooliques et des gants à usage unique sont mis à disposition.	Oui, une solution hydro alcoolique pour chaque véhicule de service, et gants à disposition.	Prévenir les risques de contamination à l'égard de l'utilisateur et des professionnels.	Bilan LIN CHMB.
---	---	---	---	-----------------

Axe 3 : La promotion de l'autonomie et de la qualité de vie

Thème 1 : Le respect des habitudes de vie

Q 1 : Prendre en compte les besoins et les attentes de chaque usager

1	Les besoins et les attentes de l'utilisateur sont recueillis et tracés dans le projet personnalisé.	Sont recueillies les informations suivantes : informations administratives (nom, adresse, téléphone) ; les horaires de passages souhaités ; l'ensemble des plannings des différentes interventions à domicile ; identité de l'aidant le plus proche et lieu de vie : identité du référent familial ; existence ou non d'un dispositif de téléalarme ; le degré d'autonomie ; les habitudes de vie.	Pérenniser le retour à domicile de la personne et assurer un meilleur suivi.	Dossier administratif ; feuilles de transmissions ; cahier de liaisons ; dossier patient.
2	La réévaluation fait l'objet d'une révision du projet personnalisé le cas échéant (avenant).	En principe réévaluation du contrat au bout d'un mois après l'admission au SSIAD.	S'assurer de la bonne compréhension par les professionnels des besoins et attentes de l'utilisateur.	Avenant au contrat.

Thème 2 : L'autonomie décisionnelle et fonctionnelle de la personne

Q 1 : Maintenir les capacités dans les actes de la vie quotidienne

1	Les capacités de l'utilisateur pour les actes de la vie quotidienne sont évaluées à l'admission dans le service avec un outil adapté.	Évaluation des critères suivants : Habitudes de vie et autonomie, à savoir les soins d'hygiène (la toilette et la continence) ; la mobilisation ; les transferts ; la communication (verbalisation et cohérence) ; l'alimentation et l'habillement ; la présence ou non d'un aidant au domicile ; évaluation GIR une fois par an.	Adapter la prise en soins au fil de l'évolution du patient.	Dossier patient et cahier de liaisons.
2	L'évolution des capacités est régulièrement réévaluée.	L'évaluation GIR est réalisée une fois par an, et à chaque retour à domicile suivant une période d'hospitalisation puis selon les transmissions faisant état d'une dégradation de l'état de l'utilisateur.	Surveillance et suivi de l'état de l'utilisateur pour une meilleure adaptation de la prise en soins à ses besoins.	Transmissions ; cahier de liaisons (pour une partie des informations).
3	Les techniques de maintien de la capacité des utilisateurs sont connues des professionnels.	Oui, ces techniques sont connues des professionnelles et appliquées tout au long de l'intervention à domicile (soins d'hygiène, mobilisations, transferts, communication, alimentation et habillement).	Accompagner l'utilisateur sans faire à ce place ce qu'il est capable d'accomplir afin de maintenir ses capacités voire en restaurer.	Protocoles de soins et d'accompagnement de la personne en perte d'autonomie mis à jour, communiqués aux professionnels et disponibles au bureau du SSIAD ; Rôle propre de l'aide-soignante communiqué à chaque nouveau professionnel.

Q 2 : Favoriser l'autonomie dans les déplacements, la toilette, l'alimentation et la continence

1	L'évolution de cette situation fait l'objet d'une observation tout le long de la prise en soins.	Oui, observance quotidienne à l'occasion de chaque intervention des professionnels au domicile de l'utilisateur.	Vigilance des professionnels à l'état de chacun des usagers, afin de prévenir toute évolution dommageable et de pouvoir alerter en temps voulu.	Transmissions tous les midis pendant 1/2 heure avec l'ensemble de l'équipe du SSIAD, en passant tout d'abord en revue les cas critiques puis s'en suit un tour général des patients.
Q 3 : Accompagner la situation de handicap				
1	Les usagers bénéficient d'une aide technique pour leurs transferts et mobilisations si besoin.	Chaque professionnel a une connaissance relative à l'utilisation de matériels adaptés aux situations de handicap : lèves personnes, verticalisateur, déambulateur à roulettes ou non, disques et guidons de transferts, cannes, barres de maintien, lits médicalisés, barrières de lits, potences, etc.	Si l'utilisateur accepte de s'équiper selon ses besoins, les professionnels ont recours à l'aide technique nécessaire pour lui apporter plus de confort et lui permettre de réaliser les actes de la vie quotidienne.	RAS
2	Les professionnels allouent de leur temps d'intervention à l'accompagnement des déplacements.	Oui, accompagnement dans les déplacements dans le cadre de la prise en soins.	Maintien de l'autonomie et des capacités.	Rôle propre de l'aide-soignante.
3	L'aidant est intégré au maintien de l'autonomie de l'utilisateur et sensibilisé aux techniques.	Oui, en prévision d'une éventuelle absence d'intervention les professionnels fournissent apprentissage nécessaire aux aidants au fonctionnement du matériel technique ; Selon leurs souhaits les aidants sont plus ou moins présents lors des soins et plus souvent au début de l'admission au SSIAD.	Mise en confiance des usagers et des aidants.	RAS
Thème 3 : La participation sociale et/ou professionnelle et les liens avec l'entourage				
Q 1 : Maintenir, accompagner et favoriser la participation sociale et/ou professionnelle de l'utilisateur				
1	Le service dispose d'un support permettant d'informer l'utilisateur sur les activités auxquelles il peut participer dans le canton.	Non.	Encourager le maintien d'une vie sociale, éviter l'isolement et les troubles psychologiques associés.	RAS
Q 2 : Maintenir, accompagner et favoriser l'ensemble des liens familiaux et affectifs de l'utilisateur avec son environnement social				
1	Le recueil des habitudes de l'utilisateur est effectué lors de l'accueil dans le service.	Oui, organisation de ses journées, participation à des activités extérieures (exemple : se rend à la messe chaque dimanche).	Respect de l'utilisateur et de ses habitudes de vie, contribuer au maintien de ses liens sociaux et/ou familiaux.	Dossier patient et cahier de liaisons.
2	L'utilisateur est régulièrement interrogé sur les liens qu'il entretient avec sa famille et son environnement social.	Oui au fil de la discussion quotidienne entre l'utilisateur et les professionnels.	Prise en compte de l'utilisateur dans sa globalité, pour une meilleure connaissance et un meilleur lien de confiance.	Figure parfois au dossier patient.

Thème 4 : La relation entre les professionnels et les usagers**Q 1 : Garantir un cadre professionnel**

1	Le service dispose d'un code déontologique propre à son activité et le remet à chaque professionnel.	Les professionnels respectent les bonnes pratiques propres à leur activité.	Encadrer le champ d'intervention des professionnels dans le respect de la personne et de son cadre de vie.	Rôle propre de l'aide-soignante à domicile.
2	L'utilisateur connaît le champ d'intervention des professionnels et les modalités de cette intervention.	L'utilisateur est informé du rôle et de la mission des aides-soignantes à domicile et des limites, par exemple les aides-soignantes ne font pas les courses, ni le ménage.	Base d'une bonne relation professionnelle entre les usagers et les aides-soignantes.	Contrat.

Q 2 : Garantir un cadre relationnel de qualité

1	Le tutoiement est exceptionnel et uniquement sur demande expresse de l'utilisateur.	Oui le tutoiement est exceptionnel et sur demande de l'utilisateur tout comme l'utilisation de son prénom.	Garantir une bonne relation professionnelle et le respect de l'utilisateur.	RAS
2	Les obligations de chacune des parties sont rappelées dans un document écrit.	Oui, lors de la visite de pré accueil un point est fait entre l'utilisateur et l'infirmière coordinatrice.	Assurer un respect mutuel entre l'utilisateur et les professionnels du SSIAD.	Contrat qui contient le guide d'informations

Axe 4 : La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions**Thème 1 : La cohérence des actions du service****Q 1 : Assurer une cohérence entre les interventions du service**

1	Un système de correspondance entre les professionnels du service est organisé.	Oui, les professionnels du service ont à disposition les moyens matériels de correspondre entre eux.	Assurer la bonne transmission des informations concernant l'utilisateur.	Agenda, cahier de liaison, dossier patient, téléphone, transmissions orales et écrites.
2	Des écrits professionnels sont établis pour permettre le remplacement des professionnels du service.	Oui, les professionnels ont accès aux informations nécessaires permettant d'assurer les remplacements.	Garantir la continuité de la prise en soins.	Cahier remplaçants.
3	Des réunions de coordination pluridisciplinaires sont mises en œuvre régulièrement.	Non, ou de façon irrégulière et avec peu de participants.	Offrir une cohérence dans l'accompagnement global de l'utilisateur.	RAS
4	La cohérence des interventions sont régulièrement interrogées au regard du projet personnalisé de l'utilisateur.	Non, aucun protocole d'échanges n'est formalisé mais il existe une convention de coopération avec les infirmières libérales et un cahier de liaison qui reste au domicile de l'utilisateur via lequel il est possible d'échanger.	Permettre à l'utilisateur d'avoir un projet personnalisé qui le prend en compte dans sa globalité et lui permet d'être au centre de l'ensemble des interventions qui interagissent de façon cohérente.	Cahier de liaison, convention de coopération avec les infirmières libérales.

Thème 2 : La continuité et la diversité des interventions auprès de la personne**Q 1 : Coordonner les interventions des différents services auprès de la personne**

1	Le contenu du dossier de l'utilisateur permet d'assurer la coordination entre les différents services intervenant au domicile de l'utilisateur.	Oui, quelques dossiers patients sont suffisamment complets et permettent cette coordination.	Assurer une bonne coordination entre les différents intervenants afin d'améliorer l'accompagnement global de la personne.	Cahier de liaison ; planification hebdomadaire des interventions (planning global) ; dossier patient avec l'arborescence des différents intervenants ; cahier de liaison à domicile.
2	Des rencontres entre les différents intervenants sont programmées afin de coordonner les interventions.	L'IDE rencontre trimestriellement le CG (médecin, infirmière, conseillère en gérontologie) et l'ADMR (présidente et encadrante).	Assurer une bonne coordination entre les différents intervenants afin d'améliorer l'accompagnement global de la personne.	RAS
Q 2 : Organiser avec les usagers des complémentarités ou des relais avec d'autres acteurs ou dispositifs				
1	Le SSIAD travaille en réseau avec d'autres organisations locales (ADMR, CLIC, EHPAD).	Oui avec l'ADMR rencontres communes, travail en binômes pour des situations difficiles et possibilité d'ajuster les horaires au mieux selon les situations ; Travail en lien avec les EHPAD notamment pour proposer de l'accueil temporaire aux usagers.	Enrichir l'accompagnement de l'utilisateur et en améliorer la qualité en faisant du lien autour de lui.	RAS
Q 3 : Mobiliser de nouveaux acteurs pour accompagner les personnes, pour prendre le relais de la situation				
1	En cas de besoin, les professionnels orientent le patient vers un service d'hospitalisation.	Oui, les AS alertent les médecins en cas de besoins ou simplement de doute.	Assurer le suivi médical et de l'accompagnement de l'utilisateur quelle que soit l'évolution de son état de santé.	Dossier patient.
2	Suite à une période d'hospitalisation le patient réintègre le service du SSIAD.	Oui, si la période est inférieure à 30 jours la place est ré attribuée automatiquement à l'utilisateur, mais au-delà il est considéré comme sortant et il faut refaire une admission et réévaluer le besoin, selon les possibilités du service.	Assurer le parcours de soins de l'utilisateur.	Article 28 règlement de fonctionnement.

Annexe 3

3. RAPPORT D'AUTOEVALUATION

SSIAD	Questions	Constats		Cotation				Actions proposées
		points forts	points faibles	0	1	2	3	
Axe 1 : La garantie des droits individuels et la participation des usagers								
Thème 1 : Le respect des personnes								
Q 1 : Garantir le droit au respect de la dignité et de l'intégrité de l'utilisateur								
1	La charte des droits et libertés est annexée au livret d'accueil et remise à l'utilisateur.	Le document est formalisé et consultable en permanence dans le dossier du patient.	Question de savoir si l'utilisateur prend réellement connaissance de la charte ou non.				X	Lors de la visite d'accueil, s'assurer de la prise de connaissance par l'utilisateur de la charte des droits et libertés et de sa bonne compréhension du document. Et, répondre à ses questions éventuelles. Mettre en place une attestation de prise de connaissance des documents remis (Document de prise en charge, règlement de fonctionnement et guide d'informations) annexée au contrat.
2	Le service réalise une visite d'accueil.	Intégration progressive de l'utilisateur pour une meilleure connaissance du fonctionnement du service et de sa prise en soins par les professionnels ; Traçabilité de l'accueil de l'utilisateur.	Visite d'accueil par toujours réalisée par manque de temps ou non-respect des délais.		X			Recruter une nouvelle IDE coordinatrice à 40% qui aura pour mission de réaliser les visites de pré accueil et d'accueil pour chacun des usagers, le suivi et les modifications éventuelles au contrat tout au long de la prise en soins.
3	Le règlement de fonctionnement est annexé au livret d'accueil et remis systématiquement à l'utilisateur.	Transparence des droits et devoirs de chacune des parties (usagers et professionnels).	RAS				X	
4	Le règlement de fonctionnement est remis à tout agent.	Elaboration du règlement de fonctionnement en équipe.	Le règlement de fonctionnement n'est pas remis individuellement à chaque agent.				X	Fournir de façon individuelle un exemplaire du règlement de fonctionnement à chaque agent du SSIAD. Rendre le règlement de fonctionnement librement consultable depuis la plateforme de gestion documentaire.
5	L'utilisateur et ses proches sont informés des droits en matière de maltraitance.	Début d'information de l'utilisateur ; Formation de tous les professionnels à la bientraitance ; Une référente bientraitance effectue des visites à domicile.	Manque d'informations données aux usagers sur leurs droits contre la maltraitance et sur ce qui est déjà réalisé par les professionnels.				X	Renforcer l'information donnée aux usagers sur leurs droits contre la maltraitance en complétant le règlement de fonctionnement ET avec la distribution de fiches d'information aux usagers. Régulariser les visites à domicile par la personne référente bientraitance.

Q 2 : Garantir le droit au respect de l'intimité et de la vie privée							
1	Il existe des dispositifs garantissant le secret professionnel.	Bon respect du secret professionnel par les agents.	Absence d'informatisation du dossier patient.			X	Organiser et structurer le SSIAD, notamment par la mise en place d'un système informatique pour le dossier patient et la gestion documentaire.
2	Le règlement intérieur précise les clauses de confidentialité opposables aux professionnels.	Opposabilité de l'obligation de secret et de discrétion professionnelle aux agents.	RAS			X	
3	Des protocoles d'échange entre les différents intervenants sont formalisés (cahier de liaison et règles de gestion).	Bonne coopération avec les AVS.	Protocole inexistant.			X	Réaliser et mettre en œuvre de protocoles d'échanges entre les différents services intervenants au domicile des usagers.
4	Les habitudes de vie de l'utilisateur sont interrogées lors de la visite d'accueil.	Réelle importance donnée à la connaissance des habitudes de vie de l'utilisateur.	Habitudes de vie pas toujours respectées du fait de l'organisation du service, il est parfois difficile de répondre à toutes les attentes de l'ensemble des usagers et notamment en ce qui concerne les horaires de passage.			X	Approfondir la coopération avec l'ADMR Antrain avec l'élaboration d'une convention.
5	Les habitudes de l'utilisateur sont prises en compte dans le protocole d'intervention auprès de l'utilisateur.	Souhaits de l'utilisateur respectés au maximum ; Recherche systématique du consentement de l'utilisateur ; L'utilisateur peut à tout moment résilier le contrat.	Habitudes de vie pas toujours respectées du fait de l'organisation du service, il est parfois difficile de répondre à toutes les attentes de l'ensemble des usagers et notamment en ce qui concerne les horaires de passage.			X	Formaliser la réévaluation des habitudes de vie des usagers en élaborant un outil adapté.

Q 3 : Garantir le droit à la sécurité							
1	Un protocole de gestion des clés du domicile de l'utilisateur est formalisé.	Vigilance des professionnels quant à la gestion des clés de l'utilisateur.	Absence de protocole.			X	Créer un protocole relatif à la gestion des clés du domicile de l'utilisateur. Organiser la traçabilité de l'attestation de remise des clés signée.
2	Un diagnostic des risques liés au domicile de l'utilisateur est réalisé (tapis, escalier, feu, conditions thermiques, rampes d'accès, etc.) et l'utilisateur en est informé.	Vigilance des professionnels à la dangerosité de l'environnement pour la sécurité de l'utilisateur et observations communiquées lors des transmissions orales ou écrites au reste de l'équipe.	Absence de protocole et d'outil d'évaluation.			X	Créer un protocole et un outil de diagnostic pour évaluer la sécurité de l'environnement domestique de l'utilisateur en rapport avec ses besoins. Etudier la possibilité d'une intervention d'une ergothérapeute du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne.
3	La continuité du service est assurée.	Remplacement des professionnels en cas d'absence quel que soit le motif ; Selon les conditions météorologiques (neige), les personnes dépendantes et isolées sont rendues prioritaires et tous les usagers sont prévenus par téléphone de l'horaire de passage, ou non.	RAS			X	
4	La politique de recrutement vise à garantir la sécurité de l'utilisateur.	Existence d'une fiche de poste ; Aucun professionnel sans expérience n'est laissé seul au domicile de l'utilisateur.	Absence de document justifiant la politique de recrutement au sein du SSIAD.			X	Créer un document justificatif de la politique de recrutement au sein du SSIAD.
5	Les professionnels sont sensibilisés aux responsabilités liées à la gestion de l'argent de l'utilisateur, l'accès au domicile, etc.	L'utilisateur est informé de ses droits et des devoirs des professionnels, ainsi que des limites de leurs missions.	Absence d'un livret d'accueil pour les agents.			X	Créer et mettre en place d'un livret d'accueil agent signifiant leurs droits et obligations et qui serait remis à tous les professionnels du SSIAD.
6	L'identité de la personne de confiance est recueillie lors de son entrée dans le service.	Psychologue à 10% sur le SSIAD qui pourra travailler avec l'équipe sur le thème de la personne de confiance et ses applications au SSIAD.	Le protocole existe et la fiche de désignation d'une personne de confiance existe mais n'est pas utilisée.			X	Utiliser de la fiche de désignation de la personne de confiance, avec en amont une formation du personnel. Incorporer la fiche de désignation de la personne de confiance dans le document individuel de prise en charge et le mentionner dans le guide d'informations.
7	Des protocoles pour la remontée d'informations préoccupantes sont formalisés.	Existence et mise à disposition de fiches d'événements indésirables.	Absence de fiche de signalement d'informations préoccupante ; et question de l'adaptation de la fiche d'événements indésirables au SSIAD.			X	Créer et mettre en place d'une fiche de signalement d'information préoccupante relative à la situation personnelle de l'utilisateur. Revoir si la fiche d'événement indésirable est bien adaptée au SSIAD.

Q 4 : Garantir le droit à une prise en charge et un accompagnement de qualité favorisant l'autonomie

1	Le livret d'accueil identifie les différents interlocuteurs au sein du service.	Equipe restreinte, les usagers connaissent plus facilement l'ensemble des professionnels.	RAS				X	
2	Le service assure la mise en œuvre du plan de soins lié à la perte d'autonomie.	Existence pour chaque usager d'un plan de soins lié à l'autonomie, mais pas seulement.	Pas de document spécifiquement consacré au plan de soins.				X	Elaborer un document type spécifiquement consacré au plan de soins, sa traçabilité et son suivi.
3	Le niveau d'autonomie de l'usager est évalué au moins une fois par an.	Evaluation continue par l'ensemble des professionnels du SSIAD.	Manque de précisions du diagramme de soins qui vise simplement à valider les soins.				X	Construire un document adapté à l'évaluation régulière du niveau d'autonomie des usagers et en assurer la traçabilité.

Q 5 : Garantir le droit à la confidentialité des informations concernant les personnes

1	Le livret d'accueil précise les modalités d'accès au dossier pour l'usager.	Le cahier de liaison appartient à l'usager, il décide de l'emplacement dans lequel il le range.	Le guide d'informations ne mentionne pas l'accessibilité par l'usager lui-même aux informations qui le concerne, ni sa propriété sur le cahier de liaison.				X	Préciser dans le guide d'information que le cahier de liaison est la propriété de l'usager et qu'il peut par ce moyen accéder à toute information le concernant.
2	Le service respecte la réglementation en vigueur conformément à la loi informatique et libertés.	RAS	Le logiciel de gestion n'est pas utilisé par manque de temps.	X				Relancer l'utilisation du logiciel de gestion du SSIAD et vérifier sa sécurisation.

Q 6 : Garantir le droit à l'exercice des droits civiques et à la pratique religieuse

1	La prestation est adaptée, dans la limite des possibilités du service, aux besoins des usagers.	Flexibilité du SSIAD.	RAS				X	
---	---	-----------------------	-----	--	--	--	---	--

Q 7 : Garantir le droit au respect des liens familiaux

1	La composition familiale est recueillie lors de l'entrée dans le service.	Equipe restreinte, les professionnels connaissent plus facilement l'ensemble des usagers.	L'histoire de vie est souvent dévoilée au fil de la prise en soins mais elle n'est pas écrite.				X	En lien avec la psychologue, recueillir les histoires de vie de chaque usager et les faire figurer par écrit au dossier patient.
2	L'aidant est associé à la mise en œuvre du projet de soins de l'usager.	Evolution du degré d'association de l'aidant selon les besoins et attentes de l'usager et de l'aidant.	Manque de traçabilité et de support				X	Tracer par écrit dans le dossier patient, par exemple, le degré d'implication de(s) aidant(s) et à quel niveau, puis son évolution. A quel endroit (fiche spécifique «aidant» dans le dossier patient)?

Q 8 : Garantir la possibilité d'exprimer ses choix entre les prestations proposées et leurs mises en œuvre, et respecter le consentement éclairé de l'usager ou de son représentant légal

1	Un dispositif permet le recueil des informations liées à l'usager et de ses choix relatifs aux modalités d'intervention (horaires de passage).	Consultation de l'avis de l'usager systématique et adaptation du service autant que possible.	Les choix et préférences de l'usager ne sont pas tracés.				X	Au-delà de l'accord final concernant les modalités d'intervention, Faire figurer dans le dossier patient les attentes et avis initiaux exprimés par l'usager, afin de mesurer les écarts avec ce qui est réalisé.
2	Les besoins et les attentes de l'usager sont régulièrement interrogés (modulation des	Flexibilité du SSIAD.	RAS				X	

	horaires de passage).							
3	Un protocole de gestion des réclamations est formalisé, mis en œuvre et évalué.	Gestion des réclamations traitées par oral pour les horaires, ce qui permet une bonne réactivité.	Manque d'information de l'utilisateur.				X	Spécifier dans le règlement de fonctionnement et/ou le guide d'informations la démarche à suivre par l'utilisateur pour adresser ses plaintes et réclamations, et à quelle personne.

Thème 2 : La participation des usagers à leur accompagnement

Q 1 : Garantir le droit à l'information

1	Le livret d'accueil et ses annexes sont remis à l'utilisateur lors de son admission.	Visite de pré accueil, puis visite d'accueil à 8 jours d'intervalle ce qui laisse le temps de la réflexion à l'utilisateur après une courte période d'essai.	Les documents ne sont pas toujours remis dans les délais.					X	Elaborer un protocole d'admission.
2	Il existe un document qui décrit l'offre de service, les modes d'interventions et les moyens mis en œuvre pour assurer les prestations (humains et financiers).	La jonction avec l'assistante sociale se fait bien et dans les bons délais à compter de l'admission de l'utilisateur au SSIAD.	Les usagers posent généralement beaucoup de questions sur les aspects financiers de son accompagnement, et beaucoup d'entre eux ne relèvent pas du SSIAD mais d'autres intervenants.					X	Vérifier s'il faut développer les renseignements concernant les aspects financiers dans le guide d'informations.
3	Un accueil téléphonique est assuré selon les exigences de l'agrément qualité.	Mise en place d'un répondeur.	Pas d'entrée unique pour les appels (répondeur du SSIAD, numéro cadre et accueil téléphonique du CHMB).					X	Envisager de transférer les appels du numéro du SSIAD vers la ligne directe de la cadre afin d'éviter que les usagers aient à faire à un répondeur.
4	La procédure d'accueil est formalisée (téléphonique, physique).	Intégration progressive de l'utilisateur grâce à une double visite à plusieurs jours d'écarts.	Manque de temps pour réaliser toutes les visites et procédure non formalisées.				X		Formaliser la procédure d'accueil, avec une check-list pour chaque usager afin de savoir si les visites de pré accueil et d'accueil ont été réalisées, si oui à quelle date.
5	Les heures d'ouverture et d'accueil sont communiquées.	En communiquant son numéro de ligne directe en service de médecine, l'IDE coordinatrice se rend disponible au-delà des horaires d'ouverture du SSIAD.	RAS					X	
6	Le service informe les usagers de tout changement dans l'organisation de la prestation.	Bien que très rares, chaque modification d'horaire ou impossibilité de passage fait systématiquement l'objet d'une communication auprès de l'utilisateur.	Situation géographique rurale avec quelques épisodes neigeux chaque année.					X	
7	Un référent de la prestation est désigné et son nom et ses coordonnées sont connus de l'utilisateur (article 22 de l'agrément qualité).	Dans 80 à 90% dans cas l'IDE coordinatrice connaît déjà les usagers avant leur admission dans le SSIAD du fait de précédents passages dans le service de médecine, service pour lequel elle est également cadre.	Le numéro de la ligne directe de l'IDE coordinatrice n'est donné que par oral à la plupart des usagers.					X	Remettre à jour le guide d'information avec l'identité de la nouvelle IDE coordinatrice, et en ajoutant une photo de la psychologue.

Q 2 : Garantir le droit à la participation de la personne à la conception et la mise en œuvre du projet qui la concerne

1	Le projet d'accompagnement est établi avec la participation du patient.	La personne et son entourage sont associés à la définition du projet pour une meilleure prise en compte des besoins.	Manque de coordination avec les médecins et infirmières libérales et le projet d'accompagnement n'est peut-être pas tout à fait formalisé.				X	Revoir la formalisation du projet d'accompagnement de l'utilisateur.
2	Le projet d'accompagnement individualisé est réévalué au moins une fois par an avec l'utilisateur ou son représentant (article 23 de l'agrément qualité).	L'existence de staffs quotidiens permet aux professionnels d'être réactifs dans le réajustement de l'accompagnement de l'utilisateur.	Aucune formalisation.				X	Formaliser chaque réévaluation du projet d'accompagnement en le rapportant toujours aux objectifs, initiaux ou révisés, fixés en accord avec l'utilisateur.
3	La prise en soins correspond à l'objectif convenu lors de la signature du document individuel de prise en soins.	Les objectifs sont fixés, suivis et réadaptés aux besoins de l'utilisateur.	Aucune formalisation du suivi des objectifs.				X	En équipe, reprendre régulièrement les objectifs (initiaux ou révisés) définis avec l'utilisateur et le médecin traitant afin de mesurer l'écart avec la prise en soins réelle, et revoir ces objectifs ou la prise en soins si nécessaire (consulter le médecin traitant si besoin).

Q 3 : Garantir le libre choix entre les prestations proposées et le respect du consentement éclairé de la personne ou de son représentant légal et le droit à la renonciation

1	Le service s'assure que l'utilisateur reçoit une information claire et accessible permettant la prise de décisions.	Fréquence des passages à domicile et implication des professionnels.	Parfois difficile de communiquer avec l'utilisateur selon son état de santé et l'emprise de l'aidant.				X	Poursuivre les efforts des professionnels à s'adresser personnellement à l'utilisateur, y compris en présence d'un aidant ayant une très forte emprise sur lui.
2	L'utilisateur est informé de la nature des soins qui lui sont prodigués et son consentement recueilli.	L'utilisateur peut interrompre la prise en soins à tout moment.	Pas de traçabilité du recueil du consentement de la personne mis à part la signature initiale du contrat.				X	Préciser sur le document individuel de prise en charge que la signature vaut consentement aux soins et rechercher le consentement de l'utilisateur lors de chaque intervention.
3	Le statut juridique de l'utilisateur est interrogé.	Le statut juridique est pris en compte dans les capacités de la personne.	L'information est-elle remise à jour?				X	S'assurer de la mise à jour du statut juridique de l'utilisateur dans le dossier patient en cas de changement de situation.
4	Le contrat prévoit les procédures de résiliation.	Toutes les hypothèses sont envisagées dans le règlement de fonctionnement et l'utilisateur averti dès le début de l'accompagnement.	RAS				X	
5	Le contrat contient un bordereau de rétractation relatif aux signatures de contrat à domicile.	L'utilisateur bénéficie d'une période de test de 8 jours avant la signature du contrat.	Le service ne met aucun bordereau de rétractation à disposition de l'utilisateur.	X				Elaborer un bordereau de résiliation du contrat qui serait remis à l'utilisateur au moment de la signature du document individuel de prise en charge.

Thème 3 : L'association des usagers à l'évolution du fonctionnement du service

Q 1 : Associer les usagers et prendre en compte leur point de vue pour faire évoluer le fonctionnement du service afin de mieux prendre en compte leurs besoins et attentes

1	Une enquête de satisfaction est réalisée au moins une fois par an ou tout autre moyen de participation et d'expression des usagers.	L'équipe étant restreinte, les usagers connaissent mieux l'ensemble des professionnels et se sentent plus en confiance pour adresser toute remarque éventuelle au moment voulu sans attendre une enquête de satisfaction.	Enquête de satisfaction pas toujours réalisée dans les délais, et manque de traçabilité des remarques faites en dehors de ce cadre.				X	S'assurer de la réalisation de l'enquête de satisfaction à une périodicité donnée, avec un retour des résultats aux usagers et aux professionnels pour permettre une réflexion en équipe si besoin. Intégrer le SSIAD à la CRUQ-PC Organiser la traçabilité des remarques orales des usagers et de leur entourage.
2	Le service associe les usagers aux démarches de l'évaluation interne et externe.	Questionnaire construit en cohérence avec le référentiel de l'évaluation interne et en lien avec la cellule qualité.	Limites inhérentes à tout questionnaire, ajoutées au fait que tous les usagers ne sont pas en mesure de le renseigner seul.				X	
3	L'"analyse à froid" des réclamations, des plaintes et des incidents alimentent le processus d'amélioration continue.	Les difficultés sont réglées en direct et quotidiennement au moment des staffs.	Protocole d'évènements indésirables inadapté au SSIAD.				X	Revoir la pertinence du protocole d'évènements indésirables par rapport aux besoins du SSIAD pour en permettre une réelle appropriation et utilisation.

Axe 2 : La prévention des risques**Thème 1 : La maltraitance****Q 1 et Q 2 : Prévenir les violences physiques, psychiques ou morales**

1	Les professionnels sont sensibilisés et formés à la prévention des violences physiques, psychiques ou morales.	Les formations entre SSIAD sont très appréciées.	RAS				X	Relancer le recensement des documents fournis en formation aux professionnels dans un classeur au bureau du SSIAD. Poursuivre les formations entre SSIAD.
2	Les conduites à tenir en cas de maltraitance constatée ou relatée sont formalisées.	Les formations, et notamment celle d'aide aux aidants, fournit les clés pour aborder des sujets de discussion difficiles.	La conduite à tenir n'est pas formalisée.				X	Formaliser la conduite à tenir en cas de maltraitance constatée ou relatée.
3	Il existe des outils d'alerte ou de détection de facteurs de risques liés à la maltraitance.	Signalement oral immédiat à la sortie du domicile de l'usager à la cadre, les professionnels ont toujours un interlocuteur, soit l'IDE coordinatrice ou le service de médecine (y compris le weekend).	Le lien avec le service de médecine n'est jamais mentionné alors qu'il est important dans le fonctionnement et l'organisation du SSIAD.				X	
4	Le rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance est défini dans les fiches de poste du cadre de santé.	Tous les agents sont formés à la bientraitance.	Ce rôle ne figure pas sur les fiches de poste de la cadre de santé, de l'IDE coordinatrice et des AS.				X	Réactualiser les fiches de poste de la cadre, de l'IDE coordinatrice est des AS.
5	Une réflexion sur les comportements professionnels est conduite au sein des équipes.	Fréquence des staffs.	Aucune traçabilité des comptes rendus de staffs, ni des analyses de pratiques professionnelles.				X	Mettre en place des comptes rendus d'analyse de pratiques professionnelles. Tracer les staffs.
6	Les usagers sont informés des dispositifs de prévention des risques.	Intervention rapide en cas de maltraitance constatée.	Manque d'informations et de formalisation.				X	Développer et formaliser l'information des usagers quant aux dispositifs de prévention des risques de maltraitance.
7	Il existe une procédure de gestion de crise en cas d'incident impliquant directement le service dans un acte de maltraitance.	Ce ne sont pas toujours les mêmes professionnels qui interviennent auprès des mêmes usagers (rotation des tournées) ; Mise en place d'une personne référente par usager.	Absence de protocole pour la conduite à tenir par la cadre en cas de maltraitance du fait d'un professionnel.				X	Elaborer un protocole indiquant la conduite à tenir par la cadre en cas de maltraitance du fait d'un professionnel.
Q 3 : Prévenir les violences matérielles et financières (vols, escroqueries, etc.)								
1	Des mesures de prévention sont définies avec les usagers à leur domicile.	Bonne sensibilisation des professionnels et des usagers.	RAS				X	
2	Les professionnels sont informés des peines qu'ils encourent en cas de manquement à leurs obligations.	Aucun écart constaté.	Manque un livret d'accueil du personnel.				X	

Q 4 : Prévenir les violences médicales et médicamenteuses (manque de soins de base, non prise en compte de la douleur, abus médicamenteux, etc.)

1	Les professionnels sont informés des modalités réglementaires encadrant l'aide à la prise de médicaments par l'utilisateur.	L'obtention du diplôme d'AS est une condition au recrutement.	Manque de formalisation de la réglementation régissant l'administration médicamenteuse au SSIAD.			X	Elaborer un protocole d'administration médicamenteuse et peut-être mentionner la réglementation dans le futur livret d'accueil agent.
2	L'information à l'utilisateur sur les soins effectués et les traitements prescrits est assurée et traçable.	Le protocole de soins est réalisé par le médecin traitant en accord avec l'utilisateur, et le SSIAD les informe du suivi.	RAS			X	Réactualiser le diagramme de soins.
3	La douleur est évaluée en équipe pluridisciplinaire.	Formation des professionnels à toutes les échelles de la douleur.	Les médecins ne participent pas à des staffs.			X	Réfléchir à l'organisation d'équipes pluridisciplinaires en présence des professionnels du SSIAD, des médecins traitants et des infirmières libérales.
4	La douleur est régulièrement réévaluée pendant la durée de la prise en soins.	Les infirmiers libéraux se chargent également de réévaluer la douleur.	La réévaluation n'est pas systématique pour tous les usagers.		X		Vérifier si une réévaluation de la douleur pour l'ensemble des usagers est nécessaire ou non.

Q 5 : Prévenir les négligences actives ou passives

1	Les missions des professionnels sont formalisées.	Arrivée d'une IDE coordinatrice à 40%, ce qui permettra de mieux définir les missions entre elle et la cadre.	Absence d'organigramme pour le SSIAD.			X	Réactualiser les fiches de poste de la cadre et des AS, et réaliser la fiche de poste de la nouvelle IDE coordinatrice. Réaliser un organigramme spécifique au SSIAD.
2	L'évaluation de l'application des procédures est régulièrement réalisée.	RAS	Le classeur des protocoles et procédures n'est pas remis à jour.	X			Réaliser un travail en lien avec la cellule qualité pour vérifier si tous les protocoles et procédures sont adaptés au SSIAD, sinon les réajuster et remettre à jour le classeur procédures.
3	Les situations de mal être, de stress ou de fatigue sont surveillées chez les intervenants.	Equipe restreinte, la cadre connaît bien son équipe et la vigilance est plus grande.	RAS			X	

Q 6 : Prévenir les privations ou les violations de droits

1	Les questions éthiques sont abordées lors des rencontres entre les professionnels du service.	Création d'un comité d'éthique en cours de réflexion au sein du CHMB.	Manque de formalisation.			X	Engager le SSIAD dans le futur comité d'éthique.
---	---	---	--------------------------	--	--	---	--

Thème 2 : Les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes

Q 1 : Prévenir les risques relatifs aux chutes

1	Les intervenants sont formés à l'observation et à la détection des différents risques auxquels est exposé l'utilisateur.	Si risques potentiels et/ou manque de matériel, la discussion est engagée avec l'utilisateur et sa famille par les professionnels et si besoin par la cadre.	Listing pas toujours ajouté au dossier patient par manque de temps.			X		Revoir l'ensemble des dossiers patients pour y ajouter le listing des risques de chutes.
2	Quand le domicile de l'utilisateur ne semble pas adapté, des solutions d'aménagement sont suggérées par les professionnels du service.	Si domicile non adapté, l'ergothérapeute du CHMB peut intervenir avec les équipes.	Les conseils ne sont pas toujours suivis par l'utilisateur ou sa famille.				X	
3	L'activité physique de l'utilisateur est encouragée.	Les professionnels font faire par les usagers au maximum.	Pas de temps supplémentaire pour aider spécifiquement à la marche ou accompagner rapidement l'utilisateur dans une promenade.				X	

Q 2 : Prévenir les risques relatifs aux troubles alimentaires

1	L'utilisateur et ses proches sont sensibilisés au risque de dénutrition.	Le SSIAD a participé avec d'autres intervenants (CG, ADMR, Partâge) à la mise en place du portage des repas. Les professionnels participent à la formation Humanitude.	Le SSIAD ne fait pas partie du CLAN (pas adapté comme d'autres instances).			X		Développer un outil commun avec l'ADMR au sujet de l'alimentation et de la dénutrition à domicile. Réfléchir à la pertinence de faire participer le SSIAD au CLAN.
2	La dénutrition fait l'objet d'une surveillance par la prise de poids régulière.	Si besoin d'une surveillance spécifique, le SSIAD travaille en lien avec le médecin traitant.	Pas de protocole spécifique pour la prise de poids.			X		Revoir les fiches de surveillance alimentaire et hydrique.
3	Les professionnels disposent de moyen de signalement en cas de dénutrition.	Les professionnels sont vigilants aux signes cliniques.	Fiche de surveillance obsolète.			X		Elaborer un protocole pour la prise de poids.
4	La déshydratation fait l'objet d'une surveillance.	Les professionnels peuvent travailler avec le diététicien et les cuisiniers de l'EHPAD pour permettre aux usagers d'accéder à de l'eau gélifiée.	Idem.			X		
5	Les professionnels disposent de moyen de signalement en cas de déshydratation.	Les professionnels sont vigilants aux signes cliniques.	Idem.			X		

Q 3 : Prévenir les risques relatifs à la déglutition (fausses routes)

1	Le dossier de l'utilisateur contient les recommandations alimentaires le concernant.	Le diététicien du service de médecine remet une fiche de recommandations en sortie d'hospitalisation, et intervention possible de l'orthophoniste.	Aucune recommandation ne figure dans le dossier patient.			X		Joindre les recommandations alimentaires au dossier patient et au cahier de liaison.
---	--	--	--	--	--	---	--	--

Q 4 : Prévenir les risques liés aux postures (risques d'escarres)							
1	Le risque d'escarres fait l'objet d'une prévention et d'une évaluation périodique.	Accent mis sur la prévention des risques d'escarres, c'est un automatisme pour les professionnels. Il n'y a aucun escarre d'ailleurs au SSIAD.	RAS			X	
2	Les critères et les modalités de l'évaluation sont formalisés.	Le protocole existe et les professionnels sont sensibilisés à son utilisation.	RAS			X	
Q 5 : Prévenir les risques relatifs à l'isolement							
1	Le service dispose d'un recensement des coordonnées de réseaux à transmettre à l'utilisateur.	Réseau professionnel de la cadre.	Pas de listing des professionnels et organismes.		X		Réaliser un listing des professionnels et organismes du territoire, en fournir un exemplaire à chaque professionnel du SSIAD et le tenir à jour.
Q 6 : Prévenir les risques relatifs à la dépression et au suicide							
1	Le risque suicidaire est pris en compte dans l'accompagnement de l'utilisateur.	En cas d'urgence, les professionnels ont l'autorisation de contacter directement le médecin sans passer par la cadre.	Aucune traçabilité ni formalisation.			X	Formaliser et tracer les comportements suicidaires et les plaintes des usagers.
2	Les professionnels sont formés à l'écoute de l'utilisateur.	L'équipe étant restreinte l'utilisateur connaît mieux les professionnels et se confie plus facilement.	Pas de participation des professionnels au risque suicidaire.			X	Faire participer les professionnels du SSIAD aux formations au risque suicidaire.
3	Un protocole de signalement des risques existe.	Les pratiques sont d'ores et déjà connues.	Pas de formalisation.			X	Elaborer un protocole de signalement des risques relatifs à la dépression et au suicide.
4	Les coordonnées des structures de prévention sont à la disposition des professionnels.	RAS	Pas de plaquette.		X		Elaborer une plaquette contenant les coordonnées des structures de prévention, la tenir à jour et la mettre à disposition des professionnels du SSIAD.
Q 7 : Prévenir les risques relatifs à la douleur							
1	Les professionnels sont formés à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.	Le SSIAD est soutenu par l'un des médecins libéraux.	RAS				X
2	Les usagers sont-ils informés de la possibilité d'être accompagné en fin de vie.	Formation des professionnels à la fin de vie.	RAS				X
3	Lors d'un accompagnement en fin de vie, le service se rend au domicile de l'utilisateur plusieurs fois par jour si besoins.	Le SSIAD adapte son organisation aux besoins d'accompagnement en fin de vie ; Transmissions régulières.	RAS				X
4	L'équipe pluridisciplinaire se réunit régulièrement pour réévaluer les douleurs physiques et psychiques liées à la fin de vie.	Transmissions autant que nécessaires entre les professionnels de l'équipe lors d'accompagnement en fin de vie.	Les rencontres pluridisciplinaires manquent réellement.		X		Réussir à organiser des rencontres pluridisciplinaires avec le médecin et la psychologue en cas d'accompagnement en fin de vie de l'utilisateur, autour de la prise en charge de la douleur.

Q 8 : Prévenir les risques relatifs au dépistage et à la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement

1	Le recensement des usagers souffrant de troubles de l'humeur et du comportement est réalisé avec des outils adaptés.	Les professionnels peuvent proposer un passage de la psychologue à domicile, au choix de l'utilisateur.	Pas d'outils adaptés pour l'évaluation.			X	Elaborer un outil pour le recensement des troubles de l'humeur et du comportement de l'utilisateur.
2	L'équipe pluridisciplinaire se réunit pour réévaluer l'évolution des troubles de l'humeur et du comportement.	Transmissions quotidiennes entre les professionnels du SSIAD.	Les rencontres pluridisciplinaires manquent réellement.	X			Réussir à organiser des rencontres pluridisciplinaires avec le médecin et la psychologue autour de la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement. Poursuivre les formations des professionnels à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies démentielles.

Thème 3 : Les risques professionnels

Q 1 : Prévenir les risques relatifs aux contraintes techniques, organisationnelles et à l'isolement au travail

1	Les professionnels disposent d'entretiens professionnels de façon annuelle ou bi annuelle avec la hiérarchie.	Si l'évaluation n'a lieu qu'une fois par an, la cadre de santé reste disponible tout au long de l'année pour les professionnels.	RAS				X	
2	Le service a mis en place des moyens de communication avec les professionnels.	Les autres professionnels sont très disponibles pour le SSIAD et facilement joignables (médecin, infirmières).	Manque de temps psychologue qui n'est pas aux transmissions chaque semaine.				X	
3	Une procédure est rédigée pour les situations de crise.	Importance du protocole canicule pour les professionnels qui travaillent à domicile chez des personnes isolées.	Pas de procédure particulière pour la gestion de crise en dehors du plan blanc.				X	
4	Le service s'assure que les professionnels disposent de tous les moyens utiles à l'accomplissement de leur mission.	Soutien de la cadre de santé et de l'ergothérapeute, une fois mis en place le matériel satisfait toujours les professionnels et les usagers.	L'équipement en matériel médical dépend du choix de l'usager, de sa famille, et de celui du médecin. Ces situations génèrent du stress et de la fatigue pour les professionnels.				X	Appliquer le règlement de fonctionnement au cas par cas pour faire en sorte que le patient équipe son domicile en matériel médical.

Q 2 et Q 3 : Prévenir les risques relatifs au stress, aux pressions psychologiques, et les risques de violences verbales et d'agressivité

1	Des enquêtes sur le bien-être des agents sont réalisées.	Mise en place d'un CHSCT au sein du CHMB.	RAS				X	
2	Le service s'assure que la charge de travail demandée est réalisable.	La charge de travail pour les professionnels est évaluée selon le nombre de patients et le degré individuel de dépendance ; L'attribution des visites change tous les jours.	RAS				X	
3	Un service de santé au travail est à la disposition des agents.	RAS	Le questionnement de la visite médicale ne prend pas en compte la spécificité des déplacements à domicile des professionnels.				X	
4	Le service s'assure que les agents ne sont pas maltraités par les usagers en leur donnant la possibilité de s'exprimer.	L'équipe est petite, les professionnels peuvent s'exprimer fréquemment et librement ; Proximité avec la psychologue.	Pas de traçabilité des comportements et des paroles déplacés venant de la part d'usagers non déments.				X	Tracer les paroles et les comportements déplacés de la part des usagers (non déments) à l'encontre des professionnels.
5	Les plannings des salariés sont communiqués à temps.	Le roulement sera de nouveau établi de façon annuelle.	RAS				X	Poursuivre la planification des roulements de façon annuelle.

Q 4 : Prévenir les risques routiers								
1	Les véhicules de service sont contrôlés régulièrement.	Le SSIAD profite des services techniques du CHMB ; les professionnels ont bénéficié d'un stage de conduite sur route difficile.	RAS				X	Equiper de pneus neige tous les véhicules de service. Elaborer un protocole pour la gestion et l'entretien des véhicules de service.
2	Un protocole d'adaptation de l'organisation du service aux conditions météorologiques existe.	Les professionnels savent s'adapter.	La procédure n'est pas formalisée ; le règlement de fonctionnement ne contient pas de clause à ce sujet.				X	Elaborer un protocole pour l'adaptation du service aux conditions météorologiques difficiles. Rajouter une clause dans le règlement de fonctionnement au sujet de l'adaptation de l'organisation du service aux conditions météorologiques.
Q 5 : Prévenir les risques physiques								
1	Les accidents du travail sont recueillis au sein du bilan social.	RAS	RAS				X	
Q 6 : Prévenir les risques relatifs aux risques biologiques (contagions, maladies de peau, parasites, etc.)								
1	Des solutions hydro alcooliques et des gants à usage unique sont mis à disposition.	Possibilité de se laver les mains avec du savon au domicile de l'utilisateur.	Les professionnels du SSIAD sont au contact du froid et d'autant plus sensibles et allergiques aux solutions hydro alcooliques.				X	Inciter à la consommation des solutions hydro alcooliques en fournissant de la crème apaisante.

Axe 3 : La promotion de l'autonomie et de la qualité de vie**Thème 1 : Le respect des habitudes de vie****Q 1 : Prendre en compte les besoins et les attentes de chaque usager**

1	Les besoins et les attentes de l'utilisateur sont recueillis et tracés dans le projet personnalisé.	Visite de pré accueil et visite d'accueil ; Établissement d'un dossier administratif pour chaque patient.	Difficultés de toujours respecter les attentes et les besoins des patients lorsque l'intervention se fait en coordination avec les AVS ou lorsque le patient est hospitalisé ; Manque de temps pour réaliser les visites de pré accueil et d'accueil ; Dossier pas toujours remis à jour.				X	Mettre en place une visite d'évaluation du dispositif quelques jours ou semaines après l'admission au SSIAD. Revoir la formalisation et la tenue des dossiers patients.
2	La réévaluation fait l'objet d'une révision du projet personnalisé le cas échéant (avenant).	Adaptabilité de la prise en soins.	La révision au projet personnalisé n'est pas toujours formalisée.				X	A chaque évolution de la prise en soins d'un usager, systématiser la révision du projet personnalisé avec la formalisation d'un avenant au contrat d'admission au SSIAD.

Thème 2 : L'autonomie décisionnelle et fonctionnelle de la personne**Q 1 : Maintenir les capacités dans les actes de la vie quotidienne**

1	Les capacités de l'utilisateur pour les actes de la vie quotidienne sont évaluées à l'admission dans le service avec un outil adapté.	Prise en compte de l'évolution de l'état du patient et adaptation de la prise en soins.	L'évaluation se fait sans outil reconnu et reste manuscrite ; L'évaluation GIR est faite une fois par an mais pas nécessairement à l'accueil du patient.				X	Systématiser l'évaluation GIR de chaque usager à leur admission au SSIAD à joindre au dossier patient.
2	L'évolution des capacités est régulièrement réévaluée.	Suivi régulier des usagers et bonne vigilance des professionnels ; Utilisation de la grille GIR.	Insuffisante formalisation des réévaluations.				X	Construire un support identifié permettant la comparaison des (ré) évaluations des capacités des usagers dans le temps.
3	Les techniques de maintien de la capacité des usagers sont connues des professionnels.	Accueil d'aides-soignantes stagiaires ; Formation Humanité.	RAS				X	

Q 2 : Favoriser l'autonomie dans les déplacements, la toilette, l'alimentation et la continence

1	L'évolution de cette situation fait l'objet d'une observation tout le long de la prise en soins.	Equipe de taille restreinte ce qui permet à la fois une bonne communication entre les professionnels et une bonne connaissance de chaque usager.	RAS				X	
---	--	--	-----	--	--	--	---	--

Q 3 : Accompagner la situation de handicap

1	Les usagers bénéficient d'une aide technique pour leurs transferts et mobilisations si besoin.	Travail en lien avec l'ergothérapeute du CHMB si besoin.	Le recours à toute aide technique n'est pas tracé dans le dossier patient ; Parfois difficile de faire accepter aux usagers de s'équiper d'un lit médicalisé.				X	Tracer le recours à toute aide technique en spécifiant laquelle et pour quel motif, et sinon tracer le refus d'un usager à s'équiper de l'aide technique adaptée qui lui est recommandée.
---	--	--	---	--	--	--	---	---

2	Les professionnels allouent de leur temps d'intervention à l'accompagnement des déplacements.	L'accompagnement aux déplacements de la personne à son domicile est rassurant car l'environnement lui est familier, tout en permettant d'identifier des dangers.	L'accompagnement aux déplacements se fait toujours dans l'optique de la réalisation d'un soin en particulier, mais il ne s'agit pas d'une aide à la marche en elle.				X	
3	L'aidant est intégré au maintien de l'autonomie de l'utilisateur et sensibilisé aux techniques.	Bonne coordination et bonne entente avec les aidants.	L'implication de l'aidant ne figure nulle part				X	Formaliser le niveau d'implication de l'aidant familial au dossier patient et son éventuelle évolution.

Thème 3 : La participation sociale et/ou professionnelle et les liens avec l'entourage

Q 1 : Maintenir, accompagner et favoriser la participation sociale et/ou professionnelle de l'utilisateur

1	Le service dispose d'un support permettant d'informer l'utilisateur sur les activités auxquelles il peut participer dans le canton.	RAS	L'équipe disposait auparavant d'un tel support grâce au réseau Partage mais ce n'est plus le cas ; Manque de temps et d'un véhicule adapté pour conduire les usagers à des animations occasionnelles en EHPAD par exemple.	X				Relancer la collaboration avec les réseaux partenaires sur le canton afin de se fournir à nouveau un tel support à communiquer aux usagers. Lancer une réflexion avec les EHPAD du CHMB pour organiser une tournée de «ramassage» des patients à domicile qui seraient intéressés pour participer à quelques activités.
---	---	-----	--	---	--	--	--	--

Q 2 : Maintenir, accompagner et favoriser l'ensemble des liens familiaux et affectifs de l'utilisateur avec son environnement social

1	Le recueil des habitudes de l'utilisateur est effectué lors de l'accueil dans le service.	Les habitudes de vie de l'utilisateur sont prises en compte, et le SSIAD sait s'adapter.	Manque de formalisation du recueil des habitudes de vie.				X	Formaliser le recueil des habitudes de vie dans le dossier patient, voire le contrat.
2	L'utilisateur est régulièrement interrogé sur les liens qu'il entretient avec sa famille et son environnement social.	Psychologue à 10% sur le SSIAD.	Un résumé de l'histoire de vie de l'utilisateur n'est pas fait systématiquement et de plus en plus rare par manque de temps.				X	Faire figurer dans chaque dossier patient un résumé de l'histoire de vie de la personne.

Thème 4 : La relation entre les professionnels et les usagers

Q 1 : Garantir un cadre professionnel

1	Le service dispose d'un code déontologique propre à son activité et le remet à chaque professionnel.	La taille de l'équipe du SSIAD et les transmissions quotidiennes permettent d'avoir des lieux d'échanges et de paroles avec la cadre permettant d'évoquer toute situation particulière et de lever le doute sur la conduite à tenir.	Mis à part le rôle propre de l'aide-soignante, aucun document n'est pas remis aux professionnels ; Règlement de fonctionnement inexistant.				X	
2	L'utilisateur connaît le champ d'intervention des professionnels et les modalités de cette intervention.	Bonnes explications données lors du pré accueil et bonne coordination avec les autres intervenants à domicile.	RAS				X	

Q 2 : Garantir un cadre relationnel de qualité

1	Le tutoiement est exceptionnel et uniquement sur demande expresse de l'utilisateur.	Formation Humanitude.	L'emploi du tutoiement ou du prénom ne figure pas au dossier de l'utilisateur.			X	Rapporter systématiquement au dossier patient l'usage du tutoiement ou du prénom, lorsqu'il s'agit d'une demande de l'utilisateur.
2	Les obligations de chacune des parties sont rappelées dans un document écrit.	Visite de pré accueil.	RAS			X	

Axe 4 : La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions**Thème 1 : La cohérence des actions du service****Q 1 : Assurer une cohérence entre les interventions du service**

1	Un système de correspondance entre les professionnels du service est organisé.	Staffs quotidiens avec l'ensemble des professionnels du SSIAD.	RAS				X	
2	Des écrits professionnels sont établis pour permettre le remplacement des professionnels du service.	Le service a principalement recours à l'auto remplacement et l'équipe étant restreinte il n'y a aucun problème de transmission d'informations. En dehors des cas d'auto remplacement (par exemple vacances scolaires) seules les personnes qui connaissent déjà le SSIAD assurent des remplacements, tels que d'anciens stagiaires (critère de recrutement).	Le cahier remplaçant reste assez succinct.				X	Revoir la composition du "cahier remplaçant" et les informations qui doivent y figurer.
3	Des réunions de coordination pluridisciplinaires sont mises en œuvre régulièrement.	La proximité avec le service de médecine permet parfois d'interpeller les médecins libéraux en cas de problème.	Manque de participants infirmières, ergothérapeute).		X			Réfléchir à la façon de travailler plus en lien avec les médecins traitants, les infirmières libérales et l'ergothérapeute du CHMB dans l'intérêt du projet d'accompagnement de l'utilisateur.
4	La cohérence des interventions sont régulièrement interrogées au regard du projet personnalisé de l'utilisateur.	Facilités de communication entre les différents intervenants lorsqu'ils se croisent au domicile de la personne ; Grâce à sa position de cadre au CHMB l'IDE coordinatrice du SSIAD est bien identifiée sur le territoire avec les bénéficiaires que peuvent apporter l'entretien d'un réseau.	Manque de protocole.				X	

Thème 2 : La continuité et la diversité des interventions auprès de la personne**Q 1 : Coordonner les interventions des différents services auprès de la personne**

1	Le contenu du dossier de l'utilisateur permet d'assurer la coordination entre les différents services intervenant au domicile de l'utilisateur.	L'outil a déjà été réfléchi.	Pas fait pour tous les usagers.		X			Compléter l'ensemble des dossiers patients, avec pour chacun une planification hebdomadaire des interventions (planning global) et l'arborescence des différents intervenants.
2	Des rencontres entre les différents intervenants sont programmées afin de coordonner les interventions.	Planification d'une rencontre unique pour chaque trimestre en présence de l'ensemble des acteurs.	Les rencontres trimestrielles ne sont pas tracées ; Manque de rencontres avec les médecins traitants et les infirmières libérales.			X		Tracer les informations ressortant des rencontres entre la cadre de santé et le CG et l'ADMR, avec la diffusion de comptes rendus communs (désignation d'un secrétaire de séance??).

Q 2 : Organiser avec les usagers des complémentarités ou des relais avec d'autres acteurs ou dispositifs

1	Le SSIAD travaille en réseau avec d'autres organisations locales (ADMR, CLIC, EHPAD).	Proximité de l'IDE coordinatrice avec les cadres des EHPAD du CHMB ; Bonne entente avec l'ADMR d'Antrain.	Absence de convention pour le travail réalisé avec l'ADMR d'Antrain ; Eloignement du CLIC et du réseau Partâge.					X	Elaborer une convention de coopération avec l'ADMR d'Antrain. Mettre en place des formations communes au SSIAD et à l'ADMR d'Antrain. Questionnement sur le devenir du CLIC et du réseau Partâge ?
---	---	---	---	--	--	--	--	---	--

Q 3 : Mobiliser de nouveaux acteurs pour accompagner les personnes, pour prendre le relais de la situation

1	En cas de besoin, les professionnels orientent le patient vers un service d'hospitalisation.	Les passages fréquents des AS à domicile permettent une surveillance quotidienne d'usagers souvent isolés et parfois seuls ; Les deux IDE coordinatrices et la psychologue sont rattachées au service de médecine du CHMB.	RAS					X	
2	Suite à une période d'hospitalisation le patient réintègre le service du SSIAD.	Conservation de la place durant 30 jours pour procurer le plus de stabilité possible à l'usager et ne pas le dissuader de se faire hospitaliser quelques jours si besoin.	Formulation de l'article 28 pas tout à fait claire ; 15 à 20 places manquantes sur le SSIAD.					X	Revoir la formulation de l'article 28 du règlement de fonctionnement pour plus de clarté. Engager une réflexion avec les autres SSIAD du territoire (Saint Brice en Coglès, Louvigné du Désert) pour envisager de s'associer afin d'atteindre le seuil des 60 places qui permettrait à chacun d'étendre son nombre de places. Formaliser les liens entre le SSIAD et le service de médecine du CHMB (Exemple : affichage dans les livrets d'accueil patients, intégration dans le projet d'établissement, affichage dans les fiches de postes, staffs soins palliatifs communs?, cohérence entre les plannings).

Annexe 4

4. RESULTATS DES ENQUÊTES DE SATISFACTION

Le comité de pilotage a réalisé une enquête auprès des patients afin de vérifier les hypothèses émises lors de l'évaluation interne.

Tout d'abord, nous présenterons la méthodologie utilisée pour l'enquête, puis, nous exploiterons et analyserons les données recueillies.

PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE ET DE L'ENQUETE DE TERRAIN

L'objectif de notre enquête est de vérifier les hypothèses (les cotations) de départ sur les différents critères définis par le groupe de travail.

Les questionnaires reprennent les axes de l'évaluation interne définis par l'ANESM et ils sont anonymes.

1. La méthode utilisée

26 questionnaires ont été distribués aux patients. Les questionnaires ont été remplis par les patients : 24 questionnaires ont été remplis, soit un taux de retour de 92%

L'enquête est constituée de 12 questions, réparties selon les thématiques suivantes :

- Qualité de l'organisation du service
- Qualités relationnelles
- Qualités des soins et de l'accompagnement
- Appréciation générale

2. Le choix de l'outil

Les questions sont fermées, elles permettent 2 à 4 réponses possibles ainsi que des commentaires pour compléter son choix. Les données recueillies sont facilement quantifiables. Nous avons fait le choix de maintenir les non répondants dans le traitement des réponses.

3. Les limites de l'enquête

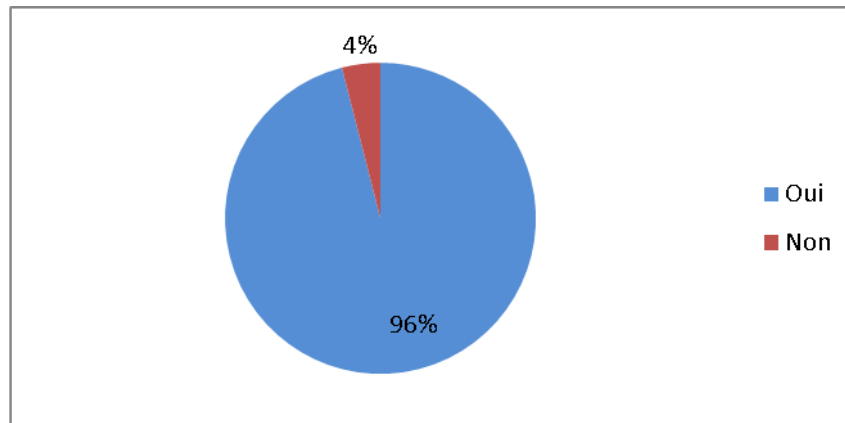
Les questionnaires ont été distribués et remis en retour aux aides-soignantes du service. Si 18 personnes ont rempli le questionnaire de satisfaction, seuls ou avec la famille, 4 ont toutefois été aidés par le personnel du SSIAD. A noter, que malgré la possibilité qui leur a été offerte, il n'y a pas eu de commentaires rédigés, en complément des questions fermées.

A préciser que, compte tenu du panel limité des personnes interrogées, chaque réponse a un impact fort en termes de variation du pourcentage, soit plus de 4% de variation.

RESULTATS DE L'ENQUETE

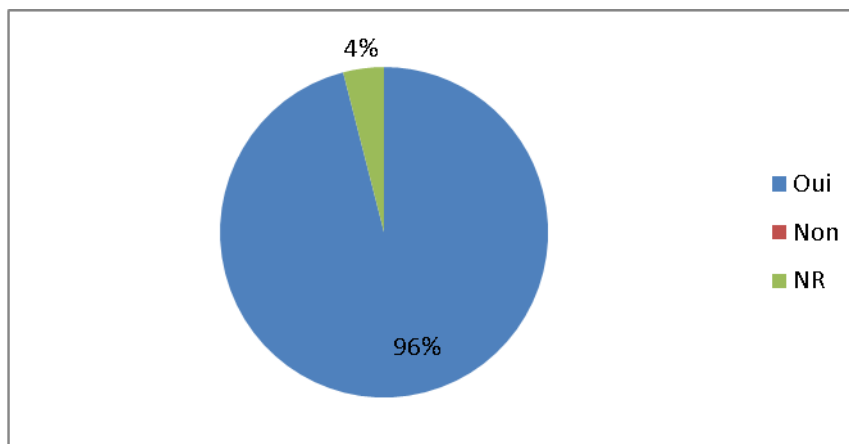
92% de taux de retour des réponses au questionnaire.

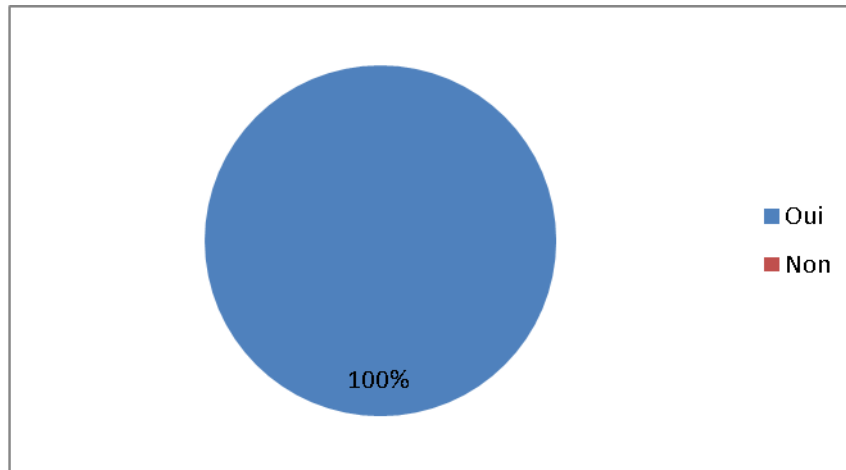
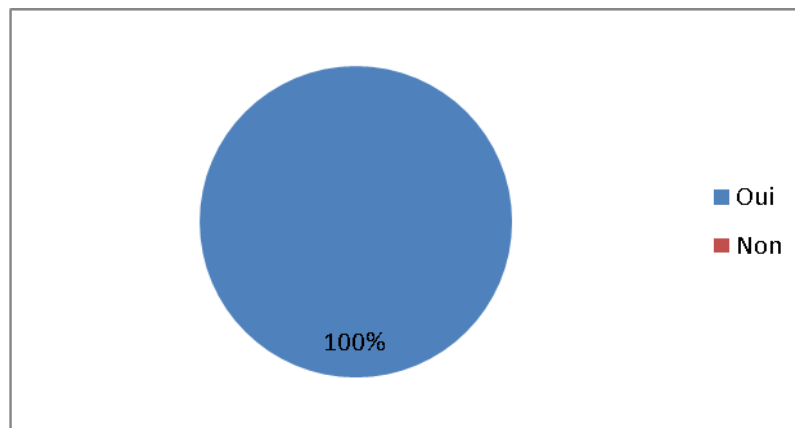
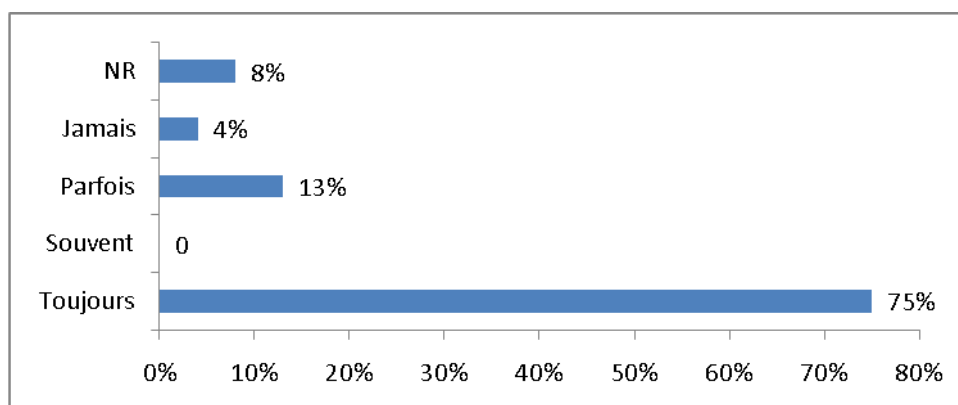
Question 1. Avez-vous bénéficié d'une visite d'accueil de l'infirmière coordinatrice et d'une aide-soignante à votre domicile?



Sur l'ensemble des personnes interrogées, 1 seule personne n'a pas bénéficié d'une visite d'accueil par l'IDE coordinatrice et d'une aide-soignante.

Question 2. Etes-vous satisfait de l'information qui a été donnée lors de la visite d'accueil sur les modalités de fonctionnement et d'organisation du SSIAD?



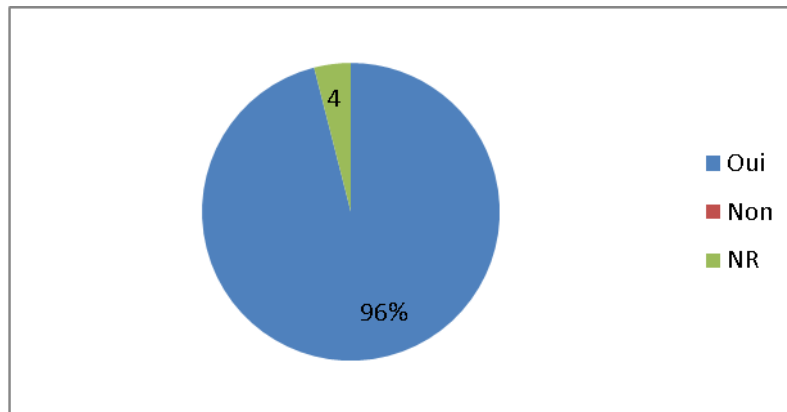
Question 3. Les horaires de passage respectent-ils vos habitudes de vie?**Question 4. Le service est-il facilement joignable?****Question 5. Avez-vous la possibilité d'exprimer toute réclamation éventuelle?**

75% des personnes interrogées estiment qu'elles ont la possibilité d'exprimer toute réclamation.

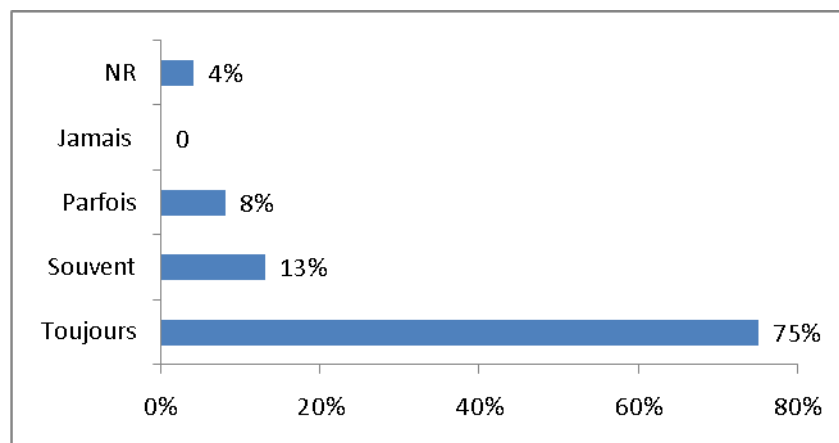
Concernant la possibilité d'exprimer toute réclamation éventuelle, 2 personnes sont non répondantes : on peut se poser la question de savoir si elles ne désirent pas s'exprimer sur la question, ou si elles n'ont pas de réclamations à formuler.

1 personne estime ne jamais pouvoir exprimer toute réclamation éventuelle et 13%, soit 3 personnes estiment pouvoir avoir parfois la possibilité d'exprimer toute réclamation éventuelle.

Question 6. Etes-vous satisfait de l'écoute et de la disponibilité du personnel?



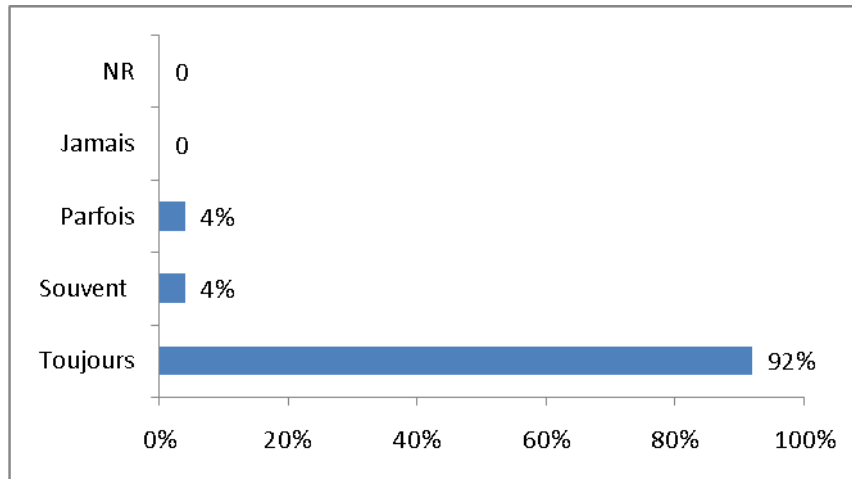
Question 7. Le personnel répond-t-il à vos questions?



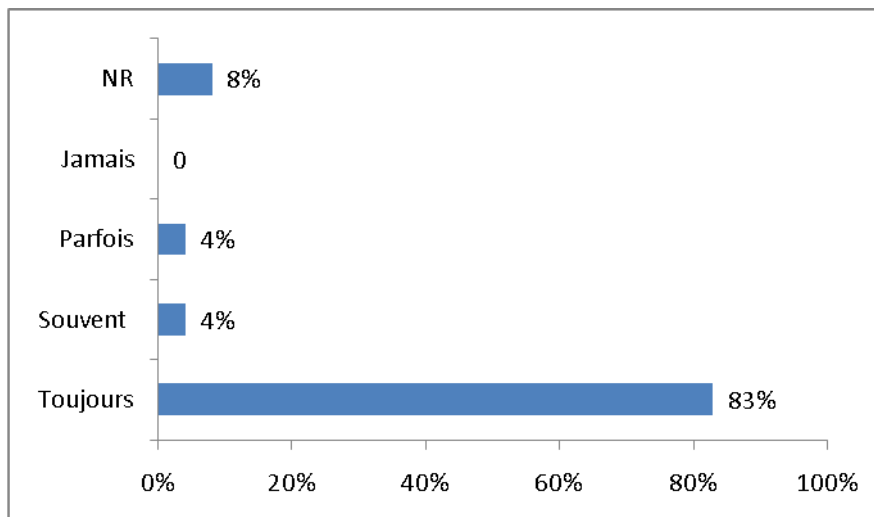
75% des personnes interrogées estiment que le personnel répond toujours à leurs questions.

2 personnes estiment que le personnel répond parfois à leurs questions, 3 personnes souvent et 1 personne n'a pas souhaité répondre.

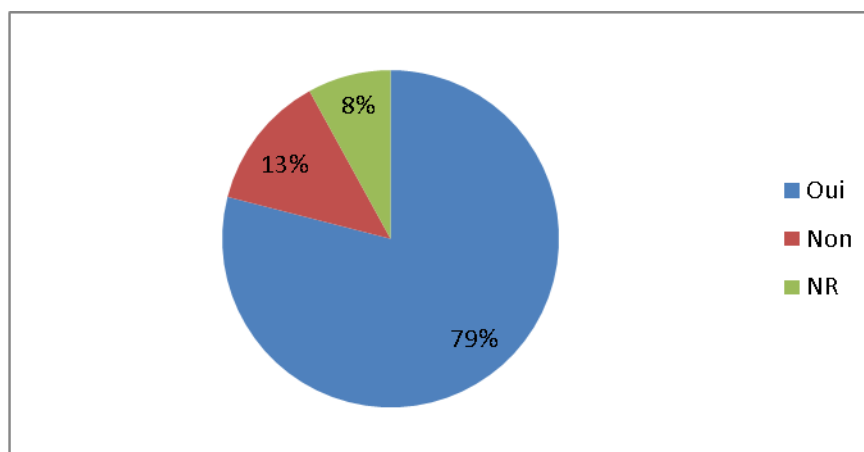
Question 8. Le personnel est-il discret et respectueux?



Question 9. Les soins prodigués correspondent-ils à vos attentes et besoins?

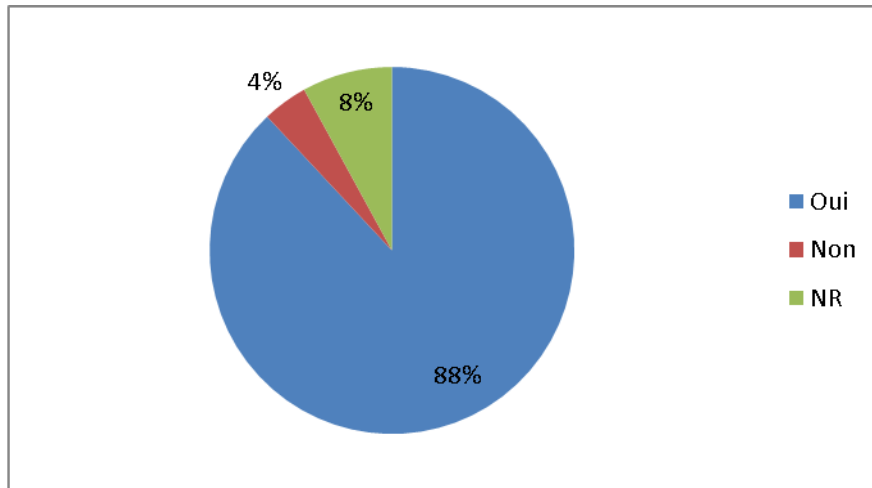


Question 10. Avez-vous été informé des risques potentiels que présente votre domicile pour votre propre sécurité?



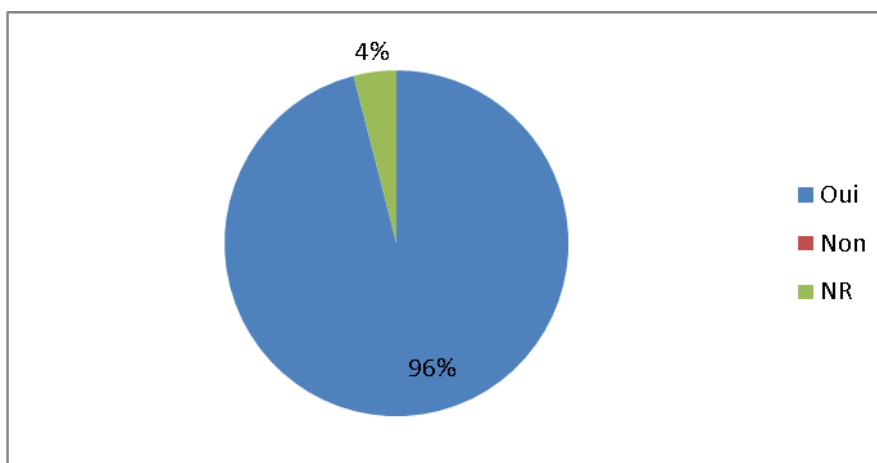
79% des personnes disent avoir été informées des risques potentiels que présente leur domicile. 3 personnes estiment que non et 2 personnes ne répondent pas à la question.

Question 11. Le SSIAD contribue-t-il à préserver votre autonomie au quotidien?

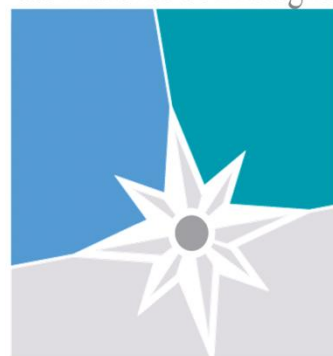


Pour 88% des personnes interrogées, le SSIAD, contribue à préserver leur autonomie. Une personne ne le pense pas et 2 personnes ne répondent pas à la question.

Question 12. Si l'un de vos parent ou amis avait besoin d'une aide similaire, lui recommanderiez-vous notre service?



Centre Hospitalier
des Marches de Bretagne



Antrain - St Brice en Cogles

SSIAD
Centre Hospitalier des Marches de Bretagne
9 rue de Fougères - 35560 ANTRAIN

Tél. : **02 99 98 46 69**