



# Rapport d'Evaluation Externe SSIAD

---

**Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin Moissac**  
Boulevard Camille Delthil  
82200 MOISSAC



*Simone DELON*  
*Annie SERVANT*

---

# Sommaire

---

<b>Chapitre 1 : Eléments de Cadrage</b> .....	3
<b>Chapitre 2 : Descriptif de la procédure d'évaluation externe</b> .....	9
Etapas, Intervenants CRP, Personnes et/ou groupes rencontrés au sein de l'ESSMS, Calendrier.....	9
<b>Chapitre 3 : Développements informatifs et résultats de l'analyse détaillée</b> .....	14
I. Appréciation globale.....	14
Graphique I : Appréciation globale .....	21
II. Examen des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne .....	22
Graphique II : Examen des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne .....	26
III. Examens de certaines thématiques et de registres spécifiques.....	27
Graphique III : Examens de certaines thématiques et de registres spécifiques.....	48
<b>Chapitre 4 : Synthèse</b> .....	50
<b>Chapitre 5 : Propositions et préconisations</b> .....	58
Abrégé selon le modèle d'abrégé proposé par l'ANESM.....	58
Préconisations stratégiques .....	63
Préconisations opérationnelles.....	63
Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe .....	64
<b>Finalisation du Rapport d'Evaluation Externe</b> .....	65

---

# Chapitre 1 : Éléments de Cadrage

---

## Présentation de l'établissement et de l'organisme gestionnaire

Le Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin-Moissac CHICM est doté d'un court séjour (Chirurgie, Médecin), d'un service d'Urgence et d'UHCD, d'un service de SSR, d'un HAD, d'un plateau technique.

Sont rattachés au CHICM, l'EHPAD et le SSIAD.

Au centre ville de Moissac (à côté du marché), le site accueil de jour, (13 rue Sainte Catherine) : 12 places

Le SSIAD, situé à Moissac (bd Camille Delthil, pré de l'HAD), est d'une capacité de 10 places.

Le rattachement au CHICM et le nombre de sites, ont privilégié une organisation partagée de certaines fonctions : achats, logistique, travaux, finances, ressources humaines, restauration, blanchisserie, pharmacie.

**Adresse : bd Camille Delthil  
BP 302 – 82200 MOISSAC**

**Numéro FINESS : 820004950**

**Statut : Public**

**Numéro N° SIRET : 26820016900012**

**Nombre de lits ou places autorisés :**

Accueil de jour : 12 places

SSIAD : 10 places

**Organisme gestionnaire :**

Centre Hospitalier Intercommunal  
Castelsarrasin Moissac 82200

<b>Création</b>	Le SSIAD a été créé en 2009 par arrêté préfectoral n° 2009-755 du 28 mai 2009. Arrêté du 10 Juin 2010 pour extension de 5 places à 10 places.
<b>Situation géographique</b>	Le SSIAD est rattaché au Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin Moissac et il est installé dans les locaux du service d'hospitalisation à domicile, ouvert sur la ville et en prolongement de l'hôpital de Moissac. L'accueil de jour est situé 13 Rue Sainte Catherine 82200 Moissac
<b>Type d'établissement</b>	SSIAD et Accueil de Jour
<b>Organisation environnante</b>	La capacité d'accueil a été fixée par arrêté du 28 mai 2009 à 5 places puis à 10 places depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2010. Les interventions sont limitées aux seules communes de Castelsarrasin et de Moissac. Deux autres SSIAD sont présents sur les communes : Mutualité Française à Moissac ; APAS 82 (Association Promotion Autonomie et Santé 82) à Castelsarrasin. Les zones d'intervention sont urbaines et rurales : 77% de la population accueillie est issue de la commune de Moissac 13% est issue de la commune de Castelsarrasin.
<b>Salariés</b>	Le personnel affecté au SSIAD est le suivant : Le cadre de santé : 100% HAD/SSIAD Une infirmière coordinatrice : 50%: HAD- 50% SSIAD La secrétaire médicale : 100 % HAD/SSIAD Les aides soignantes : 6 aides soignantes HAD dont 1 à 80 % 2 aides-soignantes SSIAD dont 1 à 80 % soit 2 aides soignantes en mutualisation avec les 6 aides soignantes de l'HAD.
<b>Public accueilli</b>	Personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, Personnes adultes de moins de 60 ans sur avis médical lorsque celles-ci présentent les caractéristiques d'un vieillissement prématuré de l'organisme ou atteintes d'une maladie invalidante ou de pathologies chroniques. Les pathologies rencontrés les plus fréquentes : Suite d'interventions chirurgicales orthopédiques ou vasculaires, immobilisation Pathologies neurologiques, AVC Pathologies cardiovasculaires Pathologies invalidantes et chroniques
<b>Missions</b>	Le SSIAD a pour mission de dispenser des soins à domicile sur prescriptions médicales, d'apporter une aide spécifique pour les actes essentiels de la vie aux personnes dépendantes, de permettre le maintien au domicile dans le cadre d'une dépendance, de préserver leur degrés d'autonomie, le restaurer. Le SSIAD a pour mission d'être en relais pour le Service d'Hospitalisation à Domicile ainsi que pour les services hospitaliers du CHICM et autres établissements.(EHPAD) La spécificité du SSIAD est de prendre en charge les patients issus de services d'hospitalisation : HAD, médecine, chirurgie, SSR.

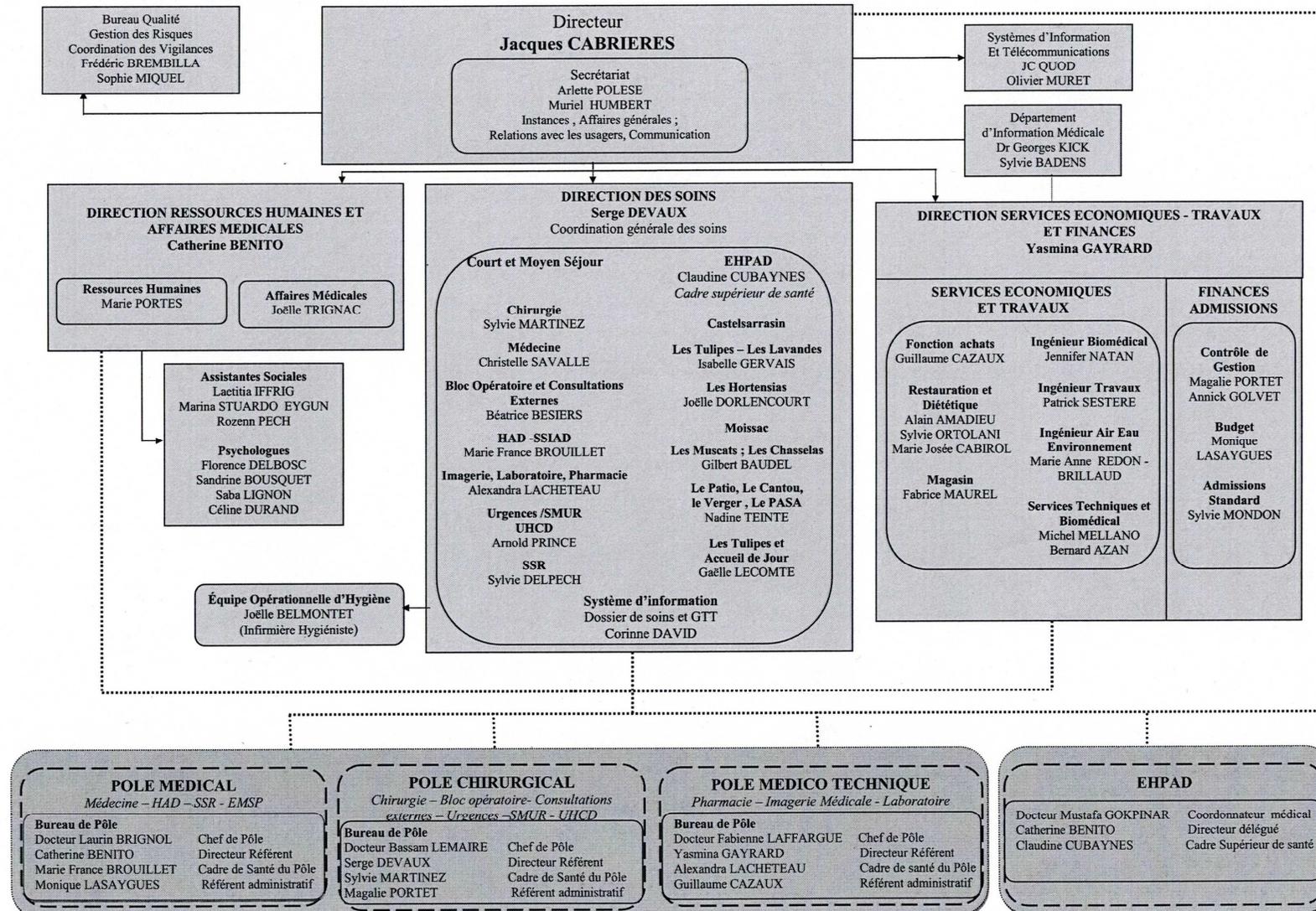
## Organigramme et gouvernance :

L'organigramme ci-dessous précise les liens hiérarchiques et fonctionnels de la structure.

La mise en œuvre et le suivi des objectifs sont assurés par le Cadre de santé, la Direction et validés par le Conseil de Surveillance du CHICM

### ORGANIGRAMME DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL CASTELSARRASIN MOISSAC

Maj octobre 2014



## Nature et évolutions des activités

<b>Cadre réglementaire de l'activité</b>	l'Arrêté du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges des conventions tripartites,
	la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
	la Charte des droits et libertés de la personne accueillie définie par l'arrêté du 8 septembre 2003
	Circulaire DGCS/SD5C du 21 Octobre 2011 relative à l'évaluation externe
	Code de l'action sociale et des familles

## Historique de la structure :

### Caractéristiques de la population accueillie

<i>Capacité d'accueil</i>	<b>SSIAD : 10 places/ Accueil de Jour : 12 places</b>		
<i>Durée Moyenne de Séjour</i>	131.93j en 2011	189.50j en 2012	174.95j en 2013
<i>nombre de journées réalisées hébergement</i>	3694 jours en 2011	3790 jours en 2011	3674 jours en 2011
<i>Taux d'occupation</i>	100%	100%	100%
<i>Age moyen</i>	L'âge moyen des personnes accueillies est de 81,7 ans		
<i>Postes accordés</i>			
<i>Ratio agents/lit</i>			

### Moyens et philosophie d'accueil de l'établissement

<b>Moyens alloués</b>	108 496,17 en 2011	108 848,42 en 2012	110 971,30 en 2013 112 125,40 en 2014
<b>La charte des droits et libertés de la personne accueillie</b>	La Charte de la personne âgée dépendante Charte des droits et libertés des usagers		
<b>Charte éthique de l'établissement (si existante)</b>	Pas de charte éthique		

## Les engagements qualité de l'établissement

Engagement dans la démarche	L'unité du SSIAD du Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin-Moissac est engagée dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des prestations délivrées depuis plusieurs années notamment par le travail réalisé en coordination avec l'HAD sur les certifications HAS. L'établissement a fait le choix d'utiliser le référentiel proposé par l'UNASSI. Les réunions se sont déroulées en présence du Cadre de santé, de l'Infirmière Coordonnatrice et de la Secrétaire médicale. Cette démarche a été pluridisciplinaire et a associé toutes les Aides soignantes du SSIAD et de l'Accueil de jour. La démarche d'autoévaluation a été planifiée de Septembre à Novembre 2013. Elle a débuté par une communication auprès des professionnels et s'est achevée par la mise en forme du rapport. En Décembre 2013, le rapport d'évaluation interne a été finalisé, après relecture et adressé aux tutelles. L'évaluation interne a permis de mettre en évidence les points forts et les points à améliorer sur l'ensemble des prestations délivrées pour une prise en charge globale des résidents. Ainsi des actions d'améliorations ont pu être dégagées. L'ensemble de ces actions ont été intégrées au programme qualité risques de l'établissement avec désignation d'un pilote, d'un degré de priorité de traitement de l'action, d'une échéance de mise en œuvre.
Projet d'établissement	Il existe un projet d'établissement du CHICM et un projet de service spécifique au SSIAD.

## Analyse de la documentation de l'établissement

Titre du Document	Commentaire des évaluateurs externes (Existence/Pertinence/Cohérence)	Propositions des évaluateurs
Livret d'accueil	En place	
Identification de la personne gestionnaire	Dans l'organigramme, dans le projet d'établissement Arrêté de nomination du 21/2/14 Directeur par intérim	
Document relatif à l'hygiène et sécurité	Classeur CLIN+ Protocoles hygiène+ Protocole gestion des déchets	
Copie de l'autorisation	Document de preuve fourni	
Livret d'accueil du personnel	Il existe et intègre le règlement de fonctionnement du SSIAD.	
Charte de la personne hospitalisée	NC	
Charte des droits et libertés de la personne accueillie	Présente dans le livret d'accueil	

Contrat de séjour	Un contrat individuel de prise en charge	
Procédure d'élaboration du projet de vie individualisé	Un projet de soins individualisé	
Règlement de fonctionnement	Présent dans le livret d'accueil	
Règlement intérieur	Un règlement intérieur à l'usage du personnel soignant	
Projet d'établissement	Projet CHICM Projet de service SSIAD	
PV CVS	NC	
Conventions et coopérations	L'HAD Les associations d'aides à domicile, Les ESA (équipes de soins Alzheimer), Les accueils de jour, Les infirmières libérales conventionnées avec le service. Le SSIAD est en contact avec les deux SSIAD des deux communes de Castelsarrasin et de Moissac.	
Organigramme	Présent CHICM Les fiches de poste Infirmière, AS	
Plan de formation :	Commun avec le CHICM	
Evaluation interne et plan d'action d'amélioration	Le rapport d'évaluation interne a été réalisé sur la base du référentiel UNASSI en pluridisciplinarité et un plan d'actions a été formalisé.	
Planning des Animations	Les tournées du matin au nombre de 4 : 4 aides soignantes sont en poste le matin Les tournées du soir au nombre de 3 ou 4 : 4 aides soignantes en poste du soir	
Rapport commission de sécurité :	La fiche sécurité indique la date, voir la mise en place d'un plan d'action issu de la commission et des organismes de contrôle	
Enquête et Questionnaire de Satisfaction		

---

# Chapitre 2 : Descriptif de la procédure d'évaluation externe

---

## Étapes, Intervenants CRP, Personnes et/ou groupes rencontrés au sein de l'ESSMS, Calendrier

### Phase 1 – Préparation de l'Évaluation Externe

#### Étape 1 : Cadrage et planification de la mission

Chef de mission : Christine VIGUIE

#### Étape 2 : Analyse des documents : Août 2014

Intervenants :

Simone DELON  
Annie SERVANT  
Christine VIGUIE

#### Étape 3 : Présentation aux personnels de l'évaluation externe

Chef de mission : Christine VIGUIE

Dynamique d'information interne réalisée par la direction de l'établissement sur la base des supports CRP Consulting.

### Phase 2 – Réalisation de L'Évaluation Externe

#### Étape 4 : Évaluation Externe 27/11/2014

Intervenants :

Simone DELON  
Annie SERVANT

Les évaluateurs externes, après **lecture des documents** remis par l'établissement et **réunion préparatoire** de l'équipe d'évaluateurs externes ont alterné les entretiens individuels et collectifs et les observations de pratiques et de dossiers.

Le questionnement évaluatif était directement issu de la structure des chapitres 3.2.4 « Périmètre » et 3.2.5 « Contenu minimum du rapport d'évaluation externe » de la Circulaire du 21 octobre 2011, relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations, délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

## PLANNING SSIAD ET ACCUEIL DE JOUR

### Le 27/11/2014

Horaires	Domaines	Equipe SSIAD	EE
<b>matin «Le SSIAD, son management, son développement, son environnement»</b>			
8h30-9h	Rencontre avec le Directeur de l'établissement, le directeur des soins, le cadre de santé	M. CABRIERES M. DEVAUX Mme. BROUILLET	<b>2 Evalueurs</b> <b>Annie SERVANT</b> <b>Simone DELON</b>
9h-9h30	Visite des locaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation de l'évaluateur et du planning à l'équipe SSIAD</li> <li>▪ Modalités d'accueil et d'information</li> <li>▪ Confidentialité des données</li> <li>▪ Organisation administrative et logistique (véhicules, ordinateurs ...)</li> <li>▪ Dossiers patients</li> <li>▪ Cadre de travail</li> </ul>	IDEC / IDES 30'	<b>2 Evalueurs</b> <b>Annie SERVANT</b> <b>Simone DELON</b>
9 h30 – 11h	Pilotage Stratégique : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Projet établissement et projet de service</li> <li>▪ Mode de management du SSIAD</li> <li>▪ Mode d'implication et de communication à l'équipe SSIAD</li> <li>▪ Analyse des besoins de la population prise en charge</li> <li>▪ Participation à l'évaluation interne</li> <li>▪ Suivi des PAQ</li> </ul>	IDEC / IDES 1 H 30'	<b>1 Evalueur</b> <b>Annie SERVANT</b>
11h – 12h	Le SSIAD dans son environnement : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les schémas régionaux et départementaux vus du SSIAD</li> <li>▪ L'offre libérale et la coordination avec les professionnels de santé libéraux (le dossier de soins à domicile)</li> <li>▪ La participation du SSIAD à la filière gériatologique</li> <li>▪ Autres éléments d'ouverture à et sur l'environnement</li> </ul>	IDEC / IDES AS + AMP 1 H	<b>1 Evalueur</b> <b>Annie SERVANT</b>
<b>Repas</b>			
<b>après-midi «Le SSIAD, management et projets de prise en charge»</b>			
13h-13h30	Gestion des RH et des Risques Professionnels : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Structure RH</li> </ul>	IDEC / IDES AS+AMP 30'	<b>1 Evalueur</b> <b>Annie SERVANT</b>
13h30-14H	Fonctions logistiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conditions de travail et renouvellement des</li> </ul>	IDEC / IDES	<b>1 Evalueur</b>



	réclamations...) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implication des usagers dans l'évaluation interne</li> <li>▪ Continuité des soins</li> <li>▪ Mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques de soins</li> <li>▪ Coordination avec les professionnels de santé libéraux</li> </ul> Les transmissions		
10 H	Ateliers : Mémoire + Cuisine	15'	
11 H 45	Préparation restitution	15'	
12 h	<b>Restitution à chaud : Mr Cabrières</b>	15'	
12 H	<b>Restitution « à chaud » synthétique et orale</b>	30'	
12 H30 à 13H30	Pause déjeuner à l'accueil de jour « si possible avec le service »		
<b>13 H 30</b>	<b>SSIAD Visite à domicile</b>		
2 visite à domicile  jusqu'à 16 H 30	Observations à domiciles : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Outils de la loi 2002-2 à domicile</li> <li>▪ Projet de soins personnalisé (liens avec les services à la personne, les professionnels de santé libéraux dont médecins)</li> <li>▪ Promotion de la bienveillance à domicile</li> <li>▪ Maintien des capacités dans les actes de la vie courante</li> <li>▪ Respect des habitudes de vie</li> <li>▪ Liens avec l'environnement et les aidants</li> <li>▪ Prévention des risques liés aux soins</li> </ul> Projets de prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mode d'entrée</li> <li>▪ Modalités d'expressions des usagers (enquêtes de satisfaction, courriers d'insatisfaction, plaintes et réclamations...)</li> <li>▪ Implication des usagers dans l'évaluation interne</li> <li>▪ Continuité des soins</li> <li>▪ Mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques de soins</li> <li>▪ Coordination avec les professionnels de santé libéraux</li> </ul> Participation aux transmissions, si possible	AS	<b>1 Evaluateur</b>  <b>Simone DELON</b>
16h30	Préparation de la restitution à chaud		<b>2 Evaluateurs</b>
17 H	<b>Restitution à Chaud et retour d'expérience</b>	IDEC/IDES Equipe SSIAD Service Qualité + Comité de Suivi	<b>2 Evaluateurs</b>

## **Phase 3 – Préparation, Finalisation et Remise du Rapport d'Evaluation Externe**

### **Etape 5 : Rédaction du rapport d'évaluation externe : 12/2014**

Rédacteurs : Simone DELON et Annie SERVANT

Coordonnateur et validation CRP : Chef de mission : Christine VIGUIE

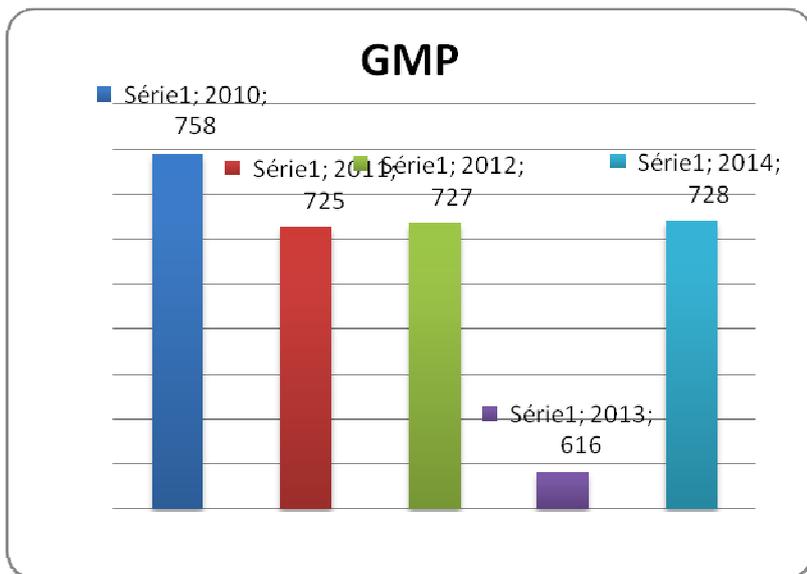
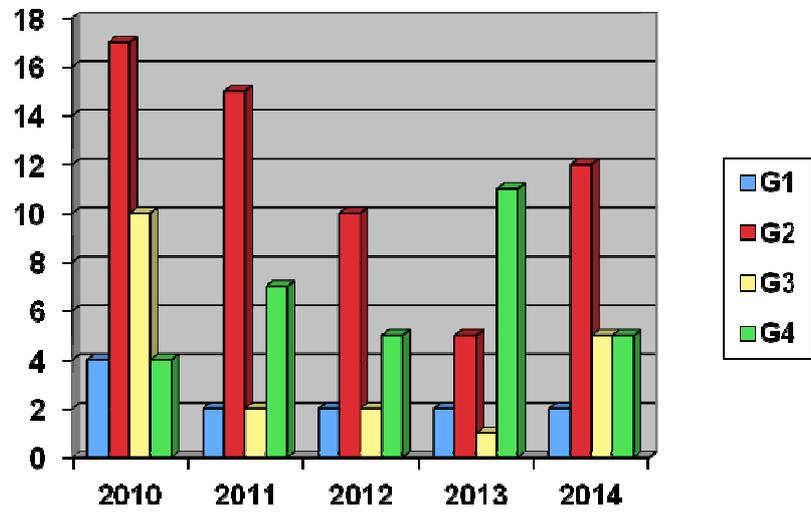
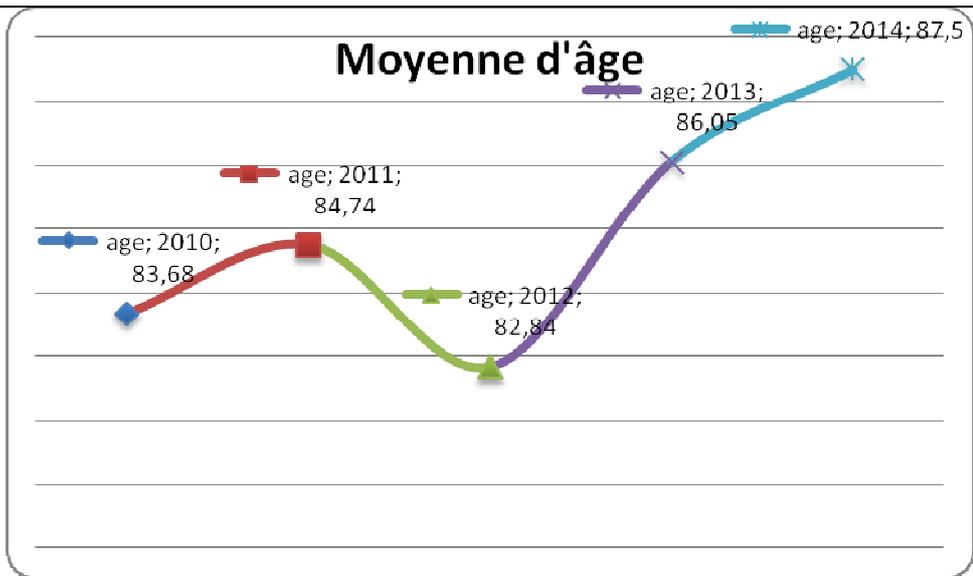
Restitution du pré-rapport d'évaluation externe aux équipes de l'établissement selon date à définir conjointement Direction/CRP

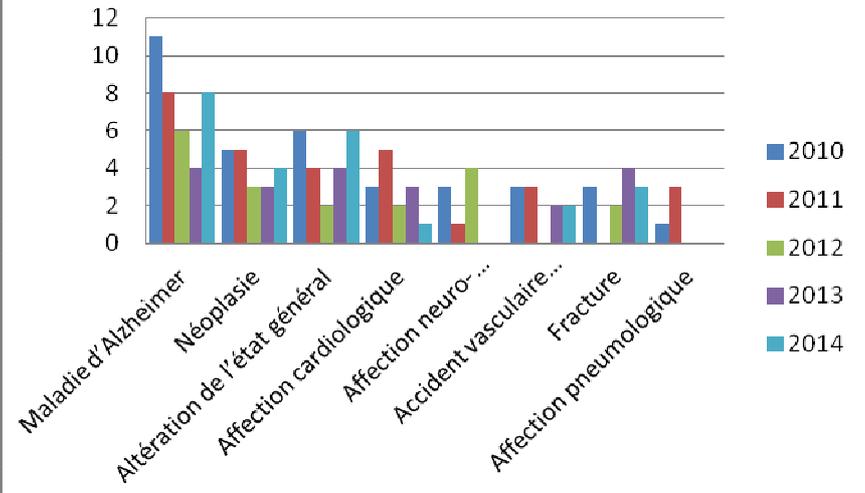
# Chapitre 3 : Développements informatiques et résultats de l'analyse détaillée

## I. Appréciation globale

1	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
L'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties ;		Le projet d'établissement ou de service existe, est à jour et comporte des objectifs à atteindre	B
		L'analyse des caractéristiques, des besoins et des priorités des personnes prises en charge est réalisée et formellement explicitée dans le projet d'établissement	A
		Les droits des usagers et leurs conditions d'application dans l'établissement ou le service sont évoqués dans le projet d'établissement ou de service	A
		Les missions imparties (notamment relativement à l'agrément et aux schémas départemental ou régional) sont explicitées	A
		Les projets de Vie, projets de Soins et Projets d'animation sont pertinents au regard de la population accueillie	A
		Des projets spécifiques Alzheimer existent.	A

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Le projet d'établissement du Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin Moissac a été élaboré pour 2006 - 2011. Il doit être renouvelé à l'occasion de l'arrivée du nouveau Directeur. Par ailleurs il existe un projet de service spécifique SSIAD 204-2019, élaboré en équipe début 2014 et validé en juin 2014. Les objectifs déclinés dans le projet de service sont de permettre une ré- hospitalisation en HAD lorsque l'état du patient le nécessite et éviter l'hospitalisation en milieu hospitalier, d'assurer un suivi de soins pour faciliter le retour au domicile après une intervention, d'aider au maintien du patient au domicile, d'accompagner le patient dans les différentes étapes de sa maladie, d'accompagner la famille, entourer l'aidant et les proches, retarder l'entrée en structure d'accueil : EHPAD . L'objectif prioritaire est l'utilisation d'un même support afin d'optimiser la coordination entre tous les intervenants.</p> <p>L'analyse des caractéristiques, des besoins et des priorités des personnes prises en charge est réalisée et formellement explicitée dans le projet de service en termes de moyennes d'âge, de répartition de GIR, de répartition de GMP, de répartition des pathologies, de provenance .</p>
---------------------------------	---



	<h3 style="text-align: center;">Répartition des pathologies</h3> 	
<p>Les droits des usagers et leurs conditions d'application par les professionnels du service sont évoqués dans le projet de service, en particulier dans le chapitre sur les valeurs faisant référence à la Charte de la personne accueillie et la prévention de la bientraitance. Les missions sont clairement explicitées conformément aux dispositions réglementaires inhérentes aux SSIAD.</p> <p>Les projets de soins individualisés sont élaborés par l'Infirmière coordinatrice après concertation avec le médecin traitant, la personne prise en charge, sa famille et les autres acteurs du maintien à domicile. Ils sont pertinents au regard de la population accueillie.</p> <p>Un projet spécifique Alzheimer est en place avec l'Equipe de soins Alzheimer ou ESA par rapport à l'évaluation cognitive des personnes, l'aide aux aidants, l'accueil de jour avec les ateliers thérapeutiques en journée ou demi-journée.</p>		
<b>Préconisations</b>	Actualiser le projet d'établissement du CHICM	
<b>Observations de la structure</b>		

1 = Totalemment	2 = En grande partie	3 = Partiellement	4 = Pas du tout	Non applicable
	B			

2	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	La cohérence des différents objectifs entre eux	Eléments de cohérence des objectifs du projet d'établissement ou de service	A
		Eléments d'incohérence des objectifs du projet d'établissement ou de service	NA

<b>Synthèse et observations</b>	Les objectifs issus des projets de soins et de service sont cohérents et des orientations du SSIAD en lien avec la réglementation des SSIAD et de l'HAD, le projet du CHICM et au regard des missions en matière d'accompagnement et de prise en charge des personnes accueillies.
<b>Préconisations</b>	

<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

<b>3</b>	<b>Éléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
----------	------------------------------	--------------------	-----------------

L'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place	Dans le passé, l'établissement ou le service a fait évoluer les ressources humaines et financières pour répondre aux évolutions de la prise en charge.	A
	Dans ce champ d'activité et avec cette capacité de prise en charge, l'établissement dispose de ressources humaines et de moyens financiers proches des établissements semblables	C
	Les objectifs du projet d'établissement prévoient des évolutions en matière de ressources humaines et de ressources financières	C
	En matière de RH, les recrutements et la formation sont conçus comme des leviers du changement et de l'adaptation aux objectifs	A
	En matière financière, des systèmes d'objectifs et de délégation permettent de mobiliser l'encadrement et les équipes sur les enjeux	A

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Dans le passé, le service a fait évoluer les ressources humaines et financières pour répondre aux évolutions de la prise en charge, en particulier lors de l'extension et du passage de 5 places à 10 place et en fonction des moyens alloués.</p> <p><b>Dans ce champ d'activité et avec cette capacité de prise en charge, il n'est pas possible d'évaluer si le service dispose de ressources humaines et de moyens financiers proches des établissements semblables car il est adossé à l'HAD et ne se trouve pas dans le même processus de pris en charge que les autres SSIAD. Les objectifs du projet de service ne prévoient aucune évolution en matière de ressources humaines ni de ressources financières. En effet le projet d'établissement élaboré pour la période de 2006 à 2011 et prorogé à deux reprises, ne mentionne pas le projet de mise en place du SSIAD créé en 2009 et l'HAD auquel il est adossé n'a débuté qu'en novembre 2006.</b></p> <p><b>Seul le bilan/évaluation de soins infirmiers rédigé en avril 2011 par la direction des soins porte mention du SSIAD (chapitre II page 23).</b></p> <p>En matière de RH, les recrutements et la formation sont conçus comme des leviers du changement et de l'adaptation aux objectifs avec un programme de formation portant sur de multiples formations-actions, des formations en interne, des formations qualifiantes type VAE, par une implication du CHICM dans le DPC. Le recensement en besoins de formation, est réalisé dans le cadre des entretiens annuels de notation. Toutes les demandes sont transmises à la DRH, qui intègre les demandes en fonction des orientations stratégiques, au plan de formation général GHICM, étudié et analysé en Commission de formation. Depuis Aout 204, il existe une Direction des ressources humaines CHICM, en charge du recrutement, du plan de formation et du suivi des personnels.</p>
---------------------------------	--

	En matière financière, des systèmes d'objectifs et de délégation permettent de mobiliser l'encadrement et les équipes sur les enjeux en lien les contraintes budgétaires. Ce suivi est assuré dans le cadre du Comité budgétaire CHICM auquel participe l'encadrement trois fois par an et au cas par cas lors d'entretiens avec la Directrice Adjointe.
<b>Préconisations</b>	<b>En matière d'évolutions de ressources financières, aller au-delà du contrôle budgétaire et du contrôle de gestion état recettes dépenses, sur la définition d'orientations stratégiques en termes de ressources prévisionnelles qui seront à intégrer au projet de service. A partir d'indicateurs d'activités, d'éléments du compte administratif établir une comparaison avec d'autres établissements de même activité.</b>
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
		C		

<b>4</b>	<b>Éléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	L'existence et la pertinence des dispositifs de gestion et de suivi	Le projet de service fait l'objet d'un tableau de bord de pilotage (ou équivalent)	B
		Les évolutions des indicateurs de pilotage sont suivies en comité de pilotage (ou équivalent)	A
		Une communication institutionnelle est faite	A
		Les objectifs du projet d'établissement sont atteints	A

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Les tableaux de bord de pilotage concernant le SSIAD sont intégrés au tableau de bord général CHICM, afin d'assurer un suivi budgétaire <b>mais ils ne figurent pas dans le projet de service.</b></p> <p>Les évolutions des indicateurs de pilotage (absentéisme, suivi budgétaire activités, dépenses, recettes, mutualisation entre HAD et SSIAD) sont suivies en comité budgétaire CHICM, auquel assiste le Cadre.</p> <p>Néanmoins, le projet de service du SSIAD de juin 2014, fait état, dans le cadre de la démarche qualité d'un plan d'actions d'amélioration des processus (ex : <i>améliorer la prise en charge de patients qui suite à l'HAD sont pris en charge par le SSIAD</i>).</p> <p>Une communication institutionnelle est faite par le Cadre à l'ensemble de l'équipe. Les objectifs du projet de service sont suivis.</p>
<b>Préconisations</b>	<b>Inscrire en annexe du projet de service les différents indicateurs de pilotage communiqués.</b>
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

<b>5</b>	<b>Éléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	L'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs	Il existe un dispositif formalisé permettant d'apprécier le degré d'atteinte des objectifs fixés par le plan d'actions à l'issue de l'évaluation interne, et leurs effets sur la qualité de l'accompagnement.	A

<b>Synthèse et observations</b>	L'appréciation de l'atteinte des objectifs est assurée dans le cadre des réunions du Comité budgétaire, des réunions de pôles, des réunions de service une fois par an, du suivi du plan qualité.
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

<b>6</b>	<b>Éléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	L'appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés	Le suivi du projet d'établissement permet de mesurer les évolutions des pratiques de chaque participant à la prise en charge (Processus de Prise en charge, Management et/ou Support Logistique) et de faire les liens entre les évolutions de pratiques et l'atteinte des objectifs	B

Synthèse et observations	L'élaboration du premier projet du SSIAD a permis de mettre en lien les pratiques et les objectifs qui avaient été identifiés. Le suivi du projet de service permettant de mesurer les évolutions des pratiques de chaque participant à la prise en charge est en cours car le projet a été finalisé cette année.
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

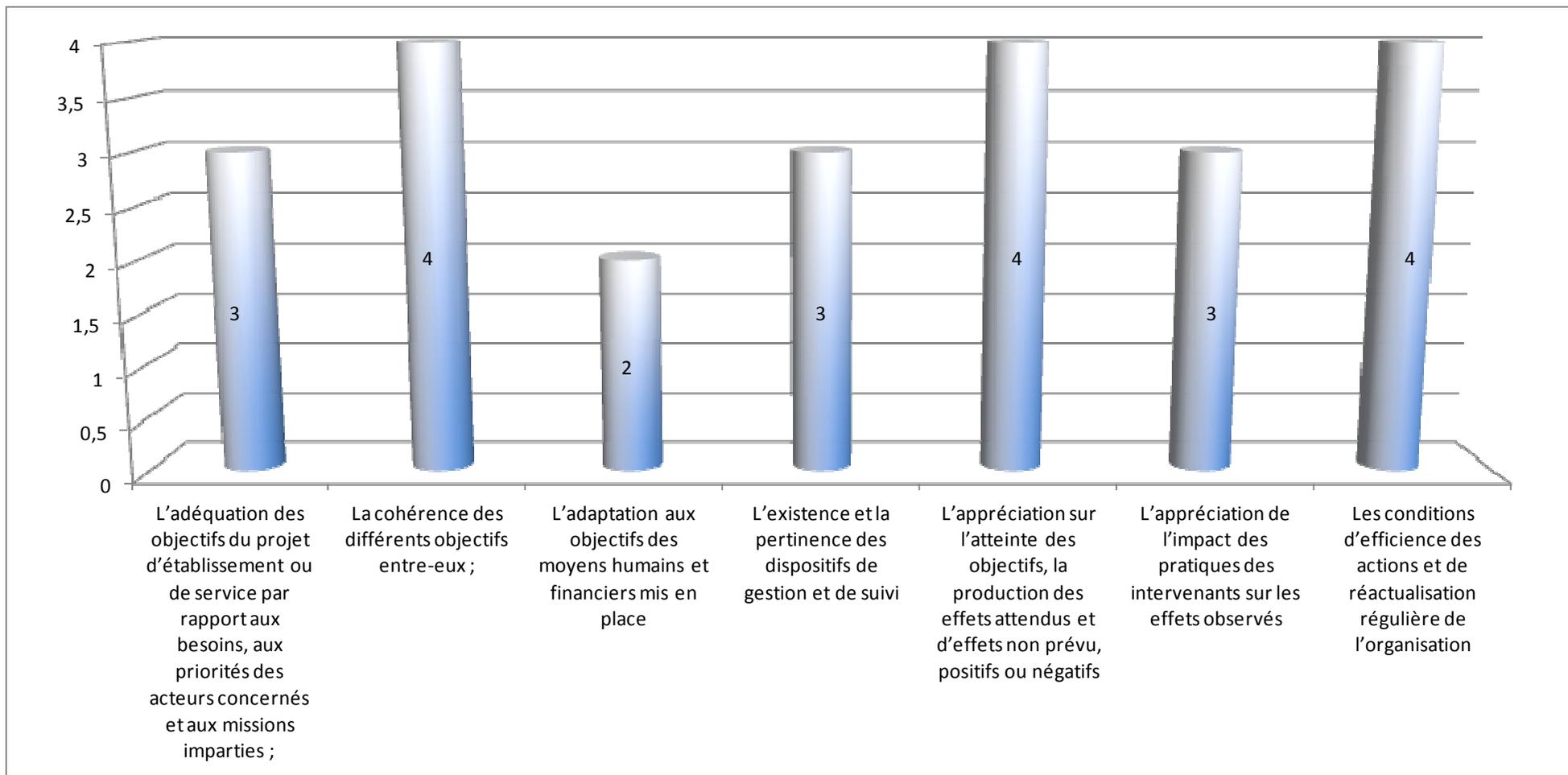
A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

<b>7</b>	<b>Eléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	Les conditions d'efficacité des actions et de réactualisation régulière de l'organisation	Dans le passé, l'établissement ou le service a fait évoluer son organisation pour répondre aux évolutions de la prise en charge.	A
		Les objectifs du projet d'établissement prévoient des évolutions en matière d'organisation	A
		Des actions de regroupement, de mutualisation, de partage de ressources ont été mises en œuvre ou sont à l'ordre du jour	A
		Des mesures d'accompagnement du changement sont mises en œuvre à destination des personnels et des usagers	A

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Dans le passé, le service a fait évoluer son organisation pour répondre aux évolutions de la prise en charge, en particulier lors de l'extension et du passage de 5 places à 10 places et en fonction des moyens alloués : création de CDI, répartition des professionnels entre SSIAD et HAD pour arriver à ce jour à une stabilité d'équipe.</p> <p>Les objectifs du projet d'établissement prévoient des évolutions en matière d'organisation, notamment en termes d'élargissement de la zone d'intervention sur d'autres communes limitrophes.</p> <p>Des actions de regroupement, de mutualisation, de partage de ressources ont été mises en œuvre ou sont à l'ordre du jour, avec l'HAD et avec le court séjour SSR et médecine.</p> <p>Des mesures d'accompagnement du changement sont mises en œuvre à destination des personnels et des usagers, par la mutualisation avec le court séjour dans le cadre de RH et de dépannage de matériel, dans le cadre de la réflexion et du groupe de travail sur l'élaboration du projet de service, de l'appropriation des recommandations ANESM sur la prévention de la maltraitance, les attentes des usagers.</p>
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	<b>Non applicable</b>
A				

### Graphique I : Appréciation globale



## II. Examen des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne

1	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Appréciation des priorités et des modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	L'évaluation interne est vécue comme une contrainte ou un levier managérial	A
		L'évaluation interne a été réalisée dans des délais permettant la mise en œuvre des actions d'amélioration avant l'évaluation externe	A
		L'équipe de direction est impliquée stratégiquement et dans les dispositifs de mise en œuvre des démarches d'amélioration continue	A

<b>Synthèse et observations</b>	<p>L'évaluation interne a été vécue au départ comme une contrainte bien que pour certains professionnels venant de l'HAD, ce soit la deuxième évaluation interne. En revanche l'évaluation à partir du référentiel UNASSI a présenté plus d'intérêt pour les professionnels car plus proche du terrain et donc de leurs pratiques. Cette démarche est vécue à ce jour comme un levier managérial car les professionnels sont dans des démarches d'amélioration et des réflexions au niveau des pratiques.</p> <p>L'évaluation interne a été réalisée dans des délais permettant la mise en œuvre des actions d'amélioration avant l'évaluation externe en Novembre 2014. La démarche d'autoévaluation a été planifiée de Septembre à Novembre 2013. Elle a débuté par une communication auprès des professionnels et s'est achevée par la mise en forme du rapport. En Décembre 2013, le rapport d'évaluation interne a été finalisé, après relecture et adressé aux tutelles.</p> <p>Le Cadre de santé, l'Infirmière coordinatrice et la Secrétaire médicale sont très impliquées dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, en lien avec le Comité de pilotage du pôle de l'ensemble de l'évaluation interne et l'accompagnement par un membre du bureau Qualité.</p>
<b>préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

<b>2</b>	<b>Eléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	Appréciation de la communication et de la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et de la manière dont les acteurs ont été impliqués	L'évaluation interne a fait l'objet d'une communication institutionnelle avant, pendant et après l'évaluation et la rédaction du rapport d'évaluation interne	A
		L'évaluation interne a mobilisé les personnels et les usagers (ou leurs représentants) de l'établissement ou du service	A
		Les personnels et les usagers ont contribué à l'élaboration des plans d'actions d'amélioration	B

<b>Synthèse et observations</b>	L'évaluation interne a fait l'objet d'une communication institutionnelle avant lors de l'engagement dans la démarche, pendant lors des rencontres et réunions organisées pour l'évaluation des différents critères du référentiel. Après l'évaluation, la communication était assurée lors des réunions de transmission sur un temps dédié. Suite à la rédaction du rapport d'évaluation interne, celui-ci est disponible et consultable dans un classeur spécifique. L'évaluation interne a mobilisé les personnels de l'équipe dans une démarche transversale et les usagers par le biais de l'Infirmière coordinatrice. Les personnels ont contribué à l'élaboration des plans d'actions d'amélioration, suite à la finalisation du rapport d'évaluation interne. <b>Les usagers n'ont pas participé à l'élaboration des plans d'actions mais ils ont été informés par l'infirmière coordinatrice de leur contenu.</b>
<b>Préconisations</b>	- Associer les usagers à la démarche
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

3	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Analyse de la mise en œuvre des mesures d'amélioration et de l'échéancier retenu	Les mesures d'amélioration ont été planifiées.	A
		Chaque action est mise sous la responsabilité d'un « pilote » avec pour certaines actions un groupe de travail	A

<b>Synthèse et observations</b>	Les mesures d'amélioration ont toutes été planifiées en termes de réalisation, avant la date de l'évaluation externe. Les pilotes identifiés sur le SSIAD sont les personnes de l'encadrement (Cadre du SSIAD-HAD, Infirmière Coordinatrice) en lien avec le Qualiticien CHICM.
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

4	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Identification des modalités de suivi et de bilan périodique	La mise en œuvre des mesures d'amélioration est suivie, des bilans périodiques sont réalisés	A
		L'établissement ou le service maîtrise le planning de mise en œuvre des actions d'amélioration	A

<b>Synthèse et observations</b>	La mise en œuvre des mesures d'amélioration est suivie, des bilans périodiques sont réalisés. Un point régulier mensuel est assuré entre le cadre de santé du SSIAD –HAD et le Qualiticien du CHICM. Le point porte sur l'état d'avancement et de réalisation des actions et des plans d'actions. Le service maîtrise le planning de mise en œuvre des actions d'amélioration en priorité en fonction de l'évaluation externe.
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

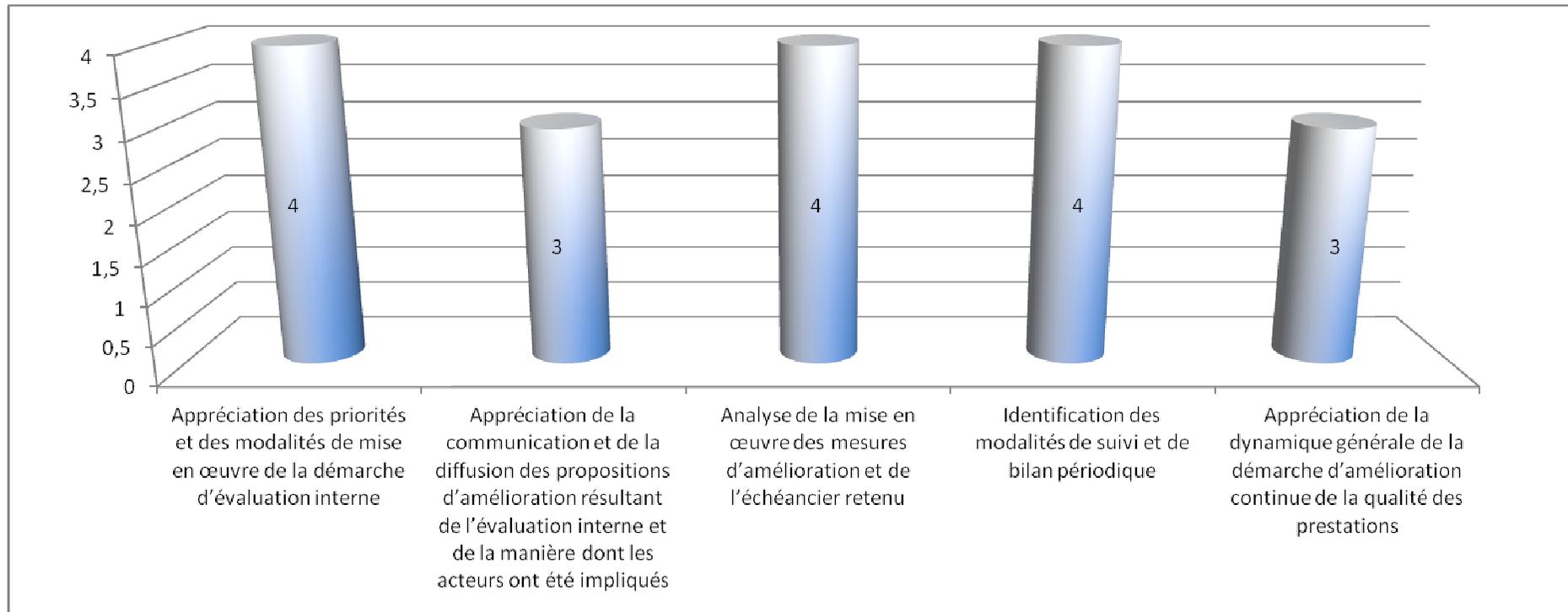
A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

5	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
Appréciation de la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations		L'établissement ou le service est inscrit dans une logique PDCA (Roue de Deming)	B
		L'établissement ou le service par la démarche d'amélioration continue a fait évoluer sa culture, sa stratégie, son organisation et ses outils	A
		La démarche d'amélioration continue intègre les données d'activités et les résultats économiques qui sont eux aussi en amélioration continue	A
		La satisfaction des usagers et de leur famille et des partenaires externes est mesurée et fait l'objet si besoin d'actions d'amélioration	B

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Le service est inscrit dans une logique PDCA (Roue de Deming), <b>mais doit développer l'évaluation et aller dans le Check et l'Act.</b></p> <p>Le service par la démarche d'amélioration continue a fait évoluer sa culture, sa stratégie, son organisation et ses outils en termes de procédures et de protocoles, de dynamique en termes d'analyse et d'harmonisation des pratiques.</p> <p>La démarche d'amélioration continue intègre les données d'activités et les résultats économiques qui sont eux aussi en amélioration continue : le SSIAD et l'Accueil de jour sont à l'équilibre ; le taux d'occupation dépasse les 100% et il existe une liste d'attente.</p> <p>La satisfaction des usagers et de leur famille est mesurée par les enquêtes réalisées et fait l'objet si besoin d'actions d'amélioration dans le cadre de l'analyse. La satisfaction des partenaires externes est mesurée lors des différentes rencontres organisées par le Cadre et l'Infirmière coordinatrice avec les professionnels libéraux ainsi qu'au niveau du Conseil de surveillance du CHICM. <b>Cette évaluation au niveau des prestataires demeure informelle et doit être complétée par une enquête d'image.</b></p>
<b>Préconisations</b>	<b>Dans la logique PDCA, le stade de l'évaluation est à développer</b> <b>Initier l'enquête d'image sur la satisfaction des prestataires</b>
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

Graphique II : Examen des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne



### III. Examens de certaines thématiques et de registres spécifiques

#### A. Objectifs propres à l'évaluation

1	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
Activités et qualité des prestations au regard des droits des usagers et des conditions de réalisation du projet personnalisé	Les activités de l'établissement ou du service prennent en compte systématiquement les droits des usagers, cela est explicité dans le projet d'établissement	A	
	Chaque usager fait l'objet d'un projet personnalisé	A	
	Le projet personnalisé de chaque usager est effectivement évalué de manière pluridisciplinaire à échéance régulière	A	
	Des règles déontologiques et/ou des chartes font l'objet d'un traitement institutionnel et d'une communication spécifiques	A	
	Une information claire sur les conditions de séjour et de prise en charge administrative et financière est fournie à l'utilisateur et à sa famille, notamment lors des phases de pré-admission, d'admission et d'accueil,	A	
	Des protocoles d'admission et de prise en charge existent	A	
	Le rythme de la journée est basé prioritairement sur les besoins et attentes des usagers plutôt que sur les contraintes organisationnelles	A	
	Le maintien de l'autonomie est une clé de structuration des projets personnalisés	A	
	Les conditions d'appropriation du lieu de vie par l'utilisateur sont définies de manière concertée	A	
	L'intimité est respectée	A	
	La vie affective et spirituelle des usagers est prise en compte	A	
	La liberté est un principe de base des prestations réalisées par l'établissement ou le service	A	
	Les professionnels sont facilement identifiables	A	
	Les professionnels sont formés pour donner des réponses pertinentes à la population accueillie	A	

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Les activités du service prennent en compte les droits fondamentaux de l'utilisateur (respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de l'utilisateur).</p> <p>Chaque usager bénéficie d'un projet de soins individualisé formalisé dans le Dossier de soins du domicile.</p> <p>Le projet de soins individualisé est élaboré par l'IDE coordinatrice, après concertation avec le médecin traitant, la personne prise en charge, sa famille et les autres acteurs du maintien à domicile. Il est évalué</p> <p>L'équipe soignante se réunit une fois par mois pour une réunion de synthèse avec l'IDE coordinatrice afin de réévaluer les besoins et la dépendance des personnes prises en charge et réajuster le projet de soins</p>
---------------------------------	--

	<p>La charte des droits et des libertés de la personne accueillie est annexée au livret d'accueil remis à l'usager. Elle est également affichée au niveau du service.</p> <p>Chaque demande d'admission fait l'objet d'un enregistrement et d'une réponse individualisée. Toute admission nécessite une prescription médicale.</p> <p>L'admission est prononcée ou refusée à l'issue d'une évaluation individualisée des besoins réalisée par l'IDE coordinatrice au domicile de l'usager, en tenant compte de critères d'admission (grille de dépendance AGGIR, places disponibles...) Dans tous les cas le médecin prescripteur est avisé par l'IDE coordinatrice</p> <p>Si l'admission est prononcée, l'IDE coordinatrice</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- met en place le dossier de soins personnalisé</li> <li>- explique au patient le dossier de soins du domicile, la page de garde avec les numéros de téléphone et qui appeler en cas d'urgence,</li> <li>- explique le règlement de fonctionnement du SSIAD, le livret d'accueil et la mise en place du contrat individuel de prise en charge engageant les deux parties.</li> </ul> <p>Les horaires de passage, leur fréquence, et la durée des interventions sont fonction de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'état de santé de la personne,</li> <li>- de la prescription médicale,</li> <li>- de l'évaluation de l'IDE coordinatrice,</li> <li>- des moyens du service</li> </ul> <p>Les soins prodigués par les AS auprès des personnes, sont assurés dans le respect des valeurs décrites dans la charte de la personne accueillie.</p> <p>Les professionnels bénéficient de formations adaptés aux prises en charge (déficience, pathologies spécifiques) ou au regard des problématiques rencontrées.</p>
<b>Préconisations</b>	Poursuivre les formations initiées annuellement pour une réponse adaptée aux besoins spécifiques des usagers
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

2	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Activités et qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement ou du service à et sur son environnement et des interactions qui en résulte.	Les activités de l'établissement permettent des collaborations, des échanges et des liens avec la cité et/ou des associations ou institutions qui contribuent au maintien des liens sociaux	A
Les prestations et les modes de prise en charge utilisent des ressources (humaines et techniques) externes à l'établissement par voie de convention ou d'échanges		A	
L'établissement ou le service est en capacité d'orienter les usagers vers d'autres établissements ou services (pour une réponse mieux adaptée aux besoins et attentes)		A	

<b>Synthèse et observations</b>	<p>La spécificité du SSIAD du CHICM est de venir en relais des services hospitaliers, notamment de l'HAD et des services de court séjour</p> <p>Les règles de bonnes pratiques en HAD et SSIAD ont été élaborées en équipe en 2013. Elles sont intégrées dans les procédures et les protocoles.</p> <p>Celle sur « l'ouverture du service à et sur son environnement » se traduit par l'existence de conventions avec les infirmiers libéraux</p> <p>Des coopérations sont organisées si besoin avec des équipes de soins spécialisés tels que les ESA, les accueils de jour</p> <p>Si le service est complet, le cadre du service recherche une solution avec le service demandeur pour permettre une prise en charge optimale.</p> <p>Le SSIAD est en contact avec les deux SSIAD des communes de Castelsarrasin et Moissac</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutualité Française à Moissac</li> <li>- APAS 82 (Association Promotion Autonomie et Santé 82 à Castelsarrasin)</li> </ul>
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

## B - Prise en compte des particularités de l'établissement ou du service

1	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
Capacité de l'établissement ou du service à observer les changements et adapter son organisation		Le projet d'établissement ou de service existe et est à jour	B
		L'analyse des caractéristiques, des besoins et des priorités des personnes prises en charge est réalisée et formellement explicitée dans le projet d'établissement	A
		Les usagers ont participé à l'évaluation de leurs besoins et attentes.	A
		Les projets (dont notamment le projet d'accompagnement personnalisé) prennent en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne. La place de la famille et des proches dans le projet est explicitée	A
		Des aides aux aidants sont proposées	A

Synthèse et observations	<p>Le projet de service, élaboré de manière participative, a été validé en Juin 2014, mais n'est pas intégré dans un PE actualisé.</p> <p>Il précise les missions du SSIAD et les modalités de prise en charge</p> <p>L'IDE coordinatrice est responsable de l'organisation des soins et les coordonne afin d'en assurer la qualité. Elle rencontre les usagers une fois/ semaine.</p> <p>En fonction des cibles identifiées par les AS, lors des transmissions quotidiennes, réalisées en fin de tournées, l'IDE coordinatrice met en place les mesures correctives.</p> <p>Le projet de soins individualisé est élaboré par l'IDE coordinatrice après concertation avec le médecin traitant, la personne prise en charge, sa famille et les autres acteurs du maintien à domicile.</p> <p>Le SSIAD travaille en collaboration avec les structures d'aide à domicile afin de mettre en place un plan d'aide adapté au domicile</p> <p>Les proches qui le souhaitent sont associés au maintien de l'autonomie de l'utilisateur dans la limite de leurs capacités.</p> <p>Le SSIAD les sensibilise aux techniques permettant de maintenir l'autonomie ou de compenser la situation de dépendance ou de handicap</p>
<b>Préconisations</b>	<p>Actualiser le PE</p> <p>Poursuivre et favoriser les interactions avec la famille et les proches.</p>
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

2	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
Prise en compte par l'ESSMS des enjeux de personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphonique, y compris dans le traitement des demandes en urgence		Une organisation de l'accueil téléphonique est mise en œuvre (horaires, répondeur, transferts...)	A
		Une organisation de l'accueil physique est mise en œuvre (locaux de réception du public, affichage, documents d'information)	A
		Une organisation de l'écoute personnalisée des usagers et de leur famille existe durant le séjour	A
		Ces dispositifs prennent en compte les déficiences sensorielles éventuelles des usagers (adaptation aux handicaps)	A
		Des locaux et une signalétique adaptée favorisent l'expression des demandes et l'écoute	A
		Une organisation des demandes	A

<b>Synthèse et observations</b>	<p>- <u>Organisation de l'accueil et supports d'information :</u>  Les outils de la loi du 2 janvier 2002 relatifs aux droits et à l'information des usagers sont mis en place.  Une présence est assurée dans les locaux du SSIAD du lundi au vendredi de 8h30 à 17h  Les horaires d'ouverture du bureau sont affichés sur la porte d'entrée.  En dehors de ces horaires, les usagers peuvent laisser un message sur le répondeur.  Les messages sont consultés tous les jours de la semaine par l'infirmière coordinatrice ou le cadre.  Les usagers peuvent appeler laisser un message sur le portable de l'aide soignante Le week-end et jour fériés, entre 12h30 et 16h30, l'utilisateur peut appeler l'infirmière de l'HAD qui prévient l'aide soignante lors de la reprise de son poste.  . Le livret d'accueil regroupe les informations sur l'organisation et les modalités de prise en charge.  . La Charte des droits et des libertés de la personne accueillie est intégrée au livret d'accueil  . Le Règlement de fonctionnement est intégré au livret d'accueil</p> <p>- <u>La signalétique</u> du SSIAD figure sur la façade des locaux du service d'hospitalisation à Domicile.  Un plan d'accès détaillé est inséré dans le livret d'accueil</p> <p>- Un bureau commun pour l'IDEC et la secrétaire ainsi qu'une salle pour les AS sont mis à disposition au rez de chaussée dans les locaux de l'HAD</p> <p>Les demandes font l'objet d'un enregistrement et d'une réponse individualisée.  L'admission est prononcée, ou refusée à l'issue d'une évaluation individualisée des besoins, réalisée par l'IDE coordinatrice au domicile des usagers en tenant compte de critères d'admission (grille de dépendance AGGIR, places disponibles...)</p>
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
----------------	----------------------	-------------------	-----------------	----------------

A				
---	--	--	--	--

<b>3a</b>	<b>Eléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	Conditions d'élaboration du projet personnalisé	Chaque usager bénéficie d'un projet personnalisé	A
		Le projet personnalisé est conçu en lien avec l'utilisateur et sa famille	A
		Le projet personnalisé s'appuie sur un bilan des ressources et capacités de l'utilisateur	A
		Le projet personnalisé est conçu avec une équipe pluri-professionnelle	A
		Le projet personnalisé est suivi par un référent	A
Le projet personnalisé fait l'objet d'une évaluation à échéance régulière		A	

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Chaque usager bénéficie d'un projet de soins personnalisé</p> <p>Le projet de soins est élaboré par l'infirmière coordinatrice après concertation avec le médecin traitant, la personne prise en charge, sa famille et les autres acteurs du maintien à domicile.</p> <p>L'infirmière coordinatrice, afin d'optimiser la prise en charge, est la référente soignante.</p> <p>Une fois par semaine, elle assure une visite auprès des usagers.</p> <p>Une fois par mois, l'équipe soignante se réunit pour une synthèse avec l'IDE coordinatrice afin de réévaluer les besoins et la dépendance des personnes prise en charge et réajuster le projet de soins.</p> <p>Il est systématiquement revu en fonction de l'évolution clinique de l'utilisateur.</p> <p>Ces réunions permettent également d'aborder les questions d'organisation du travail, les difficultés rencontrées au quotidien...</p> <p>En cas de prise en charge difficile, le personnel peut bénéficier de conseils auprès de la psychologue du service d'Hospitalisation à Domicile</p>
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalemment	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

<b>3b</b>	<b>Éléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	Capacité du projet individualisé à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur	Les besoins spécifiques des usagers sont pris en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets personnalisés	A
		Les droits des usagers sont pris en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets personnalisés	A
Les usagers et leur représentant estiment que les projets individualisés prennent en compte leurs besoins et leurs droits		A	

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Le premier contact téléphonique permet d'objectiver la demande de prise en charge</p> <p>La visite de pré-admission au domicile, effectuée par l'Infirmière coordinatrice permet une évaluation plus précise des besoins spécifiques de l'utilisateur. L'utilisateur est informé des modalités de sa prise en charge. Elles sont mentionnées dans le document individuel de prise en charge.</p> <p>Les observations menées à domicile témoignent du respect des droits énoncés dans la charte de la personne accueillie. Le consentement est recherché lors de chaque intervention.</p> <p>Les besoins sont pris en compte et réajustés lors des interventions. Ils sont tracés dans le diagramme de suivi et font l'objet de transmissions si besoin dans le dossier de soins du domicile.</p> <p>Chaque jour, en fin de tournées, des transmissions ciblées sont organisées en présence de l'IDE coordinatrice et consignées dans un classeur de transmissions individuelles. En fonction des cibles identifiées, l'infirmière coordinatrice met en place des mesures correctives.</p>
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	<b>Non applicable</b>
A				

4	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Effectivité du projet d'établissement ou de service sur l'accès et le recours aux droits	Le projet d'établissement ou de service existe, est à jour et intègre les questions relatives à l'accès et au recours aux droits	A
		Un registre des réclamations existe et permet de proposer des actions d'amélioration ou de régulation d'équipes	A
		Ces éléments sont mis en œuvre concrètement autant que de besoins	A

<b>Synthèse et observations</b>	<p>En vertu de l'article L 311-7 du code de l'action sociale et des familles, le règlement de fonctionnement du SSIAD définit les droits et les obligations des personnes accueillies. Il est intégré au livret d'accueil et est remis par l'IDE coordinatrice, aux usagers et à leur entourage ou représentants légaux, au moment de l'admission.</p> <p>Pour faciliter les relations avec l'entourage des personnes prises en charge, la nomination d'un référent familial ou d'une personne de confiance est demandée.</p> <p>En vertu de la loi 2002 qui place le patient au centre du dispositif de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une enquête de satisfaction est adressée aux usagers, 15 jours après la sortie ou fin de prise en charge,</li> <li>- Les usagers peuvent demander à rencontrer l'IDE coordinatrice pour tous problèmes, voire le Directeur du CHICM si le SSIAD ne répond pas aux demandes,</li> <li>- Les usagers peuvent faire appel à la CRUQPC (Commission de Relation avec les Usagers de la Qualité de la Prise en Charge) concernant les litiges</li> </ul>
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalemment	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

5	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers	L'établissement ou le service est organisé pour une écoute personnalisée des attentes des usagers	A
		L'établissement ou le service est organisé pour une expression collective des attentes des usagers	A
		L'établissement ou le service met en œuvre des réponses à ces attentes individuelles et collectives	A

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Pour une meilleure compréhension, les supports d'informations, remis par l'IDE coordinatrice, lors de l'admission au SSIAD sont expliqués à l'usager et à son entourage</p> <p>Le projet de soin personnalisé réalisé par l'infirmière coordinatrice prend en compte les besoins et attentes des usagers et fait l'objet d'un suivi quotidien à travers les transmissions.</p>
---------------------------------	---

	<p>Le suivi hebdomadaire réalisé à domicile par l'infirmière coordinatrice permet également l'expression de l'utilisateur.</p> <p>L'interruption de la prise en charge peut être faite :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A la demande de la personne pour une absence temporaire et dans ce cas, l'IDE coordinatrice doit être prévenue au moins 8 jours à l'avance.</li> <li>- Si la durée d'absence est supérieure à 15 jours</li> <li>- A l'initiative de l'IDE coordinatrice, lorsque les conditions d'hygiène et de sécurité ne sont pas remplies et que les prestations établies dans le cadre du contrat individuel de prise en charge ne peuvent être réalisées. L'utilisateur n'accepte pas les soins ou à une attitude incorrecte vis-à-vis du personnel</li> <li>- Lorsque l'utilisateur a recouvré suffisamment d'autonomie et que la prise en charge par le service n'est plus justifiée..</li> <li>- Si le bénéficiaire est hospitalisé plus de 15 jours</li> </ul> <p>Ces décisions sont prises par l'infirmière coordinatrice après s'être entretenue avec l'utilisateur et/ou sa famille et en concertation avec le médecin traitant.</p>
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	<b>Non applicable</b>
A				

6	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers		L'établissement ou le service est organisé pour une écoute personnalisée des attentes des usagers	A
		L'établissement ou le service est organisé pour une expression collective des attentes des usagers (CVS)	NC
		L'expression et la participation individuelle et collective des usagers sont facilitées et valorisées	A
		Les usagers et leurs représentants ont le sentiment que leur expression et leur participation est facilitée et valorisée	B

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Les documents relatifs à la prise en charge, sont commentés avec les usagers et les aidants (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat individuel de prise en charge, dossier de soin...)</p> <p>L'infirmière coordinatrice détermine le matériel à fournir, le rythme des passages, un créneau horaire.</p> <p>Le projet de soin personnalisé réalisé par l'infirmière coordinatrice prend en compte les besoins et attentes des usagers. Il est fait l'objet d'un suivi quotidien à travers le diagramme de soins, les transmissions ciblées. Le suivi à domicile par l'infirmière coordinatrice permet également l'expression de l'utilisateur et de son entourage.</p> <p>Les aides soignantes transcrivent les informations et des actes réalisés dans le dossier de soins du domicile et dans le classeur des transmissions individuelles du service ; Ce qui permet de communiquer sur les démarches conduites lors de la prise en charge</p> <p>Lors des visites à domicile les usagers et aidants nous ont soulignés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la qualité de la prise en charge,</li> <li>- une absence de régularité dans les passages et un manque de coordination entre intervenants libéraux, auxiliaire de vie et personnel du SSIAD qui peuvent parfois avoir une incidence sur la prise en charge globale de la journée</li> </ul>
<b>Préconisations</b>	Développer les réunions pluridisciplinaires pour faciliter la coordination entre les différents acteurs du maintien à domicile
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

7	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
Capacité de l'établissement ou du service à observer les changements et adapter son organisation	L'établissement ou le service a organisé un système de veille sociale, juridique, économique et sectoriel		A
	L'établissement ou le service est représenté dans des instances, réseaux ou forums externes de réflexion sur les évolutions sociales, juridique économique et sectoriel		B
	L'établissement ou le service est organisé pour des séances de réflexions collectives sur les changements		A
	Ces systèmes de veille permettent d'élaborer des objectifs du projet d'établissement ou de service et ont des conséquences sur les logiques de gestion (RH, Finance, Logistique, Qualité et Risques...)		B

<b>Synthèse et observations</b>	<p>La veille réglementaire est effectuée par les services du Centre Hospitalier Intercommunal de Castelsarrasin Moissac et par l'ensemble des cadres.</p> <p>Les capacités du service à observer les changements et à adapter son organisation dépendent essentiellement des ressources économiques dont dispose le CHI. Par le passé, des augmentations de capacité ont été négociées auprès des autorités administratives</p> <p>Le système de veille sociale est assuré par le cadre de santé. La connaissance des professionnels de terrain du réseau social et paramédical facilite l'organisation de la prise en charge Les soignants accompagnent les familles dans « la gestion des crises » : leur rôle est de repérer les facteurs favorisant les troubles, d'accompagner les familles envers leur proche et de les préparer.</p> <p>Des réflexions collectives sur les changements sont organisées par le cadre de santé lors de réunions de service.</p>
<b>Préconisations</b>	Poursuivre le développement de l'accès à l'information nécessaire et adaptée à chaque professionnel
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

8	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques dans les modalités de réponse apportées aux usagers	Les recommandations de bonnes pratiques sont identifiées et disponibles au sein de l'établissement ou du service	A
		L'établissement ou le service a organisé une veille sur les publications de l'ANESM et de l'ANAP	A
		Les recommandations de bonnes pratiques ont fait l'objet d'un traitement institutionnel et collectif permettant une réflexion sur les valeurs institutionnelles, le partage des dispositions à mettre en œuvre et la diffusion de procédures et outils de mise en œuvre	B
		Les procédures et outils afférents aux recommandations de bonnes pratiques sont utilisés autant que de besoin	A

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Les recommandations de bonnes pratiques sont identifiées et disponibles au sein du service sur la douleur, l'hygiène, la gestion des risques.</p> <p>Le service a organisé une veille sur les publications de l'ANESM. Le Cadre a en projet d'inclure dans la gestion documentaire les abrégés des recommandations ANESM dans le but de faciliter leur appropriation par les professionnels dans leurs pratiques au quotidien, leur appropriation n'est pas évalué.</p> <p>Les recommandations de bonnes pratiques ont fait l'objet d'un traitement institutionnel et collectif permettant une réflexion sur les valeurs institutionnelles, le partage des dispositions à mettre en œuvre et la diffusion de procédures et outils de mise en œuvre, lors des réunions institutionnelles, lors des transmissions sur des temps dédiés.</p> <p>Les procédures et outils afférents aux recommandations de bonnes pratiques sont utilisés autant que de besoin, notamment dans l'élaboration et la réactualisation de protocoles, procédures et supports.</p>
<b>Préconisations</b>	Evaluer l'appropriation de RBPP
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

9	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte : application de normes d'hygiène et de sécurité - prévention des situations de crise - mise en place d'un dispositif de régulation des conflits - techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes - plus généralement politique globale de gestion des risques	L'établissement ou le service a défini une politique globale de gestion des risques. Cette politique est inscrite dans le projet d'établissement	B
		L'établissement ou le service a mis en place une organisation de la gestion des risques (personne ou comité – compétences – fiche de fonction...)	A
		La fiche navette préalable à l'évaluation externe démontre que l'ensemble des éléments de sécurité est suivi et que les recommandations des organismes de contrôle sont mises en œuvre	A
		Le Document Unique existe et permet le management de la prévention des risques professionnels (y compris les risques psycho-sociaux).	A
		La sécurité des lieux, des biens et des personnes est assurée	B
		Des processus à risque sont identifiés (circuit du médicament, circuit linge, déchets, bio-nettoyage...) et font l'objet d'une logique de mise sous assurance qualité	A
		Les risques liés aux spécificités de la population prise en charge (maltraitance, violences ...) sont identifiés et font l'objet d'un traitement institutionnel particulier.	A
		Les protocoles de signalement de maltraitance existent et sont utilisés en cas de nécessité.	A
		La logique de prévention des risques est inscrite dans le management de l'établissement ou du service (formations, évaluations, maintenance préventive, méthodes HACCP et RABC...).	A
		Un système de signalement d'évènements indésirables existe et fonctionne au sein de l'établissement ou du service.	A
		Les recommandations de bonnes pratiques font l'objet d'un traitement institutionnel.	A
		Des mécanismes de prévention de l'usure professionnelle sont mis en œuvre au sein de l'établissement ou du service.	A
		Des mécanismes de régulation d'équipe et de solidarité professionnelle sont mis en œuvre au sein des équipes de l'établissement.	A
		Le climat social est plutôt favorable à l'épanouissement professionnel.	A
		L'application des normes d'hygiène et de sécurité à destination des usagers et des professionnels fait l'objet d'un suivi, d'une évaluation et d'actions correctives.	A
Des mécanismes de prévention des situations de crise existent au sein de l'établissement ou du service.	A		
Des dispositifs de régulation de conflits existent au sein de l'établissement ou du service.	A		

<p><b>Synthèse et observations</b></p>	<p>La politique globale de gestion des risques n'est pas inscrite dans le projet d'établissement actualisé du CHICM, mais au niveau du projet Qualité- Vigilance-gestion des risques et au niveau du projet de service du SSIAD par rapport au document unique sur les risques professionnels. Les risques n'ont pas été abordés sous l'angle d'une cartographie générale institutionnelle.</p> <p>L'établissement a mis en place une organisation de la gestion des risques : un bureau Qualité Gestion des Risques constitué de deux Qualitiens directement rattachés à la Direction du CHICM. Un Comité de Gestion des Risques vient d'être mis en place et au sein de ce comité se retrouvent des membres du bureau qualité dont le Directeur des soins identifié comme Coordonnateur des Risques associés aux soins.</p> <p>La fiche navette préalable à l'évaluation externe démontre que les éléments de sécurité sont suivis et que les recommandations des organismes de contrôle sont prises en compte. Une maintenance technique des locaux est organisée par le CHICM. Le plan d'évacuation des locaux est connu des professionnels.</p> <p>Le Document Unique existe et permet le management de la prévention des risques professionnels (y compris les risques psycho-sociaux). Il est en place depuis 5 ans. Les risques ont été identifiés par unité de travail et catégories de métier y compris sur le SSIAD rattaché à l'HAD en termes d'unité de travail. Les risques psycho sociaux sont pris en compte dans le DU : agression, approche de la mort, changement de poste, situations de stress, non respect des pratiques professionnelles, harcèlement, manque d'effectifs Ce document unique est en cours de refonte, en vue d'une simplification et avec une volonté de le faire vivre en adéquation avec la réalité.</p> <p>La sécurité des lieux, des biens et des personnes est assurée : procédure relative à la détention des clés des usagers ; locaux pourvus de portes blindées ; ouverture et fermeture des locaux du SSIAD soumis à la procédure en place HAD ; dossiers patients sécurisés dans une armoire et dans les locaux du SSIAD et dossiers des personnels sécurisés au niveau de la DRH du CHICM ; contrat de maintenance pour les véhicules ; affichage issues de secours. <b>Il n'a pas été réalisé à ce jour de formation, ni d'actions de prévention à la sécurité routière.</b></p> <p>Des processus à risque sont identifiés. Pour le circuit déchets, des dispositions sont prévues dans le règlement intérieur du personnel et dans le règlement de fonctionnement usagers. Tous les domiciles sont équipés sont équipés de containers objets piquants tranchants. Par rapport au respect de l'hygiène sur le bionettoyage des locaux et des véhicules, l'ensemble des protocoles et procédures a été réactualisé début 2014. Concernant le circuit du médicament, les piluliers sont préparés par l'Infirmière coordinatrice ; la traçabilité de la distribution est assurée par les Aides-soignantes (y compris le refus du patient).</p> <p>Les risques liés aux spécificités de la population prise en charge sont identifiés et font l'objet d'un traitement institutionnel particulier : Cellule promotion de la bientraitance CHICM en place, fiche de signalement, circuit de signalement et conduite à tenir définis et connus des professionnels, personnels formés à la notion de vulnérabilité dans le cadre de formations institutionnelles sur la maltraitance et la bientraitance. La logique de prévention des risques est inscrite dans le management de l'établissement ou du service (formations, évaluations, maintenance préventive). Dans le cadre de la nouvelle organisation du bureau Qualité Gestion des Risques, le CHICM souhaite développer son action dans le domaine de la qualité, de la gestion des risques et celui des vigilances sanitaires.</p> <p>La fiche de signalement des événements indésirables passe par la fiche de déclaration d'incident, mise en place en 2002 sur le CHICM et réactualisée en 2005. Le circuit de déclaration est opérationnel à partir de la réception et de l'analyse réalisée par le bureau Qualité : processus impacté, risque générique et risque spécifique, cotation fréquence-gravité, degré de détection qui donne une notion de criticité ; la fréquence d'occurrence de la typologie de l'incident étant calculée par le logiciel. Des cartographies des risques ont été élaborées : cartographie générale à partir des incidents recensés, d'interdiag, sur la bientraitance et la maltraitance.</p> <p>Les recommandations de bonnes pratiques ont fait l'objet d'un traitement institutionnel et collectif permettant une réflexion sur les valeurs institutionnelles, le partage des dispositions à mettre en œuvre et la diffusion de procédures et outils de mise en œuvre, lors des réunions institutionnelles, lors des transmissions sur des temps dédiés. Le service a organisé une veille sur les publications de l'ANESM. Le Cadre a en projet d'inclure dans la gestion documentaire</p>
--	--

	<p>les abrégés des recommandations ANESM dans le but de faciliter leur appropriation par les professionnels dans leurs pratiques au quotidien. Des mécanismes de prévention de l'usure professionnelle, de régulation d'équipe et de solidarité sont mis en œuvre lors des réunions de service, des transmissions, des entretiens singuliers, des entretiens annuels.</p> <p>Le climat social est plutôt favorable à l'épanouissement professionnel car il existe un travail en symbiose avec les aidants et toujours une possibilité de recours aux professionnels de l'HAD et au cours séjour dans le cadre de la mutualisation des moyens avec le CHICM.</p> <p>L'application des normes d'hygiène et de sécurité à destination des usagers et des professionnels fait l'objet d'un suivi, d'une évaluation et d'actions correctives : classeur CLIN et protocoles hygiène, document unique, de la prévention du risque infectieux (protocole et audit lavage des mains), port de protections adaptées, formations aux gestes d'urgence, formations bienveillance.</p> <p>Des mécanismes de prévention des situations de crise existent au sein du service en termes d'anticipation et de prévention de situations qui pourraient se transformer potentiellement en situation de crise.</p> <p>Des dispositifs de régulation de conflits existent au sein du service, en direct par l'Infirmière coordinatrice, que ce soit sur des situations potentielles de conflits entre professionnels ou de tensions voire conflits au domicile entre professionnels et usagers.</p>
<b>Préconisations</b>	<p><b>Mettre en place une cartographie générale des risques</b></p> <p><b>Mettre en œuvre une action ou une formation sur la prévention routière</b></p>
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

<b>10</b>	<b>Éléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	Capacité de l'établissement ou du service à assurer la <i>cohérence et la continuité</i>	L'interface entre la famille et/ou l'établissement d'amont et l'Établissement d'accueil fait l'objet d'un recueil d'information pertinent et d'un travail collectif de cohérence et de continuité.	A

	Durant le séjour, des mécanismes de transmission entre les équipes, de non-cloisonnement des équipes, de prise en compte collective des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et de régulation d'équipes permettent d'assurer une cohérence et une continuité des prises en charge	A
	Des mécanismes de gestion des ressources humaines permettent de palier (même de manière dégradée) aux absences et besoin de remplacement et d'astreinte durant les périodes de congés	A
	Des conventions et des rencontres avec les intervenants extérieurs et/ou les bénévoles permettent d'inscrire leur action dans la cohérence des prises en charge au sein de l'établissement	A
	Lors d'une hospitalisation ou d'un transfert vers un établissement d'aval, l'établissement ou le service met en œuvre une fiche de liaison permettant d'assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.	A
	Le dossier de l'utilisateur est « bien tenu » et disponible à tout moment	B

<b>Synthèse et observations</b>	<p>L'interface entre la famille et/ou l'établissement d'amont fait l'objet d'un recueil d'information pertinent et d'un travail collectif de cohérence et de continuité, essentiellement en interne avec l'HAD et les services du court séjour du CHICM.</p> <p>Durant le séjour, des mécanismes de transmission entre les équipes, de non-cloisonnement des équipes, de prise en compte collective des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et de régulation d'équipes permettent d'assurer une cohérence et une continuité des prises en charge lors des rencontres au domicile, des échanges avec l'infirmière coordinatrice et le cadre de santé, des réunions institutionnelles, des transmissions.</p> <p>Des mécanismes de gestion des ressources humaines permettent de palier (même de manière dégradée) aux absences et besoin de remplacement et d'astreinte durant les périodes de congés, à partir du CHICM, d'une sélection de personnes ressources en lien avec des professionnels en horaires coupés et à temps partiel.</p> <p>Des conventions et des rencontres avec les intervenants extérieurs et/ou les bénévoles permettent d'inscrire leur action dans la cohérence des prises en charge au sein du service : conventions avec les infirmières libérales, avec l'ESA. Le service et l'établissement facilite l'intervention d'associations et de bénévoles : France Alzheimer, Lutte contre le cancer, l'Espoir.</p> <p>Lors d'une hospitalisation ou d'un transfert vers un établissement d'aval, le service met en œuvre une fiche de liaison permettant d'assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.</p> <p>Le dossier de l'utilisateur est « bien tenu » et disponible à tout moment. La tenue du dossier, disponible au niveau du SSIAD répond au Guide du dossier élaboré par le SSIAD. Ces dossiers sont gérés par le secrétariat médical depuis la constitution, le classement et l'archivage et cette gestion répond parfaitement à la réglementation. <b>Toutefois l'évaluation hebdomadaire sur la tenue de ce dossier réalisée par l'infirmière coordinatrice demeure informelle et n'est pas structurée en termes d'indicateurs.</b> Au niveau du domicile, il existe plusieurs supports pour chaque intervenant métier : SSIAD, HAD, Infirmières libérales, intervenants libéraux, auxiliaires de vie. <b>La multiplicité des supports ne facilite pas et ne garantit pas une bonne coordination de toutes les actions des différents intervenants, au domicile du patient.</b></p>
<b>Préconisations</b>	<p><b>Poursuivre la réflexion sur l'organisation d'un support unique pour tous les intervenants, à partir du classeur SSIAD en place au domicile.</b></p> <p><b>Poursuivre l'évaluation des dossiers à partir d'une grille d'audit et</b></p>

	<b>d'indicateurs en lien avec l'analyse des résultats.</b>
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	Non applicable
	<b>B</b>			

\*

<b>11a</b>	<b>Éléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	Respect de la réglementation en vigueur	Les dispositions législatives et réglementaires applicables à l'établissement sont respectées et mises en œuvre	<b>A</b>

<b>Synthèse et observations</b>	Les dispositions législatives et réglementaires applicables à l'établissement sont respectées et mises en œuvre notamment par rapport aux missions explicitées conformément aux dispositions réglementaires inhérentes aux SSIAD.
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

<b>11b</b>	<b>Éléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	Respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'ANESM et notamment de celles relatives à la qualité d'hébergement	Les RBPP sont intégrées dans la mise en œuvre des prestations proposées aux usagers. Une sensibilisation des équipes quant à leur actualisation facilitera l'appropriation des nouvelles RBPP	<b>A</b>

<b>Synthèse et observations</b>	Les recommandations de bonnes pratiques font l'objet d'un traitement institutionnel collectif permettant une réflexion la diffusion de procédures et outils de mise en œuvre dans les pratiques et sur l'harmonisation des pratiques au quotidien. Le Cadre a en projet d'inclure dans la gestion documentaire les abrégés des recommandations ANESM dans le but de faciliter leur appropriation par les professionnels. Elles sont abordées dans le cadre de thématiques, de groupes de travail (élaboration du projet de service, les attentes de la personne), l'objectif étant la recherche d'une véritable appropriation par les professionnels et la recherche de sens.
<b>Préconisations</b>	-
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

12

Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
Formes de mobilisation des professionnels (observation de l'organisation collective)	L'établissement ou le service est organisé pour permettre des échanges d'informations entre équipes pluridisciplinaires	A
	L'établissement ou le service est organisé pour permettre aux équipes d'atteindre des consensus sur les méthodes de travail et leurs modifications	A
	Des dispositifs de gestion de crise existent et sont mis en œuvre	A
	L'établissement ou le service recueille les besoins de formation et élabore un plan annuel de formation	A
	Le climat social est plutôt favorable au développement professionnel	A

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Le service est organisé pour permettre des échanges d'informations entre équipes pluridisciplinaires et permettre aux équipes d'atteindre des consensus sur les méthodes de travail et leurs modifications au cours des temps de transmissions ciblées, des réunions institutionnelles, des groupes de travail.</p> <p>Des mécanismes de prévention des situations de crise existent au sein du service en termes d'anticipation et de prévention de situations qui pourraient se transformer potentiellement en situation de crise. A ce jour, l'équipe est dans l'échange, dans l'anticipation et la prévention des problématiques. Dans le cas de difficulté majeure, l'information est communiquée à la Direction ou à l'Adjoint de Direction par le cadre et des propositions sont faites sur le champ.</p> <p>Le service recueille les besoins de formation et élabore un plan annuel de formation. Le programme de formation porte sur de multiples formations-actions, des formations en interne, des formations qualifiantes type VAE, par une implication du CHICM dans le DPC. Le recensement en besoins de formation, est réalisé dans le cadre des entretiens annuels de notation. Toutes les demandes sont transmises à la DRH, qui intègre les demandes en fonction des orientations stratégiques, au plan de formation général GHICM, étudié et analysé en Commission de formation. Depuis Aout 204, il existe une Direction des ressources humaines CHICM, en charge du recrutement, du plan de formation et du suivi des personnels.</p> <p>Le climat social est plutôt favorable à l'épanouissement professionnel car il existe un travail en symbiose avec les aidants et toujours une possibilité de recours aux professionnels de l'HAD et au court séjour dans le cadre de la mutualisation des moyens avec le CHICM.</p>
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalemment	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

<b>13</b>	<b>Éléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle	La fatigue et l'usure professionnelles font partie des risques identifiés dans la politique de gestion des risques.	A
		Des dispositifs de prévention de l'usure et de la fatigue professionnelle sont mis en œuvre (groupe de parole, soutien psychologique, analyse de pratiques)	A
		Le management assure le suivi individuel et collectif des professionnels, les entretiens annuels d'évaluation sont réalisés, les valeurs de solidarité professionnelle et d'équipe sont portées	A

<b>Synthèse et observations</b>	<p>La fatigue et l'usure professionnelles font partie des risques identifiés dans la politique de gestion des risques et sont pris en compte dans le cadre du document unique et de sa réactualisation sur les risques professionnels.</p> <p>Des dispositifs de prévention de l'usure et de la fatigue professionnelle sont mis en œuvre par l'infirmière coordonnatrice et le cadre du service, dans le cadre du management de service et de l'accompagnement sur le terrain des professionnels. Les mutations de poste sont une réponse à un éventuel burn out. Il existe de plus une forte appartenance des professionnels au SSIAD et à l'HAD, qui sont dans l'anticipation et forces de propositions en matière de remplacement. Un soutien psychologique individuel par les psychologues du CHICM peut être proposé aux professionnels en difficulté.</p> <p>Le management assure le suivi individuel et collectif des professionnels, les entretiens annuels d'évaluation sont réalisés, les valeurs de solidarité professionnelle et d'équipe sont portées. Le suivi est assuré par les psychologues, par le cadre de santé, par l'infirmière coordinatrice, lors des entretiens annuels qui sont organisés par le cadre et sont un moment privilégié d'expression avec le cadre et d'expression d'éventuelles difficultés dans l'organisation du travail. Le suivi collectif est organisé dans le cadre des réunions institutionnelles, des temps de transmissions et des groupes de travail sur des thématiques et les recommandations de bonnes pratiques.</p>
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalemnt	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

<b>14</b>	<b>Éléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.	L'établissement ou le service a une activité cohérente avec son agrément.	A
		L'établissement ou le service connaît et analyse la perception qu'ont de lui les usagers et les partenaires	B
		L'établissement ou le service a formalisé des coopérations inter-institutionnelles ou interprofessionnelles autour de l'utilisateur	A

	Le service a une activité cohérente avec son agrément et ses missions de SSIAD.
--	---

<b>Synthèse et observations</b>	Le service connaît et analyse la perception qu'ont de lui les partenaires lors du Conseil de surveillance, dans le cadre des réunions des instances, lors des rencontres au domicile avec l'infirmière coordinatrice et avec le cadre de santé dans les locaux du SSIAD. <b>Cette évaluation demeure informelle.</b> Concernant la perception des usagers, l'évaluation est réalisée à partir des questionnaires de satisfaction usagers avec un retour significatif de 47%. Le service a formalisé des coopérations inter-institutionnelles ou interprofessionnelles autour de l'utilisateur avec l'HAD, les services court séjour du CHICM, les SSIAD de Castelsarrasin et Moissac.
<b>Préconisations</b>	<b>Initier une enquête d'image au niveau des prestataires externes.</b>
<b>Observations de la structure</b>	

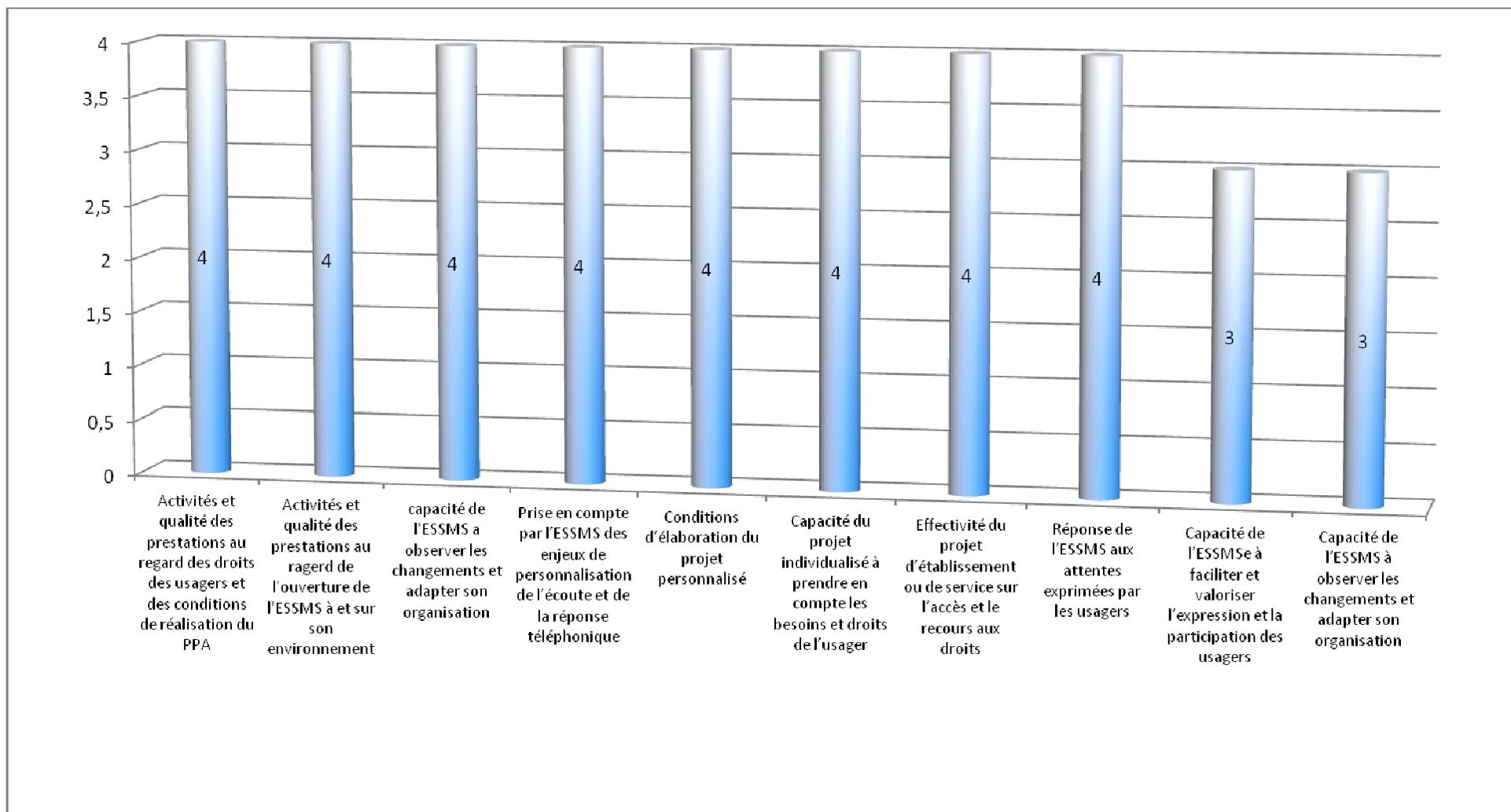
A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

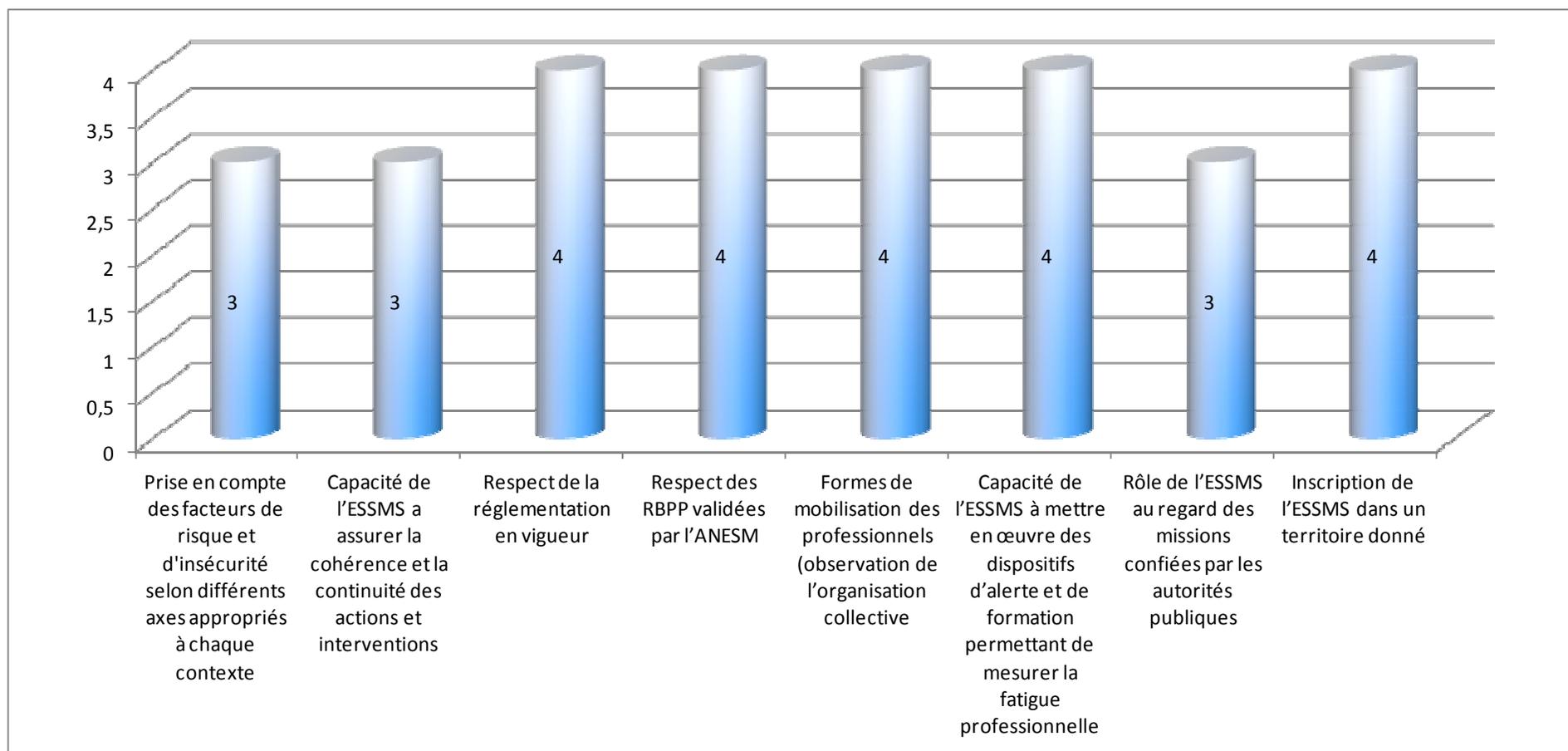
<b>15</b>	<b>Éléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire donné	L'établissement ou le service a pris en compte le réseau de proximité et utilise les ressources du milieu	A
		L'établissement ou le service joue un rôle local en terme de prévention sanitaire et sociale	A
		L'établissement ou le service joue un rôle local en matière en termes d'amélioration du fonctionnement général de la filière dans laquelle il s'inscrit	A
		L'établissement ou le service joue un rôle local comme acteur économique	A
		Les usagers participent à la vie de la cité	NC

<b>Synthèse et observations</b>	Le service a pris en compte le réseau de proximité et utilise les ressources du milieu, en particulier du CHICM, les SSIAD de proximité, l'HAD et l'Accueil de jour. L'établissement CHICM ainsi que le service du SSIAD et de l'Accueil de jour jouent un rôle local en termes de prévention sanitaire et sociale et comme acteur économique. Le service joue un rôle local en matière d'amélioration du fonctionnement général de la filière gérontologique dans laquelle il s'inscrit. La particularité du SSIAD est d'assurer une continuité de parcours de l'HAD ou du court séjour CHICM vers le domicile.
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

**Graphique III : Examens de certaines thématiques et de registres spécifiques**





---

# Chapitre 4 : Synthèse

---

## **Synthèse selon le modèle de synthèse proposé par l'ANESM et l'annexe 4 de la circulaire DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.**

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

L'unité du SSIAD du Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin-Moissac est engagée dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des prestations délivrées depuis plusieurs années notamment par le travail réalisé en coordination avec l'HAD sur les certifications HAS. L'établissement a fait le choix d'utiliser le référentiel proposé par l'UNASSI. Les réunions se sont déroulées en présence du Cadre de santé, de l'Infirmière Coordinatrice et de la Secrétaire médicale. Cette démarche a été pluridisciplinaire et a associé toutes les Aides soignantes du SSIAD et de l'Accueil de jour. La démarche d'autoévaluation a été planifiée de Septembre à Novembre 2013. Elle a débuté par une communication auprès des professionnels et s'est achevée par la mise en forme du rapport. En Décembre 2013, le rapport d'évaluation interne a été finalisé, après relecture et adressé aux tutelles. L'évaluation interne a permis de mettre en évidence les points forts et les points à améliorer sur l'ensemble des prestations délivrées pour une prise en charge globale des résidents. Ainsi des actions d'améliorations ont pu être dégagées. L'ensemble de ces actions ont été intégrées au programme qualité risques de l'établissement avec désignation d'un pilote, d'un degré de priorité de traitement de l'action, d'une échéance de mise en œuvre.

- Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM par l'ESSMS

Les recommandations de bonnes pratiques sont identifiées et disponibles au sein du service sur la douleur, l'hygiène, la gestion des risques.

Le service a organisé une veille sur les publications de l'ANESM. Le Cadre a en projet d'inclure dans la gestion documentaire les abrégés des recommandations ANESM dans le but de faciliter leur appropriation par les professionnels dans leurs pratiques au quotidien.

Les recommandations de bonnes pratiques ont fait l'objet d'un traitement institutionnel et collectif permettant une réflexion sur les valeurs institutionnelles, le partage des dispositions à mettre en œuvre et la diffusion de procédures et outils de mise en œuvre, lors des réunions institutionnelles, lors des transmissions sur des temps dédiés. Le Cadre a en projet d'inclure dans la gestion documentaire les abrégés des recommandations ANESM dans le but de faciliter leur appropriation par les professionnels. Elles sont abordées dans le cadre de thématiques, de groupes de travail (élaboration du projet de service, les attentes de la personne), l'objectif étant la recherche d'une véritable appropriation par les professionnels et la recherche de sens.

Les procédures et outils afférents aux recommandations de bonnes pratiques sont utilisés autant que de besoin, notamment dans l'élaboration et la réactualisation de protocoles, procédures et supports.

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

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

Le projet d'établissement du Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin Moissac a été élaboré pour 2006 - 2011. Il doit être renouvelé à l'occasion de l'arrivée du nouveau Directeur. Par ailleurs il existe un projet de service spécifique SSIAD 2014-2019, élaboré en équipe début 2014 et validé en juin 2014. Les objectifs déclinés dans le projet de service sont de permettre une ré-hospitalisation en HAD lorsque l'état du patient le nécessite et éviter l'hospitalisation en milieu hospitalier, d'assurer un suivi de soins pour faciliter le retour au domicile après une intervention, d'aider au maintien du patient au domicile, d'accompagner le patient dans les différentes étapes de sa maladie, d'accompagner la famille, entourer l'aidant et les proches, retarder l'entrée en structure d'accueil : EHPAD. L'objectif prioritaire est l'utilisation d'un même support afin d'optimiser la coordination entre tous les intervenants.

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

Dans le passé, le service a fait évoluer les ressources humaines et financières pour répondre aux évolutions de la prise en charge, en particulier lors de l'extension et du passage de 5 places à 10 places et ceci en fonction des moyens alloués.

**Dans ce champ d'activité et avec cette capacité de prise en charge, il n'est pas possible d'évaluer si le service dispose de ressources humaines et de moyens financiers proches des établissements semblables car il est adossé à l'HAD et ne se trouve pas dans le même processus de prise en charge que les autres SSIAD.**

**Les objectifs du projet de service ne prévoient aucune évolution en matière de ressources humaines ni de ressources financières.**

Un projet spécifique Alzheimer est en place avec l'Equipe de soins Alzheimer ou ESA par rapport à l'évaluation cognitive des personnes, l'aide aux aidants, l'accueil de jour avec les ateliers thérapeutiques en journée ou demi-journée.

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

En matière de RH, les recrutements et la formation sont conçus comme des leviers du changement et de l'adaptation aux objectifs avec un programme de formation portant sur de multiples formations-actions, des formations en interne, des formations qualifiantes type VAE, par une implication du CHICM dans le DPC. Toutes les demandes sont transmises à la DRH, qui intègre les demandes en

fonction des orientations stratégiques, au plan de formation général GHICM, étudié et analysé en Commission de formation. En matière financière, des systèmes d'objectifs et de délégation permettent de mobiliser l'encadrement et les équipes sur les enjeux en lien les contraintes budgétaires.

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

Le service est organisé pour permettre des échanges d'informations entre équipes pluridisciplinaires et permettre aux équipes d'atteindre des consensus sur les méthodes de travail et leurs modifications au cours des temps de transmissions ciblées, des réunions institutionnelles, des groupes de travail.

Le service recueille les besoins de formation et élabore un plan annuel de formation. Le programme de formation porte sur de multiples formations-actions, des formations en interne, des formations qualifiantes type VAE, par une implication du CHICM dans le DPC.

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

La fatigue et l'usure professionnelles font partie des risques identifiés dans la politique de gestion des risques et sont pris en compte dans le cadre du document unique et de sa réactualisation sur les risques professionnels.

Des dispositifs de prévention de l'usure et de la fatigue professionnelle sont mis en œuvre par l'infirmière coordonnatrice et le cadre du service, dans le cadre du management de service et de l'accompagnement sur le terrain des professionnels. Les mutations de poste sont une réponse à un éventuel burn-out. Il existe de plus une forte appartenance des professionnels au SSIAD et à l'HAD, qui sont dans l'anticipation et forces de propositions en matière de remplacement. Un soutien psychologique individuel par les psychologues du CHICM peut être proposé aux professionnels en difficulté.

Le management assure le suivi individuel et collectif des professionnels, les entretiens annuels d'évaluation sont réalisés, les valeurs de solidarité professionnelle et d'équipe sont portées. Le suivi est assuré par les psychologues, par le cadre de santé, par l'infirmière coordinatrice, lors des entretiens annuels qui sont organisés par le cadre et sont un moment privilégié d'expression avec le cadre et d'expression d'éventuelles difficultés dans l'organisation du travail. Le suivi collectif est organisé dans le cadre des réunions institutionnelles, des temps de transmissions et des groupes de travail sur des thématiques et les recommandations de bonnes pratiques.

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

L'analyse des caractéristiques, des besoins et des priorités des personnes prises en charge est réalisée et formellement explicitée dans le projet de service en termes de moyennes d'âge, de répartition de GIR, de répartition de GMP, de répartition des pathologies, de provenance et d'accompagnement .

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

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

Le service a pris en compte le réseau de proximité et utilise les ressources du milieu, en particulier du CHICM, les SSIAD de proximité, l'HAD et l'Accueil de jour.

L'établissement CHICM ainsi que le service du SSIAD et de l'Accueil de jour jouent un rôle local en termes de prévention sanitaire et sociale et comme acteur économique.

Le service joue un rôle local en matière d'amélioration du fonctionnement général de la filière gérontologique dans laquelle il s'inscrit. La particularité du SSIAD est d'assurer une continuité de parcours de l'HAD ou du court séjour CHICM vers le domicile. Le service a formalisé des coopérations inter-institutionnelles ou interprofessionnelles autour de l'usager avec l'HAD, les services court séjour du CHICM, les SSIAD de Castelsarrasin et Moissac.

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

Le service connaît et analyse la perception qu'ont de lui les partenaires lors du Conseil de surveillance, dans le cadre des réunions des instances, lors des rencontres au domicile avec l'infirmière coordinatrice et avec le cadre de santé dans les locaux du SSIAD. **Cette évaluation demeure informelle.**

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

Le dossier de soins du domicile comporte les données administratives, les numéros de téléphone des intervenants libéraux, le projet individuel de prise en charge.

Les aides soignantes tracent leurs interventions sur le diagramme des soins du dossier domicile et assurent des transmissions pour le médecin traitant, les auxiliaires de vie et la famille.

Lors d'une admission, l'infirmière coordinatrice organise l'intervention des professionnels salariés

et libéraux pour assurer les soins auprès de la personne.  
Le service assure la continuité des interventions et veille au remplacement en cas d'absence.

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

Le SSIAD fait parti du CHICM ; il est en lien étroit avec le service d'hospitalisation à domicile. IL a établi des liens avec les associations d'aide à domicile que l'IDE coordinatrice peut solliciter.  
Des collaborations sont organisées si besoin avec des équipes de soins spécialisées :  
Les ESA (Equipe de Soins Alzheimer) les Accueils de jour...  
Le SSIAD facilite et favorise les liens des usagers avec leur entourage en les associant notamment lors dès la première prise de contact et des visites régulières de l'IDE coordinatrice.

### **La personnalisation de l'accompagnement, l'expression et la participation individuelle et collective des usagers**

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

La visite de pré-admission à domicile réalisée par l'infirmière coordinatrice permet de finaliser le projet de soins individualisé après concertation avec le médecin traitant, la personne prise en charge, sa famille et les autres acteurs du maintien à domicile.  
Il tient compte des besoins spécifiques de la personne et de ses attentes. Il comporte les problèmes de santé identifiés et les actions adaptées à mettre en œuvre.  
La prise en charge est réajustée si besoin lors des transmissions quotidiennes en intégrant les problématiques ciblées. Les informations sont tracées dans le dossier patient.

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

Le projet de soins personnalisé est élaboré par l'IDE coordinatrice, en concertation avec l'ensemble des acteurs du maintien à domicile, la personne accueillie et la famille, à partir des besoins identifiés et des attentes.  
Il comprend des objectifs concrets et réalistes.  
Sa mise en œuvre est assurée par l'IDE coordonnatrice ; Afin d'optimiser la prise en charge, elle est la référente soignante. Des visites hebdomadaires sont organisées et son suivi régulier en concertation avec l'équipe permet de prendre en compte de nouvelles attentes et besoins.

- Le rythme d'actualisation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la

situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées ;

Les transmissions orales quotidiennes permettent d'intégrer les observations faites lors des interventions et de modifier la prise en charge du patient. Le projet de soin personnalisé est revu chaque mois en réunion de synthèse et en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. Les besoins et la dépendance des personnes prises en charge sont réévalués et le projet de soins est réajusté.

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

Les modalités d'accès au dossier sont formalisées dans le règlement de fonctionnement ; ils font référence aux droits liés au traitement informatisé (CNIL)

Un dossier de soins, renseigné tous les jours par les professionnels reste à leur disposition au domicile.

Les coordonnées de l'infirmière coordinatrice y sont mentionnées pour répondre aux interrogations des usagers et/ou de leur représentant ainsi que les numéros de téléphone et qui appeler en cas d'urgence.

- la prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers

Le livret d'accueil qui intègre le règlement de fonctionnement est conçu pour répondre aux questionnement et préoccupations de l'utilisateur et son entourage. Il donne des informations sur l'organisation du service, ses missions et les conditions de prise en charge.

La remise des supports par l'IDEC est toujours accompagnée pour une bonne compréhension.

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

Des enquêtes de satisfaction sont envoyées aux usagers 15 jours après la sortie ou en fin de prise en charge.

Elles sont remplies par le patient ou sa famille et sont retournées anonymement au service qualité qui en assure l'analyse.

### **La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques (y compris de maltraitance institutionnelle ou individuelle)**

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

Le projet de service a été réalisé avec les professionnels du SSIAD. Il couvre les années 2014-2019.

L'éthique du service repose sur plusieurs valeurs :

- Les usagers ont droit à une prise en charge adaptée
- Droit à la protection : confidentialité, sécurité et santé
- Droit à la dignité, à l'intégrité, au respect de la vie privée et à l'intimité
- Volonté de mettre l'utilisateur au centre de la prise en charge en coordonnant l'intervention des différents partenaires afin d'assurer une prise en charge globale et personnalisée

- Respect de la charte de la personne accueillie
- Au niveau du personnel : prise en compte des problèmes rencontrés, écoute
- La cellule de promotion de la bientraitance est active au du CHICM.

Des règles de bonnes pratiques en HAD et SSIAD ont été élaborées en équipe

Des protocoles de soins existent, certains sont en cours de formalisation.

Les professionnels du SSIAD suivent des formations spécifiques aux besoins de la population accueillie

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

La fiche de signalement des évènements indésirables passe par la fiche de déclaration d'incident, mise en place en 2002 sur le CHICM et réactualisée en 2005. Le circuit de déclaration est opérationnel à partir de la réception et de l'analyse réalisée par le bureau Qualité : processus impacté, risque générique et risque spécifique, cotation fréquence-gravité, degré de détection qui donne une notion de criticité ; la fréquence d'occurrence de la typologie de l'incident étant calculée par le logiciel. Des cartographies des risques ont été élaborées : cartographie générale à partir des incidents recensés, d'interdiag, sur la bientraitance et la maltraitance.

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

La politique globale de gestion des risques est inscrite dans le projet d'établissement CHICM, au niveau du projet Qualité- Vigilance-gestion des risques et au niveau du projet de service du SSIAD par rapport au document unique sur les risques professionnels. L'établissement a mis en place une organisation de la gestion des risques : un bureau Qualité Gestion des Risques constitué de deux Qualitiens directement rattachés à la Direction du CHICM. Un Comité de Gestion des Risques vient d'être mis en place et au sein de ce comité se retrouvent des membres du bureau qualité dont le Directeur des soins identifié comme Coordonnateur des Risques associés aux soins. La fiche navette préalable à l'évaluation externe démontre que l'ensemble des éléments de sécurité est suivi et que les recommandations des organismes de contrôle sont mises en œuvre. Une maintenance technique des locaux est organisée par le CHICM. Le plan d'évacuation des locaux est connu des professionnels. Le Document Unique existe et permet le management de la prévention des risques professionnels (y compris les risques psycho-sociaux). Les risques psycho sociaux sont pris en compte dans le DU : agression, approche de la mort, changement de poste, situations de stress, non respect des pratiques professionnelles, harcèlement, manque d'effectifs Ce document unique est en cours de refonte, en vue d'une simplification et avec une volonté de le faire vivre en adéquation avec la réalité. La sécurité des lieux, des biens et des personnes est assurée : procédure relative à la détention des clefs des usagers ; locaux pourvus de portes blindées ; ouverture et fermeture des locaux du SSIAD soumis à la procédure en place HAD ; dossiers patients sécurisés dans une armoire et dans les locaux du SSIAD et dossiers des personnels sécurisés au niveau de la DRH du CHICM ; contrat de maintenance pour les véhicules ; affichage issues de secours. **Il n'a pas été réalisé à ce jour de formation, ni d'actions de prévention à la sécurité routière.** Des processus à risque sont identifiés. Pour le circuit déchets, des dispositions sont prévues dans le règlement intérieur du personnel et dans le règlement de fonctionnement usagers. Tous les domiciles sont équipés sont équipés de containers objets piquants tranchants. Par rapport au respect de l'hygiène sur le

bionettoyage des locaux et des véhicules, l'ensemble des protocoles et procédures a été réactualisé début 2014. Concernant le circuit du médicament, les piluliers sont préparés par l'Infirmière coordinatrice ; la traçabilité de la distribution est assurée par les Aides-soignantes (y compris le refus du patient). Les risques liés aux spécificités de la population prise en charge sont identifiés et font l'objet d'un traitement institutionnel particulier : Cellule promotion de la bientraitance CHICM en place, fiche de signalement, circuit de signalement et conduite à tenir définis et connus des professionnels, personnels formés à la notion de vulnérabilité dans le cadre de formations institutionnelles sur la maltraitance et la bientraitance. La logique de prévention des risques est inscrite dans le management de l'établissement ou du service (formations, évaluations, maintenance préventive). Des mécanismes de prévention de l'usure professionnelle, de régulation d'équipe et de solidarité sont mis en œuvre lors des réunions de service, des transmissions, des entretiens singuliers, des entretiens annuels. Le climat social est plutôt favorable à l'épanouissement professionnel car il existe un travail en symbiose avec les aidants et toujours une possibilité de recours aux professionnels de l'HAD et au court séjour dans le cadre de la mutualisation des moyens avec le CHICM. Dans le cadre de la nouvelle organisation du bureau Qualité Gestion des Risques, le CHICM souhaite développer son action dans le domaine de la qualité, de la gestion des risques et celui des vigilances sanitaires.

# Chapitre 5 : Propositions et préconisations

## Abrégé selon le modèle d'abrégé proposé par l'ANESM (Force/Faiblesse/Propositions et Préconisations)

### 1 La Démarche d'Evaluation Interne

Items (5 maximum)	Forces	Points d'effort	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Dynamique qualité	<b>Forces:</b> Des professionnels impliqués dans l'élaboration et la réactualisation des outils de la démarche qualité protocoles et procédures.  Appropriation de cette culture qualité par les professionnels et volonté de pérennisation de la démarche de leur part.  Démarche encadrée par le cadre de santé et accompagnement des professionnels aux outils méthodologiques en lien avec le Responsable qualité.		Actualiser le PE du CHICM
Culture qualité			<b>Poursuivre la démarche par l'évaluation structurée à partir d'audits.</b>
Communication et management			

### 2 La Prise en Compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

Items (5 maximum)	Forces	Points d'effort	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Identification des recommandations	<b>Forces:</b> Appropriation par rapport à la spécificité de la population prise en charge  Recommandations reprises dans les transmissions dans un but d'harmonisation et d'appropriation dans les pratiques au quotidien		Intégrer comme <u>prévu</u> les abrégés des recommandations ANESM en gestion documentaire.
Effectivité			

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

Items (5 maximum)	Forces	Point d'efforts	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Conditions d'élaboration	<b>Forces:</b> Un projet spécifique SSIAD mené par le Cadre de santé de façon participative		<b>Les objectifs du projet de service ne prévoient aucune évolution en matière de ressources humaines ni de ressources financières.</b>
Mise en œuvre du PE	Un objectif du projet de service prioritaire : la mise en place d'un support unique dossier patient à son domicile pour tous les intervenants que l'on retrouve en action d'amélioration.		
Besoins pris en compte	Le SSIAD propose des prestations adaptées aux besoins et attentes des usagers en cohérence avec les missions du service		
Moyens pris en compte	<b>Point d'efforts :</b> <b>Les moyens sont pris en compte dans le cadre de la stratégie CHICM mais ne figurent pas dans le projet de service en termes de tableaux de bord.</b>		

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

Items (5 maximum)	Forces	Points d'effort	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Prise en compte des ressources du milieu et du territoire	<b>Forces:</b> Mutualisation des moyens avec l'HAD et les services court séjour du CHICM.		
Conventions	Coopérations et conventions avec les SSIAD de proximité, l'HAD et l'Accueil de jour. La particularité du SSIAD : assurer une continuité de parcours de l'HAD ou du court séjour CHICM vers le domicile		

## 5 La personnalisation de l'accompagnement.

Items (5 maximum)	Forces	Points d'effort	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Capacité du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes Pour finaliser le projet personnalisé	<p>La visite de pré-admission à domicile réalisée par l'IDE coordinatrice en présence de l'utilisateur et de son entourage favorise le recueil des besoins et attentes. Elle permet en concertation avec le médecin traitant et les acteurs du maintien à domicile de finaliser le projet de soins personnalisé.</p> <p>Les informations sont partagées avec l'ensemble de l'équipe et sont complétées quotidiennement par les observations réalisées par les professionnels lors de leurs interventions</p> <p>Le projet de soins est réévalué tous les mois en réunion de synthèse conduite par l'IDE coordinatrice</p>		

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

Items (5 maximum)	Forces	Points d'effort	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>L'expression et la participation individuelle et collective des usagers sont facilitées et valorisées</p> <p>Effectivité des droits individuels et collectifs</p>	<p>Des enquêtes de satisfaction sont envoyées aux usagers 15 jours après la sortie ou en fin de prise en charge.</p> <p>Elles sont remplies par le patient ou sa famille et sont retournées anonymement au service qualité qui en assure l'analyse.</p> <p>Les outils de la loi 2002 existent</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les modalités d'exercice des droits individuels et collectifs sont évoquées dans le règlement de fonctionnement</li> <li>- les soins sont dispensés dans le respect des valeurs essentielles décrites dans la charte de la personne accueillie</li> </ul>		

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

Items (5 maximum)	Forces	Points d'effort	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Une organisation de la gestion des risques</p> <p>Dossier du patient</p>	<p><b>Forces :</b>            Un bureau Qualité Gestion des Risques constitué de deux Qualitiens directement rattachés à la Direction du CHICM.            Un Coordonnateur des Risques associés aux soins.            Des cartographies des risques            Circuit de signalement des incidents opérationnel, de la déclaration à l'analyse suivie d'actions correctives</p> <p><b>Points d'effort :</b>            Sur la sécurité des professionnels, à ce jour aucune action, ni formation sur la sécurité routière par rapport aux véhicules.</p> <p><b>Forces :</b>            Un dossier SSIAD bien structuré y compris au domicile du patient</p> <p>Malgré l'évaluation hebdomadaire de la tenue des dossiers par l'infirmière coordinatrice</p>		<p><b>Mettre en place une cartographie générale des risques</b></p> <p><b>Initier une action ou une formation à la sécurité routière en matière de conduite de véhicules</b></p> <p><b>Poursuivre la réflexion sur la mise en place d'un support unique dossier patient à son domicile, commun à tous les intervenants afin de garantir la coordination de tous les éléments de prise en charge. Poursuivre l'évaluation des dossiers à partir d'une grille d'audit et d'indicateurs en lien avec l'analyse des résultats.</b></p>

## Appréciation globale de l'équipe d'évaluateurs externes

Les évaluateurs tiennent à remercier, Mr CABRIERE, Directeur, Mme CUBAYNES, Cadre Supérieur de Santé, M. DEVAUX, DSSI, Mme BROUILLET, Cadre de Santé, Mr BREMBILLA, Responsable Qualité, ainsi que l'ensemble des Cadres des sites pour leur disponibilité et leur accueil. Nous remercions également toutes les personnes rencontrées, usagers, représentants des usagers, et professionnels, pour leur participation et leur engagement dans la démarche de l'évaluation externe.

Des professionnels très impliqués, solidaires avec les professionnels de l'HAD ; une même équipe. Coordination et management d'équipe assurée par le cadre de santé sur le plan stratégique et gestion de projets et sur le plan opérationnel par l'infirmière coordinatrice.

Un secrétariat médical très impliqué dans le fonctionnement et la bonne marche du service avec une mention pour la gestion du dossier patient sur le SSIAD. Poursuivre par l'évaluation de la tenue de ce dossier.

Un projet de service élaboré de façon transversale, à faire vivre comme un outil de pilotage. Il en est de même pour le suivi du plan d'actions.

Une forte dynamique qualité sur le service en termes de révision de protocoles et procédures, de mode de transmissions et de volonté de pérennisation de la démarche.

La formation sur le CHICM et le SSIAD : un véritable levier managérial.

Possibilités d'accompagnement des professionnels en difficultés par des psychologues institutionnels et possibilité d'organiser des groupes de parole à la demande.

La visite de l'infirmière coordinatrice une fois par semaine au domicile des patients.

<p><b>Préconisations stratégiques</b></p>	<p><b>Actualiser les projets d'établissement du CHICM</b>  <b>En matière d'évolutions de ressources financières, aller au-delà du contrôle budgétaire et du contrôle de gestion état recettes dépenses, sur la définition d'orientations stratégiques en termes de ressources prévisionnelles qui seront à décliner et à intégrer au projet de service.</b>  <b>A partir d'indicateurs d'activités, d'éléments du compte administratif, établir une comparaison avec d'autres établissements de même activité.</b></p>
<p><b>Préconisations opérationnelles</b></p>	<p><b>Inscrire en annexe du projet de service les différents indicateurs de pilotage communiqués.</b>  <b>Dans la logique PDCA, le stade de l'évaluation est à développer.</b>  <b>Initier l'enquête d'image sur la satisfaction des prestataires.</b>  <b>Mettre en œuvre une action ou une formation sur la prévention routière.</b>  <b>Poursuivre la réflexion sur l'organisation d'un support unique pour tous les intervenants, à partir du classeur SSIAD en place au domicile.</b>  <b>Poursuivre l'évaluation des dossiers à partir d'une grille d'audit et d'indicateurs en lien avec l'analyse des résultats.</b></p>

## Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

<i>Sur le déroulement de l'évaluation externe</i>	<p>L'évaluation externe du SSIAD de Castelsarrasin/Moissac, s'est déroulée dans un climat serein.</p> <p>Les échanges ont été objectifs et constructifs tout le temps de l'évaluation de même que le rendu de fin d'évaluation qui était toujours dans un sens d'une évaluation constructive et partagée.</p>
<i>Sur les conclusions de l'évaluation externe</i>	<p>Les évaluateurs ont recueilli avec une écoute attentive les explications et remarques formulées par les agents lors des entretiens, et réciproquement tout le personnel s'est rendu disponible pour répondre aux demandes des évaluateurs.</p> <p>En outre, des compléments d'entretiens et d'échanges ont été prévus quand cela s'avérait nécessaire pour une meilleure compréhension.</p> <p>Par contre, une observation de l'ensemble de l'encadrement et des équipes, c'est de passer un peu plus de temps sur le terrain auprès des équipes et auprès des résidents (les unités) , ce qui nous semble utile dans un tel contexte d'évaluation.</p>

---

# Finalisation du Rapport d'Évaluation Externe

---

Le rapport de l'évaluation externe du SSIAD a été adressé par voix électronique et en deux exemplaires originaux, à l'attention de Monsieur, Jacques CABRIERES, Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin Moissac,

Le 4/02/2015

Christine VIGUIE  
Chef de Projet  
CRP Consulting