



Santé et Solidarité du Var

www.sante-solidarite-var.fr

Association Loi 1901

PROJET D'ETABLISSEMENT 2023-2027



SOMMAIRE

PARTIE 1 - CONTEXTE GENERAL

1- Contexte sanitaire et médico-social	p. 6
2- Méthodologie d'élaboration	p. 7
3- Historique général de l'Association	p. 8
4- Les effectifs salariés	p.13
5- Les instances de pilotage	p.15
6- Les évolutions règlementaires	p.21
7- Les objectifs généraux du projet d'établissement	p.24
8- Une croissance à poursuivre dans une logique de territoire	p.31
9- Une gouvernance adaptée aux évolutions	p.35
10- Impact économique pluriannuel prévisionnel	p.36

PARTIE 2 - ORGANISATION GENERALE, MANAGEMENT STRATEGIQUE ET GOUVERNANCE

1- Le modèle managérial	p.37
2- Organisation managériale et de gouvernance	p.42
3- Les outils de pilotage de l'établissement	p.46
4- La Gestion des ressources financières	p.46
5- La politique de coopération	p.48
6- La politique de communication	p.51

PARTIE 3 - PROJET MEDICAL

Préambule

1- Prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées	p.56
2- Fin de vie et soins palliatifs	p.57
3- Prise en charge de Soins Médicaux et de Réadaptation et de MND (maladie neuro-dégénératives)	p.60
4- La sortie post chirurgie	p.60
5- Plaies et cicatrisation	p.61
6- Filière urgence « Projet IDELI »	p.62

PARTIE 4 - PROJET DE SOINS

Préambule

1- Descriptif général du service	p.65
2- Déroulé de la PEC	p.67
3- Politique du Dossier Patient	p.68
4- Politique de Prise en Charge de la Douleur	p.70
5- Les objectifs en matière de lutte contre les infections	p.70
6- Ethique et déontologie	p.71



PARTIE 5 - PROJET SOCIAL

- 1- Organisation du service social p.71
- 2- Missions des assistantes sociales p.72

PARTIE 6 – PROJET DES USAGERS

- 1- Politique des droits des patients p.74
- 2- Piloter et évaluer des droits des usagers p.75
- 3- Le respect des libertés individuelles P.76

PARTIE 7 - PROJET DE DEVELOPPEMENT

- 1- Déploiement du parcours ville – hôpital p.82
- 2- Soutenir la médecine de ville p.84
- 3- Déployer la filière gériatrique p.85
- 4- L'accompagnement de fin de vie p.85
- 5- Une nouvelle filière de réadaptation p.87

PARTIE 8 - POLITIQUE DU CIRCUIT DU MEDICAMENT

- 1- Les instances de pilotages p.88
- 2- Evaluation de la politique de prise en charge médicamenteuse p.91

PARTIE 9 - PROJET LOGISTIQUE ET TECHNIQUE

- 1- La Gestion des équipements au domicile du patient p.93
- 2- Le parc automobile p.96

PARTIE 10 - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

- 1- Le cadre général du projet des ressources humaines p.98
- 2- La Gestion Prévisionnelle des emplois et des Compétences p.99
- 3- La politique de formation et évolution professionnelle p.100
- 4- Les conditions de travail et la qualité de vie au travail p.101
- 5- La communication interne et le dialogue social p.103

PARTIE 11 - LE SYSTÈME D'INFORMATION

- 1- Présentation générale p.105
- 2- Politique de sécurité du SI p.115
- 3- Moyens du SI p.120



PARTIE 12 - QUALITE ET GESTION DES RISQUES SECURITE DES SOINS

Préambule

1. Le pilotage de la démarche Qualité et de gestion des Risques	p.125
2 Le Management opérationnel Qualité et de gestion des Risques	p.130
3 Outils opérationnels de la démarche qualité gestion des risques	p.130
4 Politique EPP : Les objectifs	p.133
5 Indicateurs Qualité et de gestion des Risques	p.134
6 Programme et plans d'actions Qualité et de gestion des Risques	p.135
7 Communication Qualité et de gestion des Risques	p.135
8 Objectifs de la politique Qualité et gestion des Risques Sécurité des Soins 2023-2027	p.136

CONCLUSION

GLOSSAIRE SSV

PREAMBULE

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) est au cœur des grandes questions et des évolutions majeures des sociétés contemporaines (interrogations éthiques, bouleversements technologiques, croissance exponentielle des connaissances, émergence des principes de précaution sanitaire, place et droits des usagers...).

Le projet d'établissement permet l'adaptation dans ce contexte évolutif. Selon les termes du code de la santé publique (**article L.6143-2**), il définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le plan de formation et le système d'information. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du programme régional de santé 3 PACA, définit la politique de l'établissement en matière de partenariat avec les établissements de santé et médico-sociaux du territoire de santé et d'actions de coopération. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

Il témoigne de nos ambitions, de nos priorités de développement pour la période 2023-2027 et pose les jalons d'un plan de travail quinquennal.

Pour mener à bien cette entreprise, un travail d'élaboration, de construction et de concertation a conduit à dessiner de façon prospective et réaliste le service d'Hospitalisation à domicile HAD de SANTE ET SOLIDARITE DU VAR des cinq prochaines années.

Les groupes de travail de composition pluridisciplinaire constitués à cet effet, ont travaillé à partir d'un plan d'action et de l'évaluation du projet d'établissement 2018-2022

Ce projet d'établissement 2023-2027 vise à renforcer toutes les activités existantes tout en prévoyant les développements et les coopérations nécessaires, et à s'engager dans une véritable démarche d'amélioration continue de la qualité en cohérence avec le manuel de certification des établissements de santé de la Haute Autorité de Santé.

Ces évolutions à venir vont permettre à l'HAD SANTE ET SOLIDARITE DU VAR de renforcer sa position au sein du territoire pour répondre aux besoins des usagers, conformément aux orientations du PRS 3 PACA.

Aujourd'hui, notre projet d'établissement 2023-2027 s'inscrit à la fois :

- ✚ Dans la continuité des actions entreprises et permet à l'établissement de poursuivre le développement de ses activités de soins en cohérence avec le PRS 3 PACA.
- ✚ Dans les valeurs de l'association.

Ce projet d'établissement est un acte d'engagement vis-à-vis des patients et de l'ensemble des acteurs en lien avec les salariés de l'Association SANTE ET SOLIDARITE DU VAR.

PARTIE 1 - CONTEXTE GENERAL

1. Contexte sanitaire

Il n'est pas ici question de présenter exhaustivement les thèmes de réflexions abordés mais davantage de mettre en évidence la complexité d'élaboration d'un document dont les orientations trouvent leur fondement aussi bien sur les variables internes que sur les paramètres environnementaux.

Les orientations des autorités publiques de tutelle

Sans établir d'ordre ni de priorité, il est notamment important de bien articuler les réflexions de l'établissement sur les éléments suivants :

- Les dispositions de la Loi HPST, de la loi de modernisation du système de santé et de la loi d'adaptation de la société au vieillissement,
- La loi de modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016,
- La loi d'adaptation de la santé au vieillissement de la population (Loi ASV),
- La plan National des Maladies dégénératives 2014-2019,
- Le cadre d'orientation stratégique (COS),
- Le schéma régional de santé (SRS),
- Le PRAPS (accès aux soins et à la protection des plus vulnérables),
- Les projets de territoire, le CPOM,
- Le Projet Régional de Santé II et III (en cours de validation),
- Les programmes déclinant les schémas (PRSE, PRAPS, Télémédecine...),
- Les plans gouvernementaux de Santé Publique (Soins palliatifs, cancer, maladies neurodégénératives, ...),
- Les nouveaux territoires de santé et leur pilotage
- La diversité des services à domicile médico-sociaux, sanitaires et médicotecniques (HAD, réseaux de santé, SSIAD, SAMSAH, Aide à domicile, prestataires ...),
- Le décroisement ville/hôpital
- La démarche qualité : certification et évaluation des ESMS,
- La rénovation de la convention collective CCN 1951,
- Les évolutions juridiques (Code de santé publique, code de l'action sociale et des familles, code du travail ...).

Ce projet est donc essentiel pour tous les acteurs de l'association et pour tous les patients qui lui sont confiés.

Le contexte d'établissement

Pour le service d'hospitalisation à domicile (HAD) il s'agit bien sûr de poursuivre le développement de son implantation territoriale pour porter sa capacité d'accueil à **400 places stabilisées à l'horizon 2027** permettant ainsi de répondre aux objectifs fixés par la DGOS.

Compte tenu de la zone de couverture du service, de sa densité de population et de l'objectif du ministère de tutelle de 35 places d'HAD pour 100 000 habitants, cette perspective est très cohérente.

C'est donc dans un contexte de croissance de l'HAD que se situe le projet d'établissement.

Il conviendra de consolider le chemin déjà parcouru et d'asseoir une organisation nouvelle capable d'atteindre les 400 places cibles.

L'Association SSV restera attentive aux éventuels appels à projet que l'ARS PACA pourrait proposer dans le champ sanitaire ou médico-social dans les 5 prochaines années.

2. Méthodologie d'élaboration

Le comité de pilotage du projet d'établissement s'est appuyé sur une instance existante : le CODIR (Comité de Direction) et sur la Direction générale.

Ce comité de direction permet de confronter chaque partie aux autres et de garder une vigilance sur l'articulation logique entre les projets des différents services.

Le cadre de référence de l'organisation de l'Association HAD SSV a été celui issu des réflexions relatives à la gouvernance.

Chaque Pilote a eu la liberté d'organiser ses groupes de travail avec les acteurs qu'il a choisi, respectant le principe de pluridisciplinarité et de consultation. Puis il a élaboré sa partie en lien avec les orientations définies par la Direction Générale et validées par le conseil d'administration et en correspondance avec les autres cadres médicaux et administratifs.

Cette organisation, basée sur l'autonomie des personnels d'encadrement, a permis de réaliser le projet d'établissement en s'appuyant sur une démarche transversale et participative.

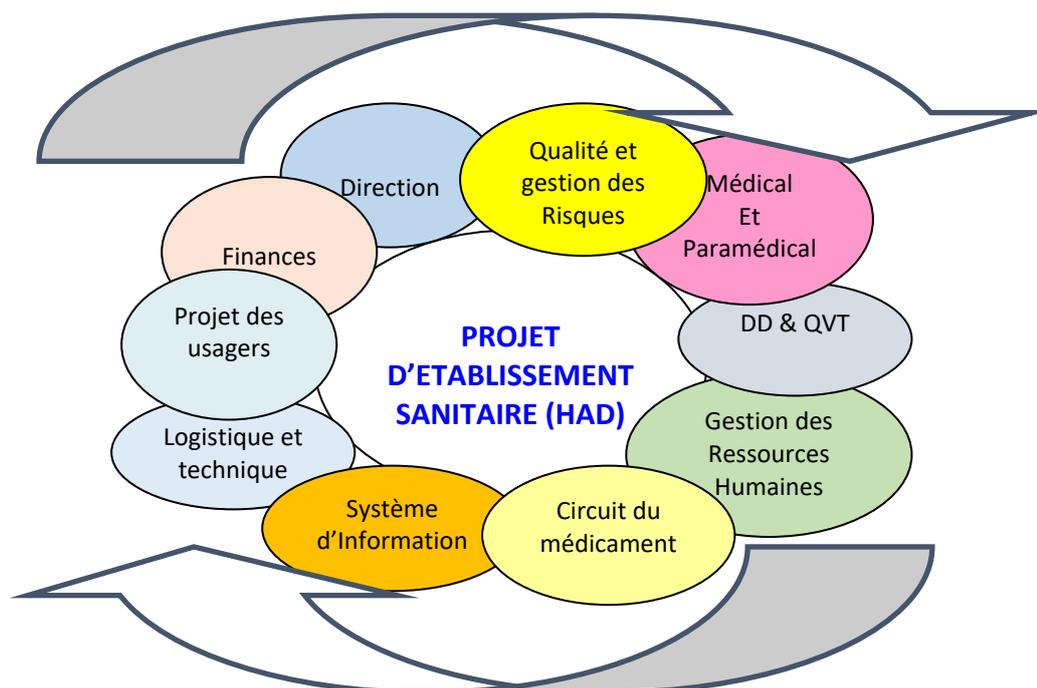
De plus, le projet « des droits » des patients a été élaboré avec la participation de nos représentants des usagers sur la base de la connaissance de nos résultats aux différentes évaluations internes en matière d'IQSS, audits « patient traceur », résultats des enquêtes de satisfaction des patients, plaintes et réclamations

Suite à une décision des membres de la CDU, il a été décidé de rédiger un projet des usagers en tant que tel basé sur les propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers et répondant ainsi à leurs attentes.

Ainsi le projet des usagers répond au Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé qui prévoit la possibilité d'élaborer un projet des usagers.

Le projet d'établissement finalisé sera porté à l'approbation du Conseil d'Administration le 23 juin 2023

Architecture du projet d'établissement



3. Historique général de l'Association

A. Références administratives

Entité juridique

Raison sociale	Association Santé et Solidarité du Var
Désignation	SSV
FINESS	83 001 855
Adresse	Espace France Europe ,1328 Chemin de la Planquette – 83 951 La GARDE Cedex
Catégorie juridique	9220 – Association déclarée
Enregistrement	Préfecture du Var sous le N° W832001735 – JO du 30 Juillet 1982
Communications	☎ 04.94.27.50.50 📠 04.94.23.72.53 📧 direction@sante-solidarite-var.fr 🌐 : www.sante-solidarite-var.fr
Représentant légal	Monsieur Bruno KURTZEMANN – Président du Conseil d'Administration
Directeur Général	Monsieur Jean-Bernard PERDIGAL

Structure HAD

Désignation	HAD Santé et Solidarité du Var
FINESS	830 207 114
SIREN / SIRET	328 024 815 / 328 024 815 000 81
Catégorie	127 – Hospitalisation à domicile
Code discipline	223 – Médecine Générale
Code PSPH	1- Non participant
Code APE	8610Z – Activités hospitalières
Annexes 24	24S – Non
Convention	ARS - HAS
Communications	☎ 04.94.27.50.50 📠 04.94.23.72.53 📧 direction@sante-solidarite-var.fr 🌐 : www.sante-solidarite-var.fr

B. Historique des créations et extensions de capacité des services

Années	Evènement	Places HAD	Places SSIAD	ESA	SAAD	Capacité totale Association SSV
Juillet 1982	Création	Déclaration JO				0
1983	Création	35				35
1986	Extension	40	20			60
1993	Extension	47	35			82
2004	Extension	57	45			102
2006	Extension	69	45			114
2006 Fin des objectifs quantifiés en HAD						
2008	Extension	69	70 (+ 15 PA + 10 PH)			139
2009	Extension	69	90 + 20 PA			159
2012	Progression HAD/ Extension SSIAD	130	133	+ 10 (Création)		273
2017	Progression	210	133	10		353
2022	Progression	350	339	30	10	729
2023-2027	Objectif	400	339	30	50	819

C. Une expérience et un dynamisme institutionnels

L'Association Santé et Solidarité du Var, créée à l'initiative de professionnels de santé, œuvre depuis son origine dans le champ des soins à domicile.

La volonté des membres fondateurs se définit dans le nom de l'Association Santé et Solidarité du Var et dans la rédaction des statuts.

Santé :

L'objectif est de faire bénéficier les malades et les personnes âgées de soins techniques à domicile lorsque leur présence en milieu hospitalier ne s'impose pas ou ne s'impose plus mais qui ne peuvent plus recevoir de leur entourage tous les soins que nécessite leur état de santé.

Solidarité :

L'objectif est d'apporter aux malades et aux personnes âgées l'aide psychologique et matérielle dont ils peuvent avoir besoin. Cette solidarité se manifeste parallèlement à l'activité de soins ou indépendamment de ceux-ci.

Depuis sa création en 1982, l'Association Santé et Solidarité du Var, s'est donnée pour mission d'assurer :



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

Ainsi, depuis 40 ans SSV par le biais de son service d'Hospitalisation à Domicile (HAD), de son service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), de son Service Aide A Domicile (SAAD) et de son Equipe spécialisé Alzheimer (ESA) **a mis en œuvre et développé de nombreux services de soins en direction de la population locale.**

Depuis, en réponse à un besoin croissant de la population, les différents services de soins à domicile de l'Association SSV ont bénéficié de plusieurs extensions de capacité d'accueil.

Situées dans les mêmes locaux et tout en ayant une responsabilité administrative et soignante commune, les deux structures sont complètement distinctes en matière de prise en charge de patients/usagers et en matière budgétaire.

Dénominateur commun à toutes les activités de l'Association, les soins à domicile trouvent ainsi une déclinaison adaptée à toutes les situations et à toutes les personnes.

L'Association SSV a su, depuis son premier jour de fonctionnement, entretenir une stratégie active et engagée permanente qui lui a permis d'occuper progressivement une place importante dans le paysage sanitaire et médico-social local dans la filière des soins à domicile.

La structure a toujours su adapter son organisation à la réalité de son activité au fil des grandes étapes historiques de son développement ce qui lui confère l'expérience du management du changement lié à un contexte de croissance.

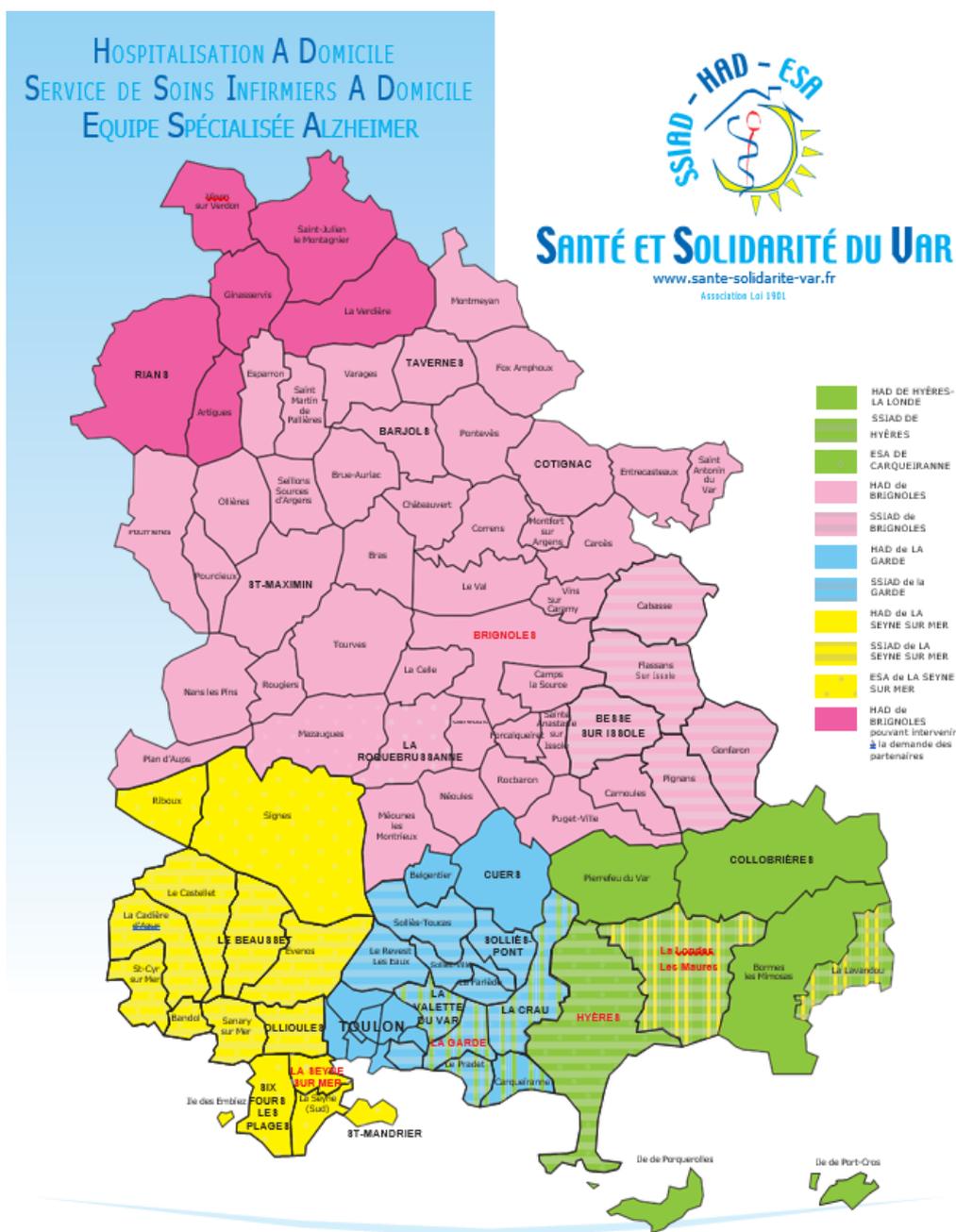
Elle est donc particulièrement sensibilisée à la nécessité de faire régulièrement évoluer ses pratiques et son organisation. Cette habitude de la conduite du changement est une véritable force et caractérise une certaine maîtrise de la gestion de son propre développement.

D. Une implantation territoriale connue et reconnue

La raison sociale de l'Association définit son territoire principal d'intervention et de compétence : Santé et Solidarité du **VAR**.

Au fil des autorisations données à la structure, les activités ont vu leur secteur géographique d'intervention s'élargir considérablement :

- Le service d'HAD a une compétence territoire élargie à l'ensemble du Var Ouest



Coordonner des soins à domicile impose de réaliser un travail en réseau avec l'ensemble des interlocuteurs locaux concernés et impliqués dans la filière des soins à domicile.

Dans le cadre de ses activités de soins, l'Association SSV s'est ainsi rapprochée de tous les établissements hospitaliers du secteur et de nombreuses structures médico-sociales et entretient des partenariats formalisés sous la forme de convention de coopération.

Ce réseau s'appuie également sur une collaboration très étroite avec tous les professionnels de santé libéraux du territoire (médecins traitants, infirmiers, kinésithérapeutes, laboratoires, officines ...) qui connaissent très bien notre établissement.

Les activités de l'Association SSV concernant toujours les habitants d'une commune particulière, les services des collectivités territoriales en charge de l'action sociale constituent évidemment des interlocuteurs locaux privilégiés.

Le régime juridique des établissements sanitaires et médico-sociaux commande bien sûr d'entretenir des liens permanents avec les organismes publics de pilotage de l'action sanitaire et sociale (ARS, CARSAT, CPAM).

Les activités de l'Association constituent ainsi depuis 40 ans, un service de soins parfaitement identifié par tous les organismes et professionnels de santé du territoire en même temps que par toute la population.

La longévité des relations entretenues avec la population, les professionnels et les administrations souligne la forte implantation de l'Association SSV dans la vie locale et traduit une reconnaissance de tous, de la qualité et du sérieux du travail réalisé.

Depuis toujours, l'Association SSV a su :

- ✓ Inscrire ses actions sanitaires et médico-sociales dans une dynamique évolutive
- ✓ Adapter ses projets aux populations et aux politiques de santé locales
- ✓ Etre force de propositions pour les pouvoirs publics
- ✓ Mettre en œuvre les projets autorisés dans le respect des dispositions légales spécifiques
- ✓ Intégrer la démarche qualité au cœur de ses activités
- ✓ Coopérer avec tous les acteurs de santé du territoire

L'Association SSV a ainsi démontré sa capacité à faire des projets et à les conduire à leur terme.

Tableau récapitulatif de l'activité HAD SSV de 2018 A 2021

HAD	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre jour	87520	92062	114318	121551	135019
Nombre patient	1138	1303	1721	2090	1913

4. Les effectifs salariés

L'équipe professionnelle de l'Association SSV est pluridisciplinaire et couvre tous les champs de compétences nécessaires à servir la qualité des prises en charge ainsi qu'une organisation efficiente.

Compte tenu du développement de notre activité au cours des cinq dernières années, l'équipe médicale, l'équipe de coordination paramédicale ainsi que la logistique et l'administratif ont également progressé.

L'effectif représente le paramètre fondamental d'analyse de la croissance sociale de l'établissement.

Le nombre de salariés de l'Association (tous secteurs confondus) a plus que triplé depuis l'an 2000 et les ETP ont suivi parallèlement un chemin identique. L'effectif au 31/03/2023 est de 175 en ETP.

Le climat social est toujours resté constructif et globalement équilibré mais le développement de notre activité au cours des 5 dernières années n'a pas été sans effet sur notre organisation et a nécessité de nombreux changements.

Afin de pallier au remplacement du personnel en arrêt maladie ou en accident du travail, tout en garantissant une qualité des soins, plusieurs « pools » de remplacement ont été mis en place (infirmiers et aides-soignants). Le personnel soignant du pool est entièrement géré par le service des Ressources Humaines.

L'Association SANTE ET SOLIDARITE DU VAR compte également poursuivre son développement en s'appuyant sur un mode de fonctionnement mixte (mi salarial-mi libéral) et ce afin :

- De répondre aux attentes des patients et des familles, prescripteurs
- D'offrir une réponse d'aval aux médecins hospitaliers
- D'inscrire l'HAD dans une dynamique d'ouverture et de partenariat avec les médecins de ville et l'ensemble des acteurs de soins de ville

Tableau récapitulatif des effectifs salariés au 31 Mars 2023

SERVICE	QUALIF,	ETP 31/03/2023
HAD		
<u>DIRECTION CENTRALE</u>	Directeur Général	1
	DAF	1
	DRH	1
	DAQ	1
	RSSI	1
	Secrétaire générale de direction	1
		6

<u>DIRECTION OPERATIONNELLE</u>	Directeur Pôle sanitaire	1
		1
<u>MEDICAL</u>	Med co	6.80
	Pharmacienne	1
		7.80
<u>FINANCES/COMPTA</u>	Responsable comptable	1
	Comptable	5
	Techn Adm	1
	Empl Adm	4
		11
<u>QUALITE</u>	RAQ	1
		1
<u>RESSOURCES HUMAINES</u>	RRH	1
	Assistante RH	2
		3
<u>SECRETARIAT</u>	Sec Dir	1
	Employé adm	16.84
	Sec med	2.5
		20.34
<u>MAGASIN</u>	Cadre logistique	1
	Resp. Magasin	1
	Magasinier	6
		8
<u>INFORMATIQUE/OUVRIER</u>	INFO/FACTO	4
		4
<u>SERVICE SOCIAL</u>	Ass, sociale	3.5
	Cadre sociale	1
		4.5
<u>SERVICE COORDINATION</u>	Responsable administratif	3
	Cadre de santé	1
	Cadre adjointe	1
	IDEC	9
	IDE DE SUIVI	11
		25
<u>DEVELOPPEMENT</u>	Resp du développement	1
	IDE dev	11
		12
HYGIENE		
<u>HYGIENE</u>	IDE	1
IDE TERRAIN		
<u>IDE TERRAIN</u>	IDE	24.67

	POOL IDE	0
		24.67
AIDE SOIGNANT	AS	46.65
	AS POOL	0
		46.65
TOTAL HAD		175.96

5. Les instances de pilotage

Le pilotage de l'établissement par instance s'est particulièrement développé ces dernières années. Ce sont aujourd'hui plus de 15 commissions, comités ou assemblées qui pilotent la structure :

- ⇒ 3 instances institutionnelles : CA, AG, CODIR /CQGDRSS
- ⇒ 11 instances « prises en charge » : CLIAS, CLUD, CLAN, COMEDIMS, CME, CDU, Comité d'éthique, Commission EPP, Cellule d'Identitovigilance, CREX, Comité de Développement Durable/CQVT
- ⇒ 1 instance sociale : le CSE

Ce pilotage institutionnel représente de nombreuses réunions annuelles et mobilise plusieurs centaines d'heures de travail.

LES INSTANCES INSTITUTIONNELLES

Assemblée Générale (AG)

- Reddition de comptes aux adhérents de l'association
- Rapport moral
- Rapport d'activité
- Rapport financier
- Rapport du commissaire aux comptes
- Présentation de la politique budgétaire
- Modification des statuts / dissolution
- Modification du règlement intérieur
- Election des administrateurs



Conseil d'Administration (CA)

- Définition de la stratégie générale de l'association
- Définition des politiques
- Garant de la doctrine associative
- Valeurs institutionnelles
- Contrôle et gestion générale de l'association
- Représentation judiciaire
- Représentation vis à vis des tiers
- Respect des statuts
- Délégation(s) de pouvoir(s)



Comité de direction (CODIR)

Comité de pilotage Qualité Gestion des Risques et Sécurité des Soins (CQGDRSS)

En 2008, la Direction a créé un Comité de Direction qui se compose des :

- Directeur d'établissement
- Praticiens de l'HAD (représentant le pôle médical) /Médecin DIM
- Cadre de santé (représentant le pôle des soins HAD)
- Directeur RH, Responsable des Ressources Humaines (représentant le pôle des ressources humaines)
- Directeur financier, Responsable Administratif et financière (représentant le pôle financier)
- Directeur qualité, Responsable assurance qualité et gestion des risques
- Secrétaire de direction
- Responsables d'Antenne (HAD/SSIAD/SAAD)
- Infirmiers coordinateurs des antennes du SSIAD

Il se réunit trimestriellement. Ces réunions reposent sur un ordre du jour élaboré par le Directeur. Des procès-verbaux de réunions sont rédigés. Le Comité de Direction intègre le CQGDRSS à chaque réunion permettant à chaque membre du CODIR d'être informé de l'avancée des projets sur la qualité et la gestion des risques.

Commission médicale d'établissement (CME)

La CME donne son avis sur les organisations de l'activité médicale. Elle organise le développement professionnel continu des praticiens.

La CME émet obligatoirement des avis sur la plupart des points rythmant la vie médicale de l'établissement et est soumise aux décisions du directeur ou aux délibérations du Conseil d'Administration

Comité de lutte contre les infections Associées aux soins (CLIAS)

Un CLIAS (Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins) a été créé en 2005 suite à la première procédure de Certification. Ses missions sont les suivantes :

Organiser et coordonner une surveillance continue des infections dans l'établissement

Coordonner les activités de l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière

Elaborer une politique du risqué infectieux en concertation avec la Direction, la CME et les professionnels de santé concernés

Donner son avis sur les aménagements des locaux et les acquisitions d'équipements ou de matériels susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention du risque infectieux

Mettre en place un programme interne de formation sur la prévention du risque infectieux

Mettre en place un programme d'évaluations des pratiques professionnelles en association avec la cellule qualité.

Transmettre chaque année au Directeur de l'établissement qui fera valider par le CA un rapport d'activité et leur proposer un programme d'actions et de prévention à mettre en œuvre au cours de l'année suivante.

Comité de lutte contre La douleur (CLUD)

Il est institué depuis 2009 au sein de l'établissement d'HAD SSV.

Le CLUD est composé de membres de droit et de membres tirés au sort parmi les personnes volontaires ou proposés par le Président de CME et le cadre de santé.

Il est composé de membres dont 1/3 au moins fait partie des soins infirmiers (encadrement, infirmiers, aides-soignants). Le mandat des membres du CLUD est de quatre ans ; il est renouvelable.

Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN)

Il participe :

- Au bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels, et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation PO et de la nutrition artificielle
- A la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition ; il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement
- A la définition de la formation continue spécifique, dans le plan de formation des paramédicaux et médicaux et partenaires libéraux.
- A l'évaluation des actions entreprises et fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés
- Etablir et transmettre le programme et bilan annuel à la CME

Commission du Médicament

Et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)

Conformément au décret n°2000-1316 du 26 décembre 2000, (article R 5014-52)*

« Chaque établissement de santé constitue en son sein un comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles. Ce comité participe, par ses avis, à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'intérieur de chaque établissement de santé, notamment à l'élaboration de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement ainsi que des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux stériles et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. »

Le président élabore un rapport d'activité annuel qui est transmis à la CME et au Directeur. Chaque année, le COMEDIMS élabore un plan d'actions pour les médicaments et les dispositifs médicaux stériles. La COMEDIMS diffuse des recommandations de bon usage ou de bonnes pratiques relatives à certaines classes thérapeutiques ou catégories de dispositifs médicaux. Elle participe à la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse via d'une part la sécurisation du circuit du médicament et d'autre part un travail sur les erreurs médicamenteuses.

Commission des usagers (CDU)

La Commission des usagers existe au sein de l'Association depuis 2007. Elle a pour principales missions :

- De contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches
- De veiller au respect du droit des usagers et de faciliter leurs démarches pour exprimer leurs avis auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ces derniers et être informés des suites données à leur demande
- D'établir et transmettre le rapport annuel au Conseil d'Administration et à la CME

La CDU est composée des membres suivants :

- Président
- Médiateur administratif titulaire
- Médiateur médical titulaire/ Médiateur médical suppléant
- 2 Représentants des usagers titulaires
- Représentant du Conseil d'Administration
- Représentant du personnel administratif titulaire
- Représentant du personnel administratif suppléant
- Responsable Assurance qualité : Invitée en permanence avec voix consultative.
- Cadre de santé : Représentant paramédical titulaire
- Infirmière coordinatrice : Représentant paramédical suppléant

Copil développement durable et la Cellule de Qualité de Vie au Travail (CQVT)

Deux instances dénommées COPIL DD et Cellule Qualité de Vie au Travail ont été créées au sein de l'établissement Santé et Solidarité du Var par la direction, respectivement en 2012 et 2014.

Le COPIL DD a pour rôle la coordination des actions relatives au Développement Durable.

Ses principales missions sont de :

- Définir et suivre une politique de développement durable

- Planifier une démarche développement durable
- Définir un programme d'accompagnement et suivi des actions
- Motiver et impliquer le personnel grâce à des actions de sensibilisation

La finalité de la CQVT est de concilier conditions de travail des salariés et vie privée, avec l'efficacité de l'établissement. Ses principales missions sont de :

- Définir et suivre une politique de qualité de vie au travail
- Veiller sur les conditions de travail collectives et individuelles
- Définir un programme de prévention ou d'accompagnement et suivi des actions (DD et CQVT)

Comité d'éthique

Il a un rôle de réflexion sur toutes les approches éthiques des patients pris en charge au sein de notre structure. Il a pour principales missions :

- Analyser les situations rencontrées et proposer des recommandations
- Participe au comité d'éthique du réseau départemental selon nécessité

LES INSTANCES SOCIALES

Le Comité Social et économique (CSE)

Le comité social et économique (CSE) remplace les représentants élus du personnel dans l'entreprise. Il fusionne l'ensemble des instances représentatives du personnel (IRP), délégués du personnel (DP), comité d'entreprise (CE) et comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Attributions du CSE :

- La délégation du personnel au CSE a pour mission de présenter à l'employeur les réclamations individuelles ou collectives relatives aux salaires, à l'application du code du travail et des autres dispositions légales concernant notamment la protection sociale, ainsi que des conventions et accords applicables dans l'entreprise.
- Elle contribue à promouvoir la santé, la sécurité et les conditions de travail dans l'entreprise et réalise des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.
- Les membres de la délégation du personnel du CSE peuvent saisir l'inspection du travail de toutes les plaintes et observations relatives à l'application des dispositions légales dont elle est chargée d'assurer le contrôle.

Expression des salariés :

- Le CSE a pour mission d'assurer une expression collective des salariés permettant la prise en compte permanente de leurs intérêts dans les décisions relatives à la gestion et à l'évolution économique et financière de l'entreprise, à l'organisation du travail, à la formation professionnelle et aux techniques de production.

Délégation syndicale (DS)

- Représentation syndicale auprès de l'employeur
- Négociation collective
- Accords d'entreprise
- Consultation, avis ou accord
-

LE PILOTAGE EXTRA-INSTITUTIONNEL

Organismes publics



- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
- Agence Régionale de Santé (ARS) – Délégation territoriale (DT)
- Observatoire du médicament et des innovations thérapeutiques (OMEDIT)
- Agence technique de l'information hospitalière (ATIH)
- Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
- Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)
- Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)
- Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE)
- Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF)
- Haute autorité de santé (HAS) – Organisme indépendant mais dont les actions sont précisées dans la Loi (Code de santé publique)

Organisations professionnelles et autres types de coopérations

- Fédérations : FEHAP, FNADEPA
- Commission Nationale HAD FEHAP
- Syndicats et ordres : médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes ...
- GIP COMET

Collectivités territoriales

- Conseil général
- Municipalités
- Centres communaux d'action sociale (CCAS)

Coopérations

- Etablissements de santé des armées publics et privés du territoire
- Services des urgences du territoire
- Professionnels de santé libéraux
- Pharmacies hospitalières et officines de ville
- Entreprises de transports sanitaires
- Laboratoires d'analyses médicales
- Maison de retraites (EHPAD) et autres structures médico-sociales
- Réseaux de santé : soins palliatifs, ressources santé ...
- Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)
- Associations de bénévoles
- Entreprises de locations des dispositifs médico-techniques à domicile
- Représentants des usagers

6. Les évolutions réglementaires

A. *La démarche qualité*

La procédure de certification, mise en place à partir de 1996, s'impose à l'ensemble des établissements de santé en application des articles L. 6113-3 et suivants du code de la santé publique. La procédure de certification est élaborée, mise en œuvre par la HAS et publiée au journal officiel. Textes législatifs et réglementaires :

- Articles L. 6113-3 et suivants du code de la santé publique
- Articles L. 161-37 4° et R. 161-74 du code de la sécurité sociale
- Articles L. R. 6113-12 à R. 6113-15 du code de la santé publique

Depuis plus de 20 ans, l'Association SANTE ET SOLIDARITE DU VAR s'est engagée avec dynamisme dans une démarche d'amélioration de la qualité et sécurité des soins et dans une politique de gestion des risques et ce, afin de garantir au mieux la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients.

La certification est réalisée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS, les experts-visiteurs. **En 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) a certifié l'établissement sur la partie Hospitalisation À Domicile : sans aucune recommandation, ni réserve :**
https://www.hassante.fr/jcms/3021_FicheEtablissement/fr/had-sante-et-solidarite-du-var.

En 2020, la procédure de certification s'est transformée profondément pour répondre encore mieux aux **enjeux actuels de qualité et de sécurité des soins**. La certification des établissements de santé pour la qualité des soins est désormais simplifiée, ancrée dans les pratiques des soignants et centrée sur les résultats de la prise en charge pour le patient.

La prochaine visite de certification basée sur le référentiel V2023 est programmée en septembre 2024. Le nouveau référentiel se compose comme suit :

- 109 critères standard correspondent aux attendus de la certification,
- 17 critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Si une évaluation de l'un de ces critères est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification à l'établissement,
- 5 critères avancés qui correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils constituent les potentiels critères standard de demain.

B. *La gestion des risques*

Une démarche de gestion des risques a pour but d'assurer la sécurité du patient et des soins qui lui sont délivrés et, en particulier, de diminuer le risque de survenue d'évènements indésirables.

Elle nécessite la **mise en place d'une démarche pluriprofessionnelle** grâce à une organisation réunissant tous les acteurs concernés par la prise en charge des patients. Pour être efficace, la gestion des risques doit faire partie intégrante de la gestion quotidienne de l'établissement.

Il est aussi important de **repérer et d'identifier** les risques d'évènements indésirables dans le processus de soins. Il faut également **analyser les risques**, c'est à dire évaluer en termes de gravité et de fréquence puis rechercher les causes éventuelles. Enfin, il convient de **traiter** les risques jugés non acceptables, imaginer des solutions, le plus souvent sous forme de barrières de sécurité,

susceptibles d'empêcher la survenue d'évènements indésirables redoutés ou à défaut d'en limiter leurs conséquences.

Il est nécessaire **d'assurer le suivi** de la démarche pour apprécier au mieux les risques subsistants, mettre en place un retour d'expérience, assurer un partage entre professionnels des enseignements tirés.

La sécurité ne peut pas être garantie en analysant uniquement le passé (approche *a posteriori*). Il est également important d'identifier des risques potentiels (approche *a priori*) afin de les maîtriser. C'est pour cela que l'on combine les deux approches :

- une approche dite *a priori* (ou proactive), qui permet l'anticipation au maximum de la survenue d'évènements indésirables éventuels, en se demandant ce qui pourrait mal se passer.
- une approche dite *a posteriori* (ou réactive), qui, en présence d'évènements indésirables déjà survenus, permet de s'interroger sur le déroulement de l'évènement.

C. La procédure budgétaire et le mode de financement

Le contrôle et le pilotage très encadré des financements par les autorités de tutelle constituent la « règle du jeu » fondamentale et les établissements et leur direction ont depuis toujours intégrer cet élément.

Il est cependant important de mettre en relief certaines évolutions récentes de ce mode de fonctionnement dont les répercussions sur la vie des établissements sont majeures.

Ainsi depuis les années 2000, et jusqu'à la nouvelle loi du 26 Janvier 2016 (dite Loi de modernisation) cet encadrement public des activités sanitaires et médico-sociales présente-t-il les caractéristiques suivantes :

- Un rythme effréné des réformes d'ampleur
- Une production juridique quasi quotidienne
- Une densité et une complexité des procédures
- Un empilement des sollicitations
- Un renforcement des mécanismes de contrôles
- Une dématérialisation des procédures via des plateformes Internet

a. La Loi HPST et la circulaire du 4 Décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile

Les grandes tendances auxquelles l'Association SSV s'est adaptée sont principalement les suivantes :

- Une incitation au regroupement et/ou à la mise en œuvre de dispositifs de coopération inter-établissements
- Un décloisonnement étendu des secteurs sanitaires et médico-sociaux (fongibilité asymétrique des budgets, possibilités de prises en charge conjointes sanitaires et médico-sociales ...)
- Une redistribution des rôles et missions des administrations publiques : ARS, CARSAT, CPAM, Conseils Généraux
- Une nouvelle réforme des procédures budgétaires et des process de gestion



Quelques établissements d'HAD de la région, conscients des enjeux de cette réforme, ont déjà entrepris une réflexion visant à renforcer leur coopération et à mettre en commun leurs moyens au sein d'un groupement dont le travail constituerait un premier élément de réponse.

Le directeur de l'Association SSV est bien sûr très impliqué dans ce dispositif principalement à deux niveaux :

- Expertise T2A et incidences financières
- Expertise en négociation.
- Expertise juridique.

La Loi HPST représente une évolution majeure dans l'organisation des activités sanitaires, sociales et médico-sociales.

L'Association SSV devra rester attentive et vigilante pour toujours inscrire ses projets et actions en conformité avec les politiques publiques de santé.

b. Le décret n°2022-102 du 31/01/2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile.

Ce dernier vient compléter le dispositif relatif au nouveau régime juridique de cette activité dont nous rappelons que les conditions d'implantations ont fait l'objet d'un décret qui a pour sa part été publié le 01 janvier 2022 au JO ([Décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile](#)) lequel fixe les conditions d'implantation pour les activités d'hospitalisation à domicile et prévoit les conditions de l'autorisation de l'activité et de son renouvellement.

Dans le présent décret sont définies outre les conditions générales attachées à l'HAD, celles particulières pour les mentions « réadaptation », « ante et post-partum » « enfant de moins de trois ans » ainsi que les conditions attachées aux structures d'hébergement.

Les dispositions de ces **deux textes entreront en vigueur le 01 juin 2023.**

7. Les objectifs généraux du projet d'établissement et la méthodologie d'élaboration

Objectifs généraux	Commentaire
<p>Déployer et mettre en œuvre les 400 places d'HAD</p>	<p>Le niveau d'activité cible devra être atteint en 2027.</p> <p>La couverture de l'ensemble du Var Ouest par le service a été mise en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> La Garde La Seyne sur Mer Brignoles La Londe Les Maures Saint Maximin <p>La polyvalence du service HAD doit être conservée tout en s'orientant aussi vers la mention réadaptation</p>
<p>Déployer et mettre en œuvre les 359 places de SSIAD/ESA et 50 bénéficiaires SAAD</p>	<p>Selon un rythme pluriannuel progressif, la capacité d'accueil de cet objectif devra être atteint en 2027.</p>
<p>Adapter les dimensions humaines, managériales, matérielles et financières au développement de l'Association</p>	<p>Le développement à venir devra passer par la mise en place d'une organisation qui s'adaptera aux évolutions attendues de l'Association.</p>
<p>Soutenir l'évolution de la démarche qualité, de l'outil d'évaluation vers la culture d'établissement</p>	<p>La culture de la qualité devra se poursuivre et ce afin de maintenir la dynamique engagée.</p>

Le projet médical	Commentaire
<p>Prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées avec volet spécifique EHPAD</p>	<p>Poursuivre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le partenariat entre MCO/Urgences/SAMU/ EHPAD et les HAD. - Le partenariat avec les SSIAD dans le cadre des prises en charges communes. - La participation à l'ensemble des commissions gériatriques des EHPAD partenaires. - Développer : - Une action de communication annuelle auprès des acteurs médico-sociaux sur les PA/PH et avec une thématique définie. - Les évaluations anticipées des personnes résidentes d'EHPAD en situation de possible décompensation médicale soudaine et favoriser la coopération renforcée avec les EHPAD. - Les liens avec les ESMS PH afin de promouvoir et développer les prises en charge communes sur le champ du handicap.
<p>Soins palliatifs et fin de vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les prises en charge soins palliatifs en HAD en accentuant les liens avec les services prescripteurs. - Rédiger un protocole de mise en place de soins palliatifs durant l'HAD pour les patients admis pour une autre pathologie. - Poursuivre le soutien médical du praticien de l'HAD au médecin traitant, au regard des recommandations sur les soins palliatifs. - Poursuivre l'harmonisation des pratiques de prise en charge de la douleur et de la sédation. - Cibler une EPP sur la PEC de la douleur en soins palliatifs. - Mener une réflexion sur la mise en place de prescription(s) anticipée(s) en lien avec le médecin traitant. - Développer des outils d'informations visant à favoriser l'éducation et l'implication des patients à propos de leur douleur, y compris la prise en charge de la douleur psychique.
<p>Mentions SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation) et MND (maladie neuro-dégénératives)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser l'activité de réadaptation conjointement à un établissement SMR - Former en interne un praticien de l'HAD de l'HAD à la spécialisation MPR ou un diplôme universitaire de MPR <p>Poursuivre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les prises en charges des affections neurologiques, évolutives ou post traumatiques, en lien avec les partenaires hospitaliers (MCO, SSR, etc....) - Des actions de communication et de sensibilisation auprès des kinésithérapeutes libéraux afin de développer leur intervention au domicile - Développer la participation des médecins coordonnateurs à la CME des SMR du GIP COMET - Mener une action de communication annuelle auprès des prescripteurs sur le développement de cette thématique
<p>Sorties précoces de chirurgie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les partenariats déjà engagés avec les services de chirurgie, principalement avec l'HIA Sainte Anne, le CHITS, le CH

	<p>Brignoles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablir des protocoles de sortie en lien avec les médecins hospitaliers
<p>Pansements complexes/soins de nursings lourds</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le développement des prises en charge pansements complexes et soins de nursing lourd, en lien avec les partenaires hospitaliers - Poursuivre le développement de la prise systématique de photos de la plaie, pour le suivi de la cicatrisation mais aussi à des fins de diffusion sécurisée aux différents intervenants. - Poursuivre l'évaluation et la gestion de la douleur liée aux plaies et aux mobilisations des patients lors des soins, en lien avec le CLUD - Former ou recruter une infirmière spécialisée « plaies et cicatrisation » qui formera en interne les infirmières libérales ou salariées. - Poursuivre des actions de communication sur cette thématique
<p>Filière urgence « Projet IDELI »</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la filière SMUR-EHPAD sur les autres antennes. - Actions de communication auprès des urgences et du SAMU. <p>Actions transversales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence des praticiens de l'HAD dans les CME des partenaires hospitaliers. - Réponse systématique et inclusion des patients dans les 24-48h. - Mener une réflexion sur le développement de la télésurveillance et du télésoin. - Rédaction en systématique des fiches de patients remarquables. - Réflexion sur l'amélioration des transmissions médicales lors d'une prise en charge urgente en dehors des heures ouvrables. - Mise en place d'une astreinte médicale 24h/24h. - Prise en charge des patients sans médecin traitant.

<p>Le projet de soins HAD</p>	<p>Commentaire</p>
<p>Objectifs généraux</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participer aux projets innovants définis dans le Projet Régional de Santé. - Maintenir notre réactivité dans le traitement des demandes de prise en charge - Poursuivre la mise en place de protocoles spécifiques de soins en lien avec les différents partenaires. - Poursuivre le partenariat avec les EHPAD et axer le développement de l'activité avec les ESMS (SSIAD, MAS, FAM....). - Proposer aux patients des programmes d'éducation thérapeutiques validés par l'ARS PACA en lien avec nos partenariats hospitaliers.

	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la coordination avec les partenaires libéraux (fréquence et efficience)
Dossier Patient	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'utilisation du DPI par les équipes soignantes (terrain et libéraux) et de coordination afin de permettre une actualisation en temps réel des dossiers informatisés. - Veiller à la conformité de la traçabilité dans le dossier de soin, par le biais de contrôle (audit IQSS) - Informatiser le circuit du médicament
Prise en charge de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'utilisation d'une Echelle Visuelle Analogique (EVA) dans le cadre d'autoévaluation par le patient - Poursuivre notre partenariat avec l'EMSP et ETSP pour améliorer nos prises en charge palliatives - Sensibiliser nos soignants, par nos médecins coordonnateurs « référent SP /référent CLUD », sur les spécificités des prises en charge palliatives
Politique de risque infectieux	<ul style="list-style-type: none"> - Systematiser la formation des nouveaux arrivants sur les précautions standards et complémentaires - Poursuivre des audits de pratiques en établissant un calendrier annuel : chambre des erreurs, audits ciblés sur les dispositifs à risque (picc-line, VVC, VVP...)
Projet social	Commentaire
Objectifs généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les postes d'Assistants Sociales d'appui dans les hôpitaux afin de renforcer notre rôle de liaison entre les services sociaux hospitaliers et les services sociaux de secteurs en vue de réduire les temps d'hospitalisation (à l'aide de notre Fond Social) et de prévenir les risques de ré hospitalisation pour raison sociale. - Faciliter l'accès à un plus grand nombre de personnes à un système de téléassistance - Approfondir nos réflexions pour répondre, par le biais du fond social SSV, aux besoins ponctuels de nos patients les plus précaires. - Avoir une présence active des assistantes de service social au sein du Comité d'Ethique de l'Association.

Projet des usagers	Commentaire
<p align="center">Garantir les droits des patients</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre les formations sur la bientraitance, les droits des patients et l'éthique. - Poursuivre la démarche éthique engagée dans l'établissement par le biais du Comité Ethique en intégrant les représentants des usagers. - Poursuivre les audits de prévention de la Maltraitance et Bientraitance. - Sensibiliser les équipes soignantes à la communication des éléments d'information obligatoires à l'admission. - Intégrer les RU dans les processus décisionnels de l'association

Objectif thématique : Politique de circuit du médicament	Commentaire
<p align="center">Structurer le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse :</p>	<p>Dispositions organisationnelles : Comité de pilotage Qualité, Gestion des Risques et Sécurité des Soins (CQGDRSS) / Commission Médicale d'Établissement (CME) / Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)</p> <p>Mettre à jour la cartographie des risques actualisée sur PECM.</p> <p>Informatisation des documents en lien avec le circuit du médicament dans la Ged-Qualnet.</p> <p>Développement d'une politique d'évaluation : EPP, audits.</p>
<p align="center">Promouvoir le bon usage des produits de santé et une culture qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse :</p>	<p>Définir une politique et des outils d'aide à la juste prescription : Vidal, Thériaque, recommandations de l'OMEDIT, alertes et recommandations ANSM, autres instances de l'établissement (CLUD, CME...).</p> <p>Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité du circuit de la PECM concernant la bonne utilisation des produits de santé.</p> <p>Poursuivre la sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé en systématisant le retour d'expérience (RETEX) et le signalement des évènements indésirables : formation aux méthodes d'analyse des causes (ALARM/ORION...).</p> <p>Initier la conciliation médicamenteuse sur des profils « patient » à définir (Patient avec risque iatrogénique identifié).</p>
<p align="center">Informatiser la prise en charge médicamenteuse :</p>	<p>Informatiser le circuit du médicament de la prescription à l'administration</p>

<p>Développer la politique de la prise en charge médicamenteuse des populations spécifiques (gériatrie, cancérologie), des médicaments à risques et des never events.</p>	<p>Formaliser et organiser la prise en charge médicamenteuse des populations spécifiques à risques (gériatrie notamment): liste préférentielle des médicaments pour le sujet âgé...</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier, formaliser et organiser la prise en charge médicamenteuse concernant les médicaments à risques.
--	---

Objectif thématique : RH	Commentaire
Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	<ul style="list-style-type: none"> - Exploiter les outils « type » tableaux de bord et outils de suivi élaborés (cartographie des métiers, fiches métiers, constituer référentiel de compétences, pyramide des âges, flux des entrées et sorties). - Favoriser le recrutement et l’insertion professionnelle des travailleurs handicapés. - Poursuivre les entretiens professionnels. - Maintenir pool de remplaçant AS/ IDE intervenant sur tous les sites permettant une prise de poste rapide.
La formation professionnelle et l’évolution	<p>Soutenir la politique de formation sur l’ensemble des thématiques du projet d’établissement et favoriser l’évolution professionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les recueils des besoins en formation. - Améliorer la communication sur les dispositifs de formation (CPF, CIF ...).
La qualité de vie au travail	<p><u>Maintenir et améliorer les conditions de travail et la qualité de vie au travail</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre l’identification, la quantification et l’analyse des facteurs de risques professionnels. - Poursuivre l’implication des salariés dans la recherche des actions d’amélioration. - Poursuivre l’implication des professionnels dans l’organisation du travail : notamment lors des changements d’horaires. - Favoriser la cohésion interservices. - Poursuivre le développement des outils numériques.
La communication et le dialogue social	<p><u>Renforcer la communication interne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre des enquêtes de satisfaction une fois par an en lien avec la QVT. - Améliorer et renforcer le processus d’intégration des nouveaux salariés (en redéfinissant un parcours d’intégration des nouveaux salariés, la connaissance des fiches de poste à l’embauche...).

	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la communication sur le processus de certification de la structure. - Développer l'implication des responsables de service au processus de certification de la structure. - Systématiser le retour sur les erreurs dans chaque service « culture qualité » - Optimiser les outils d'information et de communication (GED accessible sur les PDA) ...
--	---

Projet logistique et technique	Commentaire
Logistique	Réflexion sur l'organisation du service logistique au regard de l'évolution de l'activité et des projets de l'association Réflexion sur la dématérialisation des supports de commande
Parc automobile	Optimiser la gestion des véhicules de secours. Développer les formations des salariés de l'Association aux risques routiers. Anticiper la mise en place des équipements « NEIGE » l'hiver. Mettre en place un logiciel de gestion du parc automobile.

Politique Qualité et gestion des Risques Sécurité des Soins	Commentaire
Promouvoir la culture Qualité gestion des risques et des vigilances	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la démarche de gestion des risques pluriprofessionnelle. - Identifier l'ensemble des risques, les analyser et les traiter. - Assurer un retour d'expérience aux équipes. - Maîtriser les vigilances sanitaires. - Maîtriser les risques environnementaux et répondre aux enjeux du développement durable
Renforcer la politique d'Identification du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir une identification correcte des patients tout au long de leur parcours de soins - Déployer l'INS dans tous les usages, en conformité avec les attendus RNIV ; - Sécuriser les échanges d'informations personnelles de santé avec les correspondants extérieurs, dans le respect des droits du patient et des normes d'interopérabilité... - Garantir la formation des professionnels
Accroître la culture Qualité et sécurité des soins chez toutes les parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la culture de sécurité des professionnels ; - Développer la culture positive de l'erreur : déclaration et analyse des FEI - Permettre l'accès à l'ensemble des professionnels au dispositif informatisé de déclaration des EI

	<ul style="list-style-type: none"> - Accroître la participation de l'ensemble des professionnels aux analyses des causes profondes des EI - Systématiser le retour d'expérience aux professionnels
Améliorer la satisfaction du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre l'amélioration du taux de retour des enquêtes de satisfaction - Suivre le traitement des plaintes et réclamations - Suivre le traitement des demandes d'accès au dossier patient - Renforcer l'engagement du patient et la place de l'utilisateur dans le dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Développer une culture de la pertinence et du résultat
Evaluer la gestion des droits et promotion de la connaissance des droits des usagers	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre des actions de formation, sensibilisations destinées aux patients et favorisant sa Prise en charge - Impliquer le patient/aidant dans la mise en œuvre du projet de soins - Réaliser un audit annuel sur la bientraitance - Former et Sensibiliser l'ensemble du personnel à la prévention de la maltraitance

8. Une croissance à poursuivre dans une logique de territoire

A. Un historique réglementaire

Afin d'appréhender au mieux la dimension du service HAD et les évolutions de sa capacité d'accueil, il est opportun de rappeler brièvement l'historique récent des évolutions réglementaires nationales, régionales et spécifiques à l'Association SSV.

⇒ *Septembre 2003 : l'Ordonnance du 30 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du système de fonctionnement du système de santé*

Cette ordonnance fait disparaître le taux de change qui imposait la disparition de 2 lits d'hospitalisation d'hôpital ou clinique avant toute création d'un lit d'HAD ainsi que la suppression de l'opposabilité de la carte sanitaire aux structures d'hospitalisation à domicile.

Cette levée de ces dispositifs de régulation de l'offre de soin a permis d'encourager particulièrement le développement des places d'HAD. La notion de taux d'équipement territorial disparaît et l'activité d'HAD n'est pas contingentée par un volume plafond.

⇒ *2006 : autorisation d'extension de capacité de l'HAD de l'Association SSV par l'ARH précisant que :*

- La capacité d'accueil est fixée à 69 places
- La zone d'intervention du service concerne désormais : l'ensemble du territoire de santé n°8 : VAR OUEST

⇒ *2006 : la loi de Financement de la Sécurité Sociale 2006*

Cette Loi permet aux établissements d'HAD d'être désormais intégralement financés sur le modèle médico-économique. (Abandon de la mixité des ressources T2A +DAC)

Le déploiement de l'activité ne devient limité que par la couverture géographique autorisée du service, le volume de séjours répondant à l'encadrement du dispositif tarifaire de la T2A.

⇒ **26 mars 2007 : signature du 1^{er} CPOM entre l'HAD et l'ARH**

- L'annexe 1 relative aux orientations stratégiques précise les objectifs du service :
 - 1- Déployer et mettre en œuvre une activité départementale
 - 2- Poursuivre le développement de la chimiothérapie à domicile
 - 3- Préserver le caractère polyvalent du service
 - 4- Garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins
 - 5- Renforcer les compétences des professionnels en fonction des caractéristiques des patients hospitalisés
- L'annexe 2 relative aux objectifs quantifiés de l'offre de soins confirme :
 1. Le caractère polyvalent du service
 2. Le territoire d'intervention du service : L'ensemble du Var Ouest.
 3. L'absence de limitation quantitative de l'activité déployée

Les éléments du CPOM ainsi que les évolutions réglementaires évoquées rendent ainsi caduque la capacité d'accueil de 69 places.

Les services d'hospitalisation à domicile doivent désormais être appréhendés comme une offre de soins répondant aux besoins de la population d'un territoire, la régulation de l'activité reposant sur le modèle de financement médico-économique de l'activité.

Ainsi notre service s'est-il efforcé de poursuivre son développement en apportant une réponse sanitaire adaptée aux besoins des habitants du territoire.

⇒ **2023 : le PRS 3 PACA:**

Il s'agit ici de mettre en évidence quelques extraits du texte permettant de comprendre le positionnement de l'Association SSV au regard des orientations régionales de santé.

B. Evaluation des besoins

Globalement, en France, il existe un consensus pour reconnaître un besoin de développer l'HAD

Ce consensus a conduit à mettre en œuvre des moyens propres à favoriser ce développement. On citera :

- Le Plan Hôpital 2007 et son objectif national de 8 000 places d'HAD autorisées en 2005, ce qui correspond à un taux d'équipement de 13,5 places pour 100 000 habitants.
- **L'annonce en 2006 d'un objectif national de 15 000 places à l'horizon 2010 ce qui correspond à un taux d'équipement de 24 places pour 100 000 habitants.**
- Un traitement particulier de l'HAD au sein de la réforme de l'organisation des soins :
 - Suppression immédiate du caractère opposable de la carte sanitaire, ordonnance.
 - Suppression du taux de change hospitalisation complète / places d'HAD,
 - Inscription de l'HAD dans la liste des volets obligatoires du SROS.
 - **Limitation des objectifs quantifiés opposables au nombre de sites d'implantation**
- **Référence à l'intérêt de ce type de prises en charge dans plusieurs circulaires** relatives à l'organisation des soins :
 - Filière gériatrique
 - Prise en charge des urgences
 - Cancérologie

- **Financement selon la Tarification à l'Activité à 100 % dans les secteurs publics et privés à compter du 1^{er} janvier 2006** pour cette modalité de prise en charge »

⇒ Les activités du service d'hospitalisation de l'association SSV se sont également appuyées sur les recommandations générales du SROS dont on peut retenir les principaux extraits suivants :

En 2023 « **L'objectif principal est de renforcer le recours à l'hospitalisation à Domicile** »

Notre analyse prend donc appui le PRS2 ET PRS3 (en cours de rédaction), et le plan stratégique régional de santé

CPOM 2019-2024

⇒ *Orientations stratégiques du CPOM 2019-2024*

- 1 - Renforcer l'accessibilité, la qualité et la pertinence du système de santé**
- 2 - Structurer les parcours de santé dans 7 domaines prioritaires**
- 3 - Organiser la santé au niveau des territoires**

Un nouveau CPOM pour l'HAD sera contractualisé au regard des objectifs du PRS III.

2023 : Vers un nouveau projet d'établissement lié au nouveau PRS 3

Le précédent projet d'établissement couvrait la période 2018-2022 et le nouveau concerne la période 2023-2027

Nous sommes toujours dans l'attente de la parution du PRS III afin de nous permettre de finaliser les réflexions relatives au projet de management et de faire coïncider les projets internes avec la temporalité des politiques de santé :

- a- Le projet de nouvelle gouvernance de SSV a entretenu des réflexions et a pu être finalisé au cours de l'année 2023 et approuvé par le Conseil d'Administration. Il constitue le socle du projet organisationnel et managérial présenté dans notre projet d'établissement.
- b- Il nous a également semblé opportun de caler notre projet sur les orientations de santé publique :
 - **La publication de la feuille de route stratégique nationale Ministérielle 2021-2026** : sept axes sont déclinés en leviers et actions concrètes à même d'impliquer l'ensemble des décideurs concernés, en proximité et dans les territoires :
 - Améliorer la connaissance de l'HAD et l'attractivité de cette activité,
 - Renforcer la place de l'HAD dans l'organisation territoriale sanitaire,
 - Développer l'articulation entre l'HAD et le secteur social et médico-social et renforcer le rôle dans le parcours des personnes âgées, en situation de handicap ou de précarité,
 - Renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge en HAD,
 - Faire de l'e santé et du numérique un levier de la diversification des prises en charge,
 - Permettre au patient et à ses aidants d'être acteurs dans le parcours en HAD,
 - Développer la recherche et l'innovation en HAD.

Parallèlement, 2023-2024 marquera également l'année du renouvellement du régime des autorisations et la signature du CPOM de l'HAD.

La réforme des autorisations pour l'hospitalisation à domicile vient mettre en place plusieurs mentions, il y a la mention socle, dont les conditions sont minimales à toutes les HAD. Une exception est cependant possible pour les HAD qui exerçaient déjà les mentions spécialisées, avant la publication des décrets, qui doivent uniquement se conventionner avec une HAD autorisée en mention socle.

Il y a 3 autres mentions :

- Enfants de moins de 3 ans
- Ante et post partum
- Réadaptation

L'HAD continue de disposer d'une zone d'intervention déterminée. Le déploiement de l'activité ne devient limité que par la couverture géographique autorisée du service, le volume de séjours répondant à l'encadrement du dispositif tarifaire de la T2A.

A. Projet Régional de Santé II-III Volet HAD

Le PRS III est en cours d'élaboration pour une publication en fin 2023 (publication prévue au JO 31/10/2023).

Le plan stratégique régional de santé a fixé 7 grandes priorités dans l'ensemble des champs de son activité : la prévention, les soins ambulatoires et hospitaliers et les prises en charge médico-sociales. Ces priorités définissent les orientations stratégiques du projet régional de santé :

- Inégalités de santé : réduire les écarts d'accès à la santé
- Handicap et vieillissement : prévenir et accompagner la perte d'autonomie
- Risques sanitaires : mieux anticiper et renforcer la veille et la gestion des crises
- Périnatalité et petite enfance : promouvoir l'égalité de santé dès la naissance
- Maladies chroniques : améliorer la qualité de vie et prévenir les complications
- Santé mentale et addictions : mieux soigner, mieux accompagner

Le PRS 3 intègre un volet HAD qui décline 4 objectifs opérationnels :

- 1- Positionner les HAD pour fluidifier le parcours du patient
- 2- Améliorer l'efficacité des structures d'HAD
- 3- Homogénéiser la couverture territoriale dans leur polyvalence et dans leurs spécialités
- 4- Améliorer la qualité

B. Les aspects quantitatifs

Bien qu'il n'existe pas d'Objectif Quantifié d'Offre de Soins (OQOS) qui contingenterait l'activité d'HAD, il est cependant important d'appréhender le dimensionnement du service en termes de capacité d'accueil. En complément des analyses précédentes, la capacité du service d'HAD doit également s'appuyer sur le critère du taux d'équipement cible, fixé par le ministère de la santé à **35 places pour 100 000 habitants**.

Secteurs d'implantation	2023	2024	2025	2026	2027
Population du territoire	1102299	1108692	1112122	1211590	1280956
Taux de progression annuel (Source PSRS PACA)	0.58%				
Capacité théorique du VAR	385	390	395	400	405
Capacité totale retenue	360	370	380	390	400

L'étude démographique de notre territoire d'implantation permet de mettre en évidence le fort potentiel de développement pour la structure. Notre expérience de la gestion de la croissance nous pousse à la prudence et à ramener notre objectif capacitaire à 400 places à l'horizon 2027. La vitesse de montée en charge est toujours difficile à appréhender car elle dépend de nombreux facteurs qui pour certains sont indépendants des actions de l'Association SSV (démographie des professionnels sur une zone par exemple).

9. Une gouvernance adaptée aux évolutions

Depuis leur création il y a plus de 40 ans, les services de l'Association ont régulièrement bénéficié d'extensions de leur capacité d'accueil, en réponse à un besoin croissant de la population et dans le respect des politiques successives de santé publique.

Un coup d'accélérateur à cette croissance a été porté ces dernières années avec les autorisations d'extensions importantes du service HAD.

Si nous avons toujours su adapter notre fonctionnement à notre croissance, permettant ainsi de soutenir et d'encourager le fort dynamisme qui caractérise SSV, nous constatons aujourd'hui que la taille de la structure et les perspectives de développement nous positionnent à un carrefour historique qui impose une adaptation permanente de notre organisation à ces évolutions.

Ce constat, unanimement partagé par les membres du Conseil d'Administration, a conduit à mettre en place un nouveau modèle organisationnel de SSV en phase avec les enjeux de croissance que nous avons identifiés.

Le Conseil d'Administration a donc approuvé un nouveau modèle organisationnel qui constitue le socle de notre modèle de gestion et de management et qui revêt une portée transversale majeure à toutes les activités et services de l'association.

Ce modèle de fonctionnement mixte s'appuie notamment sur le renforcement des équipes en fonction de l'évolution de l'activité, ainsi qu'un développement plus soutenu de l'intervention des partenaires libéraux.

Il permettra, outre la consolidation du développement antérieur, la poursuite de la croissance des activités de l'Association, notamment celle du service d'HAD.

Cette nouvelle organisation devra également permettre de développer le champ coopératif de l'Association avec tous les partenaires institutionnels et professionnels du secteur.

L'Association SSV verra ainsi renforcée la dynamique partenariale existante et se développer son positionnement dans le paysage sanitaire et médico-social par son ouverture accrue vers toutes les composantes de son environnement.

10. Impact économique pluriannuel prévisionnel

Plan pluriannuel prévisionnel de développement de l'HAD SSV

La croissance prévisionnelle de l'activité

Plan de développement de l'HAD SSV de 2023-2027	Année 2023	Année 2024	Année 2025	Année 2026	Année 2027
Places	360	370	380	390	400
Total des journées	131 400	135 050	138 700	142 350	146 000

Le développement de la capacité du service s'inscrit dans la dynamique que souhaite engager l'Association afin de répondre aux objectifs de la DGOS et de l'ARS PACA. La progression annuelle moyenne est de 10 places correspond à ce que le service a déjà connu les années précédentes. Ce rythme est donc à la fois cohérent et réaliste.

L'incidence économique

Le GHT moyen retenu pour le plan correspond à la moyenne enregistrée au cours des 3 derniers exercices. Les nombreuses incertitudes concernant l'avenir nous ont conduits à présenter un plan de financement à GHT constant sur toute la période. Cela signifie également que le développement « en nature » de l'activité (modes de prises en charge principaux et associés, typologies des patients admis) est appréhendé selon un principe de linéarité.

L'expérience de la croissance antérieure du service a montré la très forte variabilité de la typologie des prises en charge d'une année sur l'autre et la fragilité de certaines projections.

Il s'agit donc ici de présenter une approche tendancielle et macroéconomique de l'évolution financière du service tout en restant aussi précise et réaliste que possible.

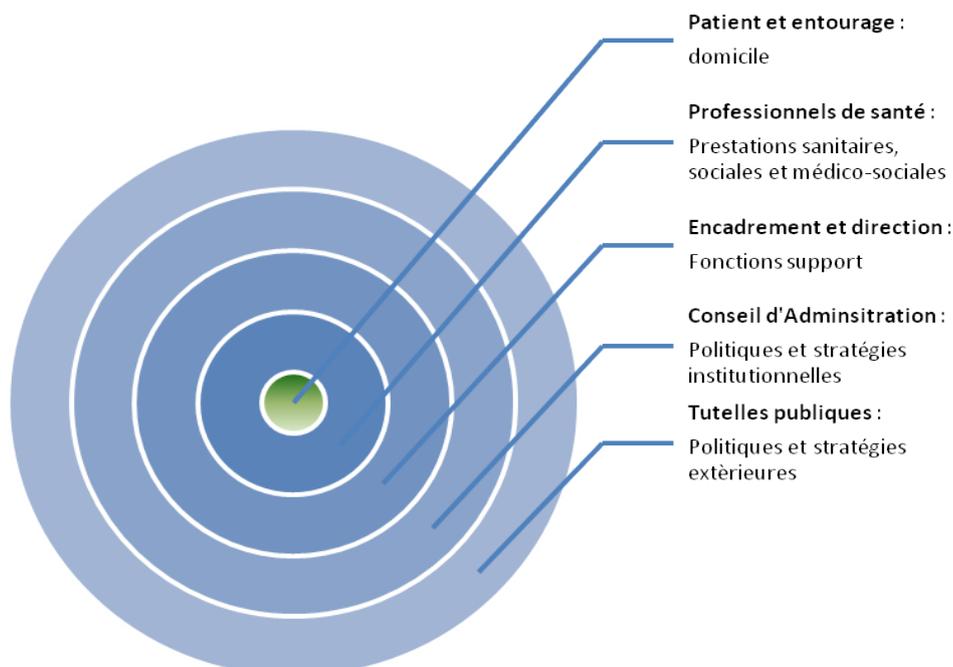
	Année 2023	Année 2024	Année 2025	Année 2026	Année 2027
Total des produits versés par l'Assurance Maladie	26 280 000	27 010 000	27 740 000	28 470 000	29 200 000

Le tableau récapitulatif des produits versés par l'Assurance Maladie vise à mettre en évidence le coût prévisionnel pour l'ARS du développement du service.

PARTIE 2 - ORGANISATION GÉNÉRALE ET MANAGEMENT

1. Le modèle managérial

A l'instar du précédent projet d'établissement, l'Association privilégie le modèle concentrique qui repose sur le principe d'une convergence de toutes les compétences vers le métier fondamental de l'établissement : les soins délivrés au patient.



Les personnels ne sont pas ici identifiés isolément mais sont intégrés dans un système qui positionne un lien de subordination direct avec le métier qu'ils doivent accomplir.

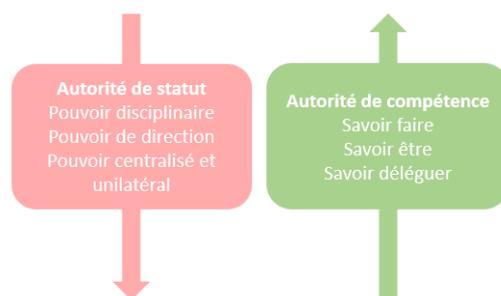
Les fonctions support peuvent être définies comme étant l'ensemble des services d'administration générale qui soutiennent les services qui mettent en œuvre les politiques sanitaires et sociales définies par le Conseil d'Administration. Elles apportent un appui et une aide opérationnelle et méthodologique.

Au sein de l'Association SSV, les fonctions support concernent les services de :

- Ressources Humaines
- Finances
- Logistique
- Système d'Information
- Qualité

A. La notion de hiérarchie fait écho à celle d'autorité

De manière très schématique, on peut distinguer deux formes d'autorité liées soit à l'institution soit à la personne elle-même. Dans la réalité les deux formes cohabitent et s'expriment dans des proportions qui évoluent en fonction de la nature des individus investis d'autorité, en fonction des situations rencontrées et aussi en fonction du temps.



Ainsi, selon un principe comparable aux différents modes de management, l'usage d'une forme d'autorité ou d'une autre peut alterner et ne peut répondre à un modèle prédéfini. Il s'agit donc pour l'Association SSV de définir la tendance qu'il est souhaitable de privilégier.

Ainsi l'autorité de statut caractérise une autorité :

- ⇒ Acquis de droit, contractualisée avec l'employeur : cela confère une légitimité « a priori » lors de la prise de fonction.
- ⇒ Imposée au personnel unilatéralement selon un mode directif
- ⇒ Etablie au sein de l'organigramme hiérarchique : positionnement clair du décideur
- ⇒ Indépendante de la personnalité du responsable
- ⇒ Fondée juridiquement, peu opposable à l'établissement (mandant)

Dans la durée, l'autorité de statut peut générer un sentiment de pesanteur (poids de la hiérarchie) qui amoindrit l'adhésion collective aux décisions, affaiblit la reconnaissance du responsable par les équipes (risque de disqualification à l'extrême) et comporte un risque d'insubordination.

L'autorité de compétence caractérise une autorité :

- ⇒ Conquise au fil du temps, « accordée » par les salariés : cela confère une légitimité à distance de la prise de fonction
- ⇒ Présentée au personnel qui dispose d'une liberté d'appréciation selon un mode participatif
- ⇒ Reconnue au sein de l'organigramme fonctionnel
- ⇒ Dépendante de la personnalité du responsable
- ⇒ Fondée socialement, peu opposable au responsable (mandataire)

Dans la durée, l'autorité de compétence détermine une capacité d'intégration du responsable, d'appropriation des métiers, de compréhension des processus, d'empathie sociale auprès des personnels et d'élévation globale de son niveau d'expertise. La compétence ainsi reconnue favorise l'adhésion et l'acceptation des décisions prises.

Dans tous les cas, l'usage de l'autorité doit rester un instrument de management, un levier de gestion des individus, un outil de pilotage des groupes.

Etroitement lié au mode de management déployé et à la personnalité du responsable, l'usage de l'autorité ne saurait constituer une réponse à une incapacité individuelle et encore moins aboutir à un abus de pouvoir.

Au fil du temps, l'autorité de statut doit laisser une place croissante à l'autorité de compétence sans toutefois ne jamais disparaître.

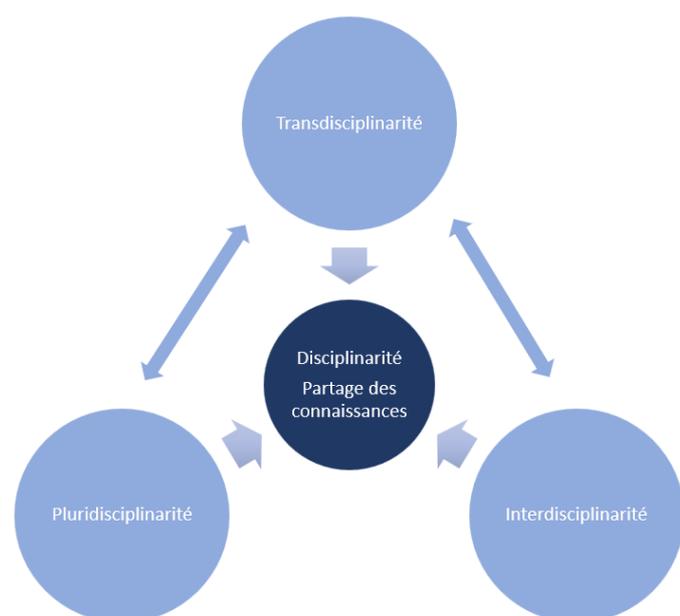
Pour les managers de l'Association SSV, il s'agit donc de faire coïncider leur parcours professionnel avec l'objectif d'un accroissement régulier de leurs compétences, soutenant ainsi l'élévation individuelle et collective des capacités et aptitudes.

B. Les relations fonctionnelles trouvent leur fondement dans l'intérêt que perçoivent les individus à partager des compétences et des savoirs.

La pertinence et l'efficacité de ce partage ne reposent pas sur un aménagement empirique des relations entre les individus mais s'appuient sur une organisation réfléchie et structurée des flux de compétences et de savoirs entre les acteurs et les disciplines concernés.

C'est de cette idée de partage qu'est né le concept moderne de disciplinarité.

« La disciplinarité, la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité sont les quatre flèches d'un seul et même arc : celui de la connaissance. »¹



Quelques définitions repères :

- *La pluridisciplinarité* concerne l'étude d'un objet d'une seule et même discipline par plusieurs disciplines à la fois,
- *L'interdisciplinarité* concerne le transfert des méthodes d'une discipline à l'autre,
- *La transdisciplinarité* concerne ce qui est à la fois entre, à travers les différentes disciplines et au-delà de toute discipline.

Si les termes d'interdisciplinarité et de pluridisciplinarité sont habituellement évoqués dans les établissements sanitaires et médico-sociaux comme modèle d'échange entre professionnels, la « troisième dimension de la disciplinarité » est en revanche moins fréquente.

Ainsi la transdisciplinarité vise à dépasser les cloisonnements entre les disciplines et favorise la communication entre les disciplines du savoir habituellement séparées. Elle est multidirectionnelle et complète les deux autres approches.

A titre d'illustration, si le sujet d'un débat portait sur la démarche palliative, la transdisciplinarité pourrait alors consister à compléter l'analyse par une approche du sens de la vie et de la mort dans notre société. Les réflexions pourraient également présenter un abord spirituel ou bien encore une évolution de la pensée et du savoir au fil du temps.

¹ Basarab Nicolescu, [La transdisciplinarité](#), Manifeste, Éditions du Rocher, Monaco, 1996.

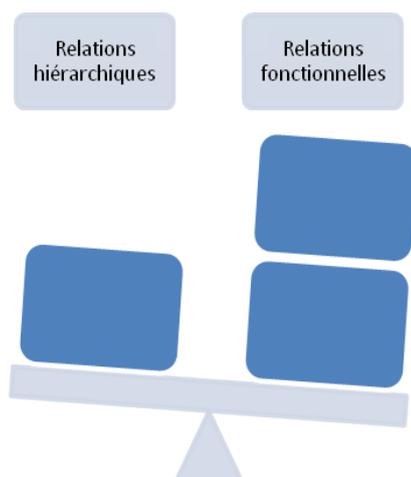
Ainsi la transdisciplinarité est multidirectionnelle et complète les dimensions du partage des connaissances entre les individus.

Les relations fonctionnelles déployées au sein de l'Association SSV doivent s'inspirer du concept de disciplinarité qui offre une garantie élevée de qualité des échanges et de pertinence des décisions prises en prenant appui sur une consultation très large.

C. Relations hiérarchiques et fonctionnelles : le juste déséquilibre !

Dans le cadre du projet d'établissement, l'Association SSV poursuit plusieurs objectifs en matière de relations humaines :

- Dynamiser la communication
- Développer la transversalité
- Solliciter toutes les compétences et expertises
- Encourager l'expression et le partage des idées
- Rechercher l'adhésion la plus large
- Renforcer la pertinence des conclusions
- Maîtriser l'usage de l'autorité
- Entretenir un climat de respect mutuel



Pour espérer atteindre ces objectifs, les managers doivent privilégier les liens fonctionnels entre les individus et recourir avec discernement et parcimonie à l'autorité.

Un management à géométrie variable

La typologie du management mis en œuvre au sein d'un établissement est habituellement décrite selon un modèle unique qui incarnerait un idéal adapté à toute situation.

La réalité est bien différente et la diversité des modes managériaux déployés est fonction de la diversité des sujets abordés, des acteurs concernés, de l'époque, des enjeux et du contexte institutionnel.

L'identification des modèles permet donc d'orienter les choix managériaux des responsables en fonction de la situation en analysant objectivement les points forts, les risques et les limites du modèle retenu.

La démarche participative s'appuie sur le concept de « démocratie sociale », spontanément très partagé. Il convient cependant de mesurer les limites situées aux extrémités d'un tel modèle.



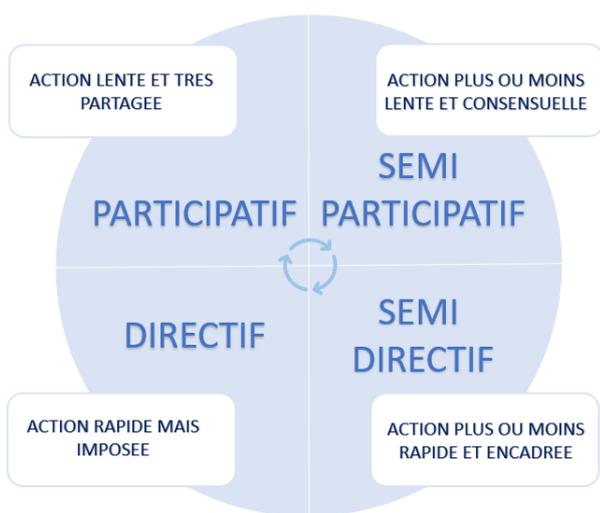
De manière générale et pour identifier une tendance institutionnelle, le management semi-participatif présente une approche qui doit être fréquemment privilégiée.

L'opportunité d'un management directif s'analyse également en connaissance de la force du modèle et de ses limites. Il convient à l'Association SSV de recourir préférentiellement au mode semi-directif et de faire de toute décision unilatérale et imposée une exception.



Il s'agit d'analyser chaque situation, chaque question ou problème, dans toutes leurs dimensions, afin de déterminer le modèle managérial à mettre en œuvre le plus capable de répondre aux objectifs fixés mais en gardant toujours à l'esprit l'existence de zones à risque.

Le management souhaitable pour l'institution doit s'attacher à associer les personnels aux débats et rechercher des solutions qui rassembleront une adhésion positive des équipes. Les décisions et choix devront être dictés en application du principe de responsabilité tout en évitant, autant que possible, le recours aux démarches qui génèrent une importante inertie dans l'action ou dont la radicalité fragilise l'atteinte des objectifs.



D. Le processus décisionnel



Les interrogations posées à l'institution doivent toujours trouver leur origine, de manière plus ou moins directe dans l'accomplissement du métier principal que les réponses apportées doivent bien sûr impacter.

En dehors d'une situation exceptionnelle justifiant le recours à un management directif, le processus de décision ne peut faire l'économie d'une consultation des équipes concernées au risque de heurter le principe de communication ascendante et descendante que l'Association SSV souhaite mettre en œuvre.

Eluder cette consultation fragilise toute décision et entache sa légitimité auprès des acteurs qui devront l'appliquer.

La consultation (éventuellement la négociation) et la décision sont deux étapes bien distinctes qui impliquent respectivement le secteur opérationnel et décisionnel et donc des acteurs parfois différents.

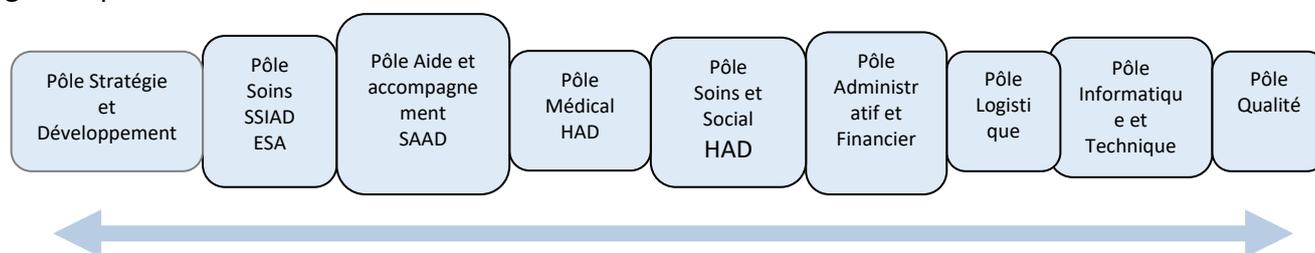
La recherche du consensus doit être un objectif mais pas un impératif car la décision prime sur l'absence de décision ; la direction donnée prime sur l'incertitude de positionnement.

2. Organisation managériale et de gouvernance

A. Les pôles : une logique transversale

Les récentes réflexions conduites dans le cadre préparatif du projet d'établissement ont permis de définir les grands axes d'une nouvelle gouvernance de la structure basée sur une organisation en pôles managériaux et secteurs opérationnels d'activité.

Le premier niveau de découpage de l'organisation de l'association est ainsi représenté par neuf grands pôles.



Tous les services, toutes les activités et tous les champs de compétence présents à l'Association sont couverts par ce schéma.

Les perspectives et évolutions futures sont également intégrées dans le pôle stratégie et développement.

La transversalité, symbolisée par la flèche horizontale, est un élément essentiel de l'organisation cible.

Elle est le pendant du modèle managérial retenu pour l'association, modèle basé sur une communication ascendante et descendante de tous les acteurs et de tous les services.

B. Les secteurs : au plus près des métiers

Les secteurs constituent un niveau de subdivision nécessaire pour atteindre tous les métiers et processus déployés dans l'association.

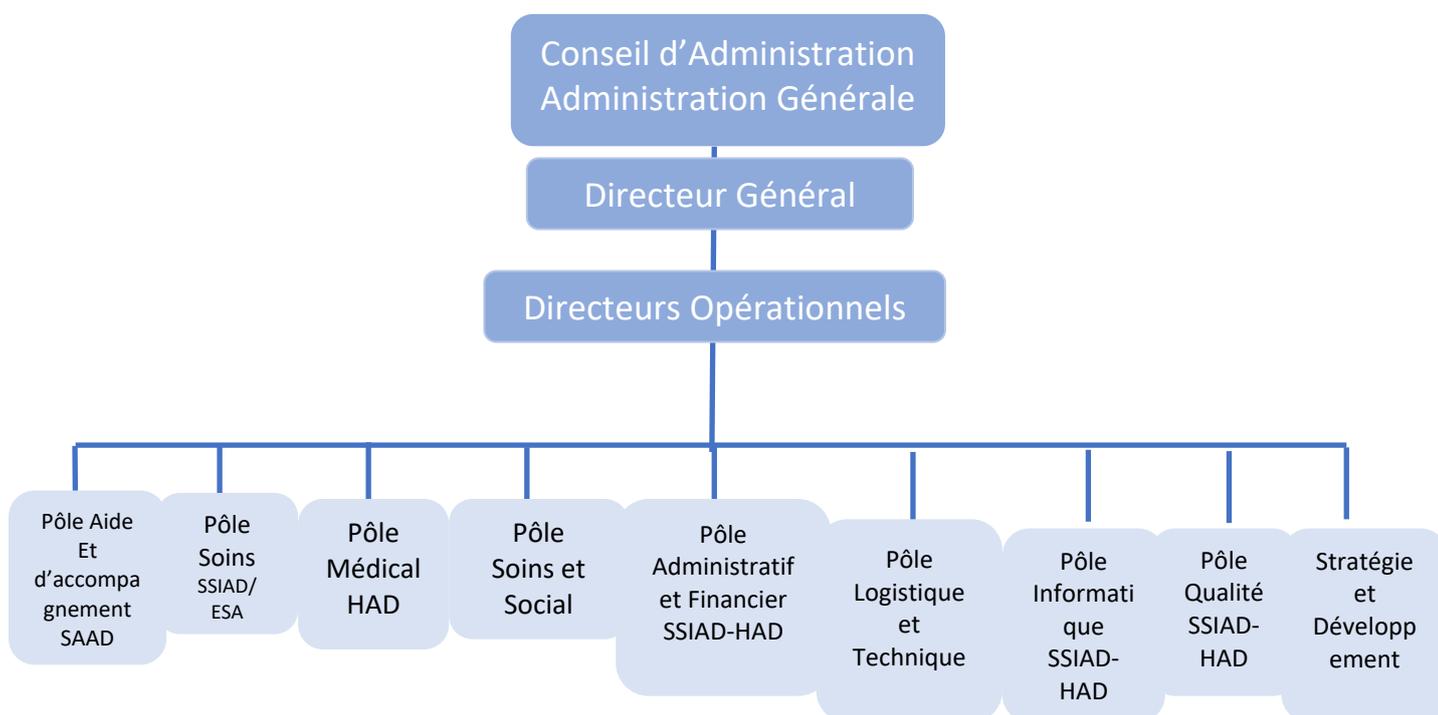
Cette organisation permet également à tout le personnel de bien repérer sa position dans une unité et dans un ensemble.

La déclinaison d'un organigramme hiérarchique et fonctionnel devient ainsi plus simple à réaliser et donc plus facile à comprendre et à intégrer.

Organigramme fonctionnel par pôles

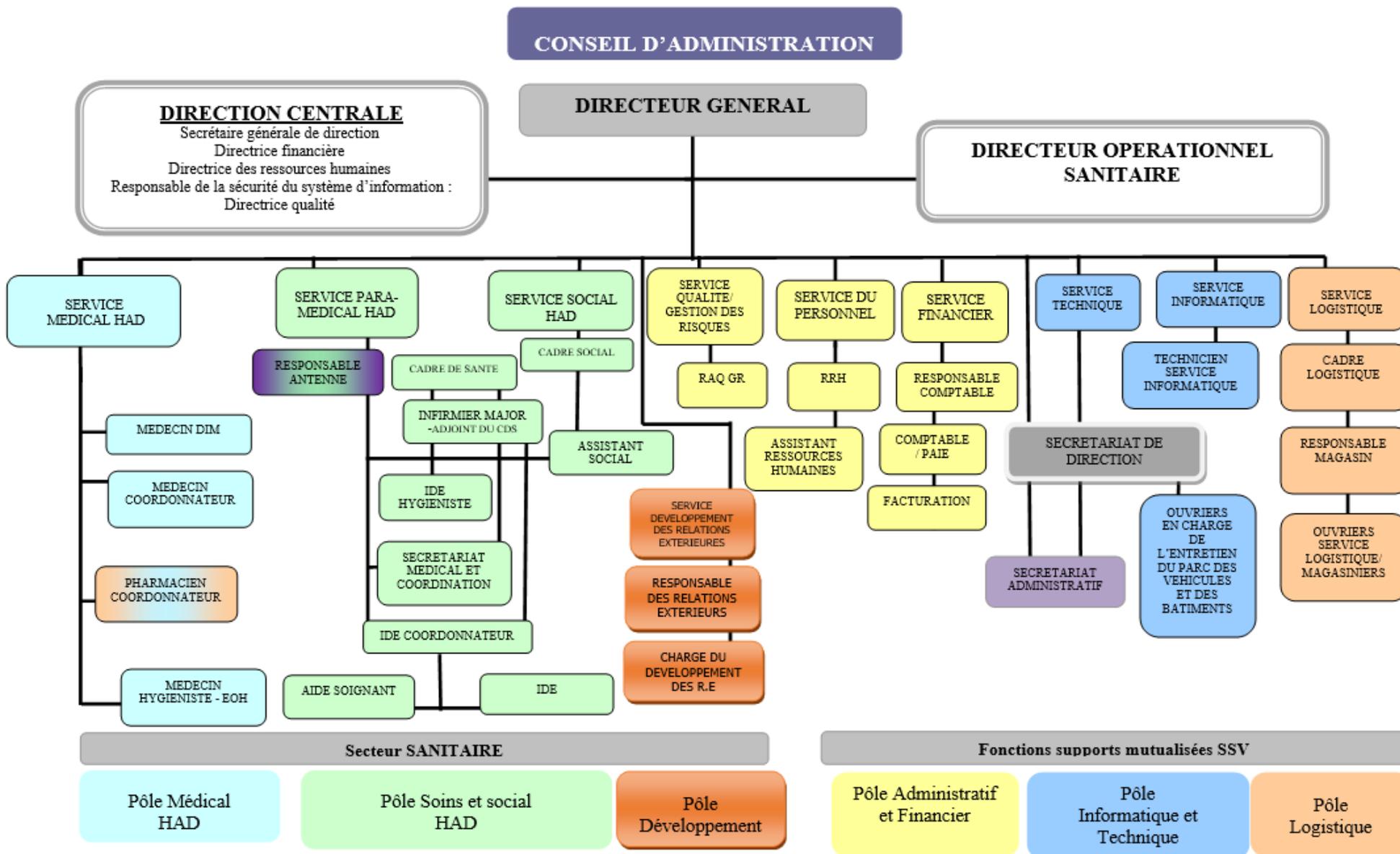
Cette présentation permet d'identifier les acteurs qui pilotent les pôles

C. Organigramme des pôles





Organigramme fonctionnel Sanitaire



Mai 01/01/2023



Organigramme fonctionnel Médicosocial

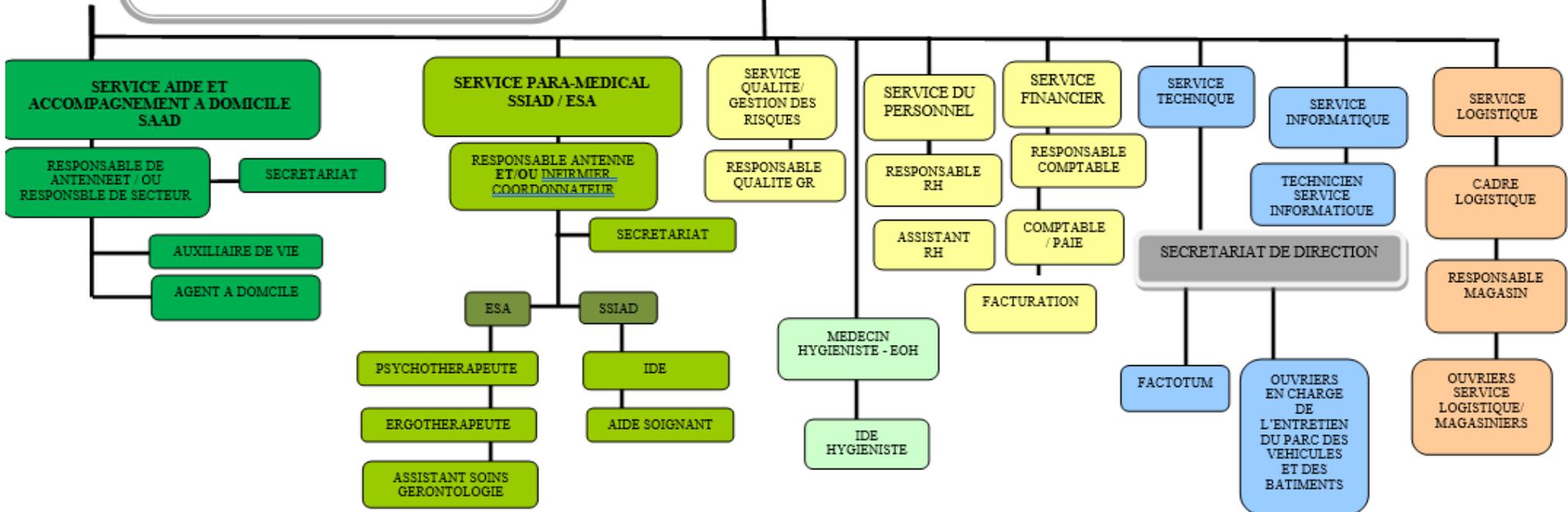
CONSEIL D'ADMINISTRATION

DIRECTEUR GENERAL

DIRECTION CENTRALE

Secrétaire générale de direction
Directrice financière
Directrice des ressources humaines
Responsable de la sécurité du système d'information
Directrice qualité

DIRECTEUR OPERATIONNEL MEDICOSOCIAL



Secteur MEDICOSOCIAL

Fonctions supports mutualisées SSV

Pôle Aide et accompagnement SAAD

Pôle Soins SSIAD/ESA

Pôle Hygiène

Pôle Administratif et Financier

Pôle Informatique et Technique

Pôle Logistique

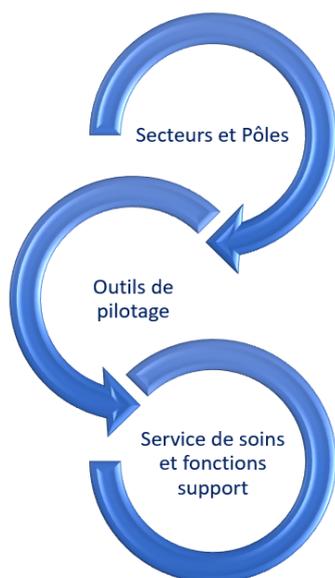
3. Les outils de pilotage de l'établissement

L'envergure de l'association est telle que son pilotage nécessite un fonctionnement spécifique et structuré.

Cette organisation permet à chaque service de bénéficier de tous les champs d'expertise nécessaires au fonctionnement d'un établissement sanitaire et médico-social.

Tout a été pensé dans une logique de réciprocité totale des compétences où « tous profitent à chacun et chacun à tous » !

Une organisation basée sur l'interdépendance des services et des acteurs



Ce modèle permet de mobiliser toutes les ressources de l'Association dans toutes les directions et de disposer de tous les bras de leviers internes à tout moment.

C'est dans un esprit de partage et d'efficacité qu'il a été pensé afin de faire bénéficier à chacun de l'effet de taille de la structure et d'une dimension pluri et interdisciplinaire.

Cela a bien entendu un effet direct sur la qualité des prises en charges mises en œuvre mais impacte également positivement la gestion des services en favorisant les économies d'échelle et la rationalisation des ressources disponibles.

4. La Gestion des ressources financières

Le service financier, piloté et encadré par la Directrice Financière et le contrôleur de gestion, s'appuiera sur un positionnement institutionnel à la fois autonome et transversal. Cette organisation nouvelle renforcera l'expertise économique et financière de l'Association et « sécurisera » encore davantage l'économie globale des services.

Le secteur financier est représenté schématiquement par les missions principales suivantes :

- Contrôle de gestion
- Suivi des caisses
- Reporting
- Gestion budgétaire
- Comptabilité analytique
- Gestion comptable
- Gestion et suivi de la facturation générale, médicale et inter-services
- Suivi de la trésorerie
- Etablissement des bulletins de salaire
- Vérification des variables de paie

- Gestion comptable de la paie
- Suivi des créances clients et des crédits fournisseurs
- Flux de l'économat
- Relations clients / fournisseurs

Le service financier se compose d'un contrôleur de gestion, de deux comptables, d'une aide-comptable et de trois facturières.

LES AXES D'AMELIORATION 2023-2027

↳ Poursuivre l'amélioration de la gestion budgétaire

- Poursuivre :
 - Les activités du contrôle de gestion
 - Les analyses des coûts et responsabilisation budgétaire interne
- Amélioration des outils de la comptabilité analytique

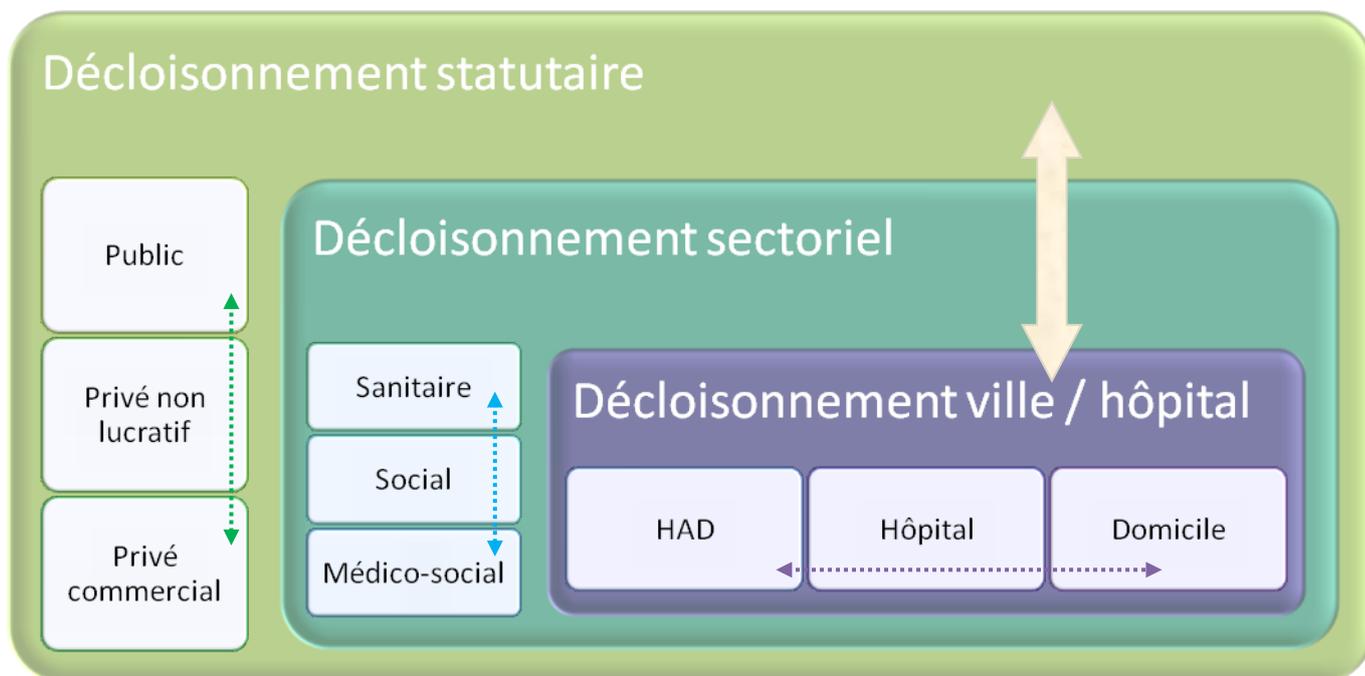
Ces actions permettront de mieux anticiper les évolutions d'activités, de mettre en adéquation les moyens humains et matériels pour réaliser les objectifs opérationnels tout en recherchant l'efficacité.

↳ Poursuivre la démarche qualité du secteur comptabilité ayant pour objectif d'accroître la garantie de la bonne tenue de la comptabilité et de sa conformité à la réglementation par la poursuite :

- des procédures internes relatives à la gestion des flux financiers
- de la procédure de validation des dépenses,
- de la procédure de traitement des indus,
- de la procédure de contrôle :
 - Contrôle et suivi des encaissements et des budgets
 - Contrôle et suivi des paiements
 - Anticipation des remarques URSSAF

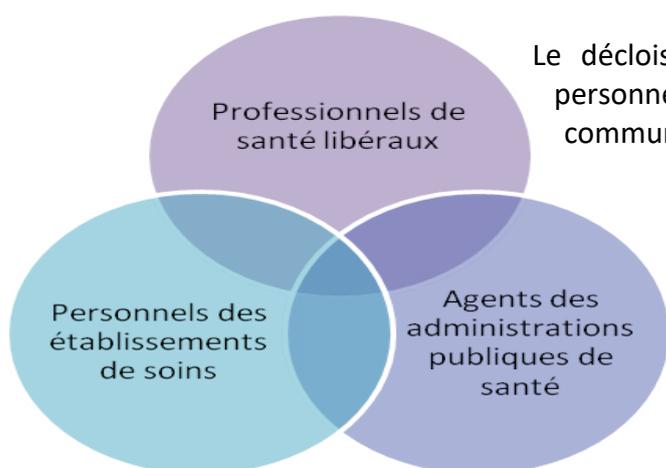
5. La politique de coopération

A. *Coordonner c'est d'abord décloisonner*



Le véritable enjeu de la coordination passe par notre capacité à promouvoir l'interdisciplinarité et à développer les interfaces entre secteurs, établissements et acteurs.
Ce décloisonnement est une nécessité qui permet la convergence des compétences et l'efficacité d'un système de santé.

B. *Décloisonner c'est aussi se rencontrer*



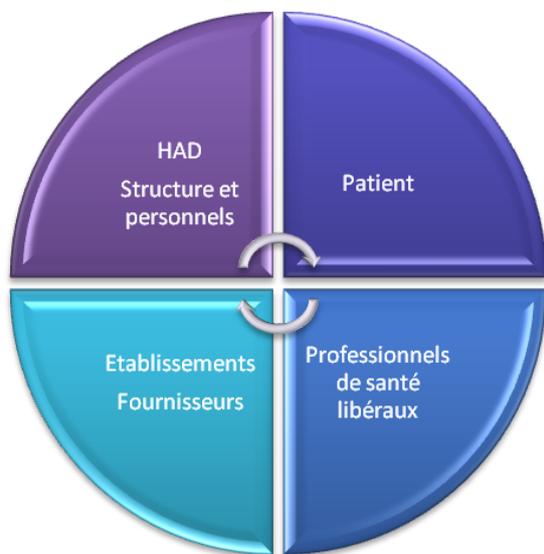
Le décloisonnement des pratiques repose sur la capacité des personnes à échanger, à communiquer autour d'un sujet commun : la prise en charge des patients.

Cette pluridisciplinarité doit s'exporter en dehors des murs de l'Association SSV et promouvoir une communication élargie, base de tout projet coopératif.

C. Se rencontrer c'est reconnaître des relations d'interdépendance

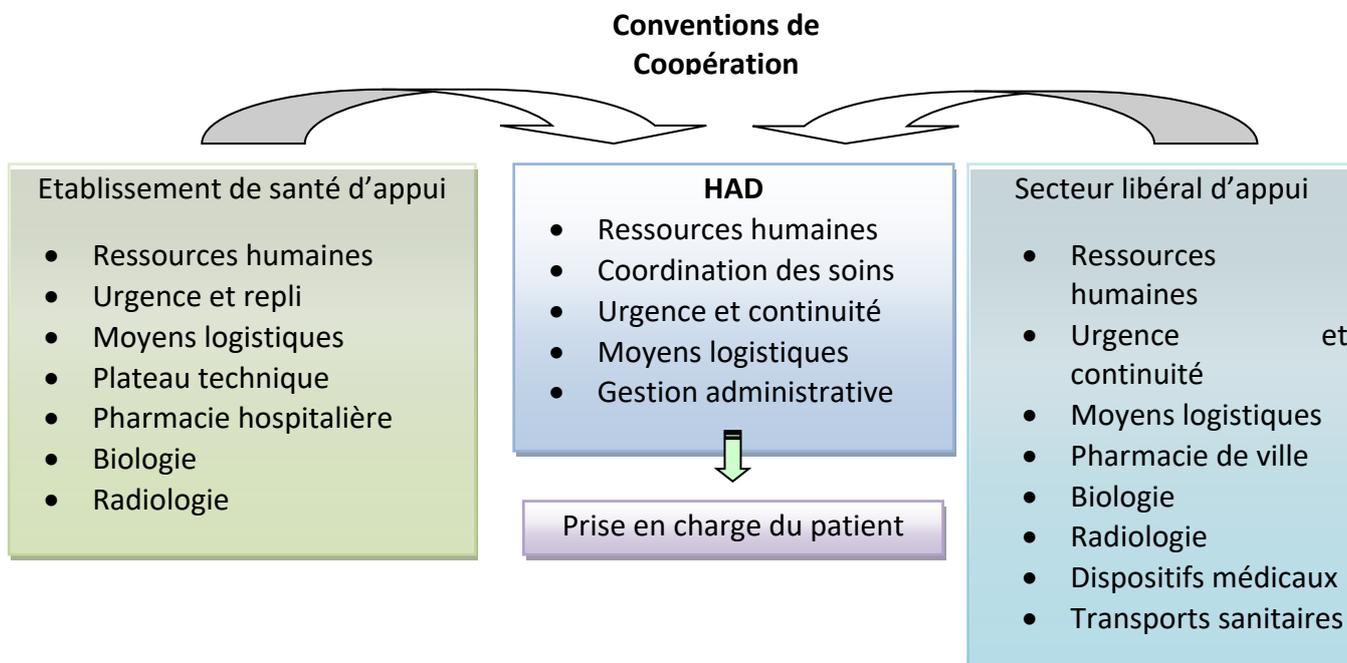
Cette interdépendance de l'HAD est permanente et la coordination des soins doit intégrer cette dimension.

La coordination des soins dans le cadre de l'hospitalisation à domicile repose sur une architecture réseau complexe qui définit de nombreux liens entre les structures, organismes et professionnels. La question qui se pose cependant est celle de l'identification des liens d'interdépendance.



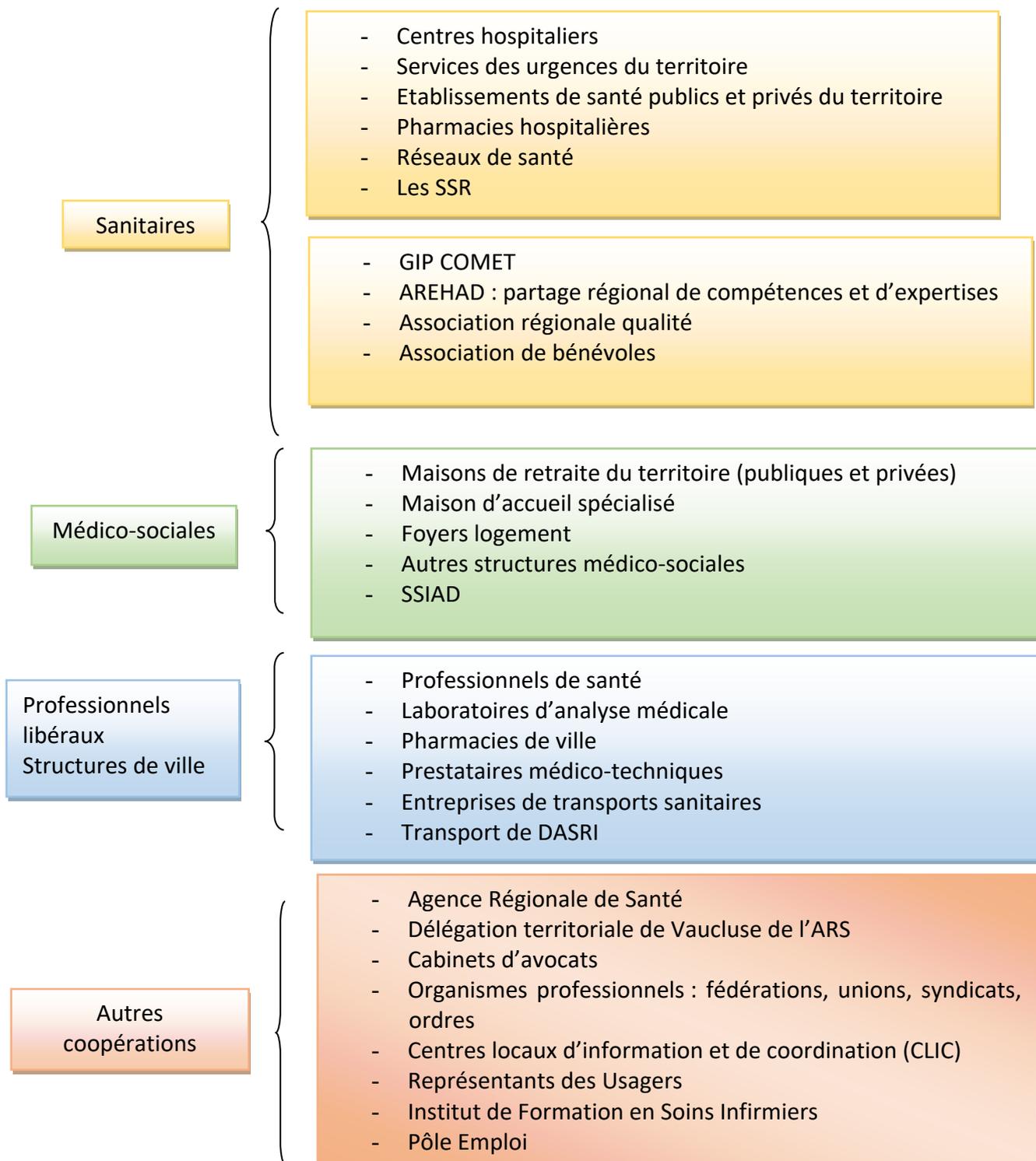
C'est donc le cadre des coopérations mises en œuvre qui établira la réalité de ces liens d'interdépendance et le juste équilibre entre droits et devoirs des uns vis-à-vis des autres.

D. Les relations d'interdépendances forment le socle de tout partenariat



Les moyens disponibles étant très divers, les conventions de coopération avec les établissements sanitaires et le tissu libéral des professionnels de santé seront établies pour des motifs et dans une proportion variable en fonction des ressources propres au secteur.

E. Les domaines de coopération





Les partenaires de l'Association SSV sont très nombreux, les activités à domiciles reposant sur la mise en œuvre d'une coordination pluridisciplinaire, plurisectorielle et sur un territoire étendu. Les formes (juridiques ou non) de coopérations possibles sont également très diverses en fonction des structures, des acteurs concernés et des objectifs recherchés :

- GIP
- Association
- Convention pluripartite
- Contrat bilatéral ou multilatéral
- Accord formalisé ...

L'essentiel de notre démarche repose sur notre capacité à trouver une formule consensuelle adaptée à chaque partenariat envisagé.

La coopération est portée en grande partie par le pôle développement et relations extérieures mais également par l'ensemble des professionnels et notamment les cadres.

Afin de promouvoir le développement des activités de l'association, et notamment de l'HAD, le service développement et relations extérieures s'attache à être au plus près des adresseurs et prescripteurs hospitaliers et des structures médico-sociales mais également des libéraux. Plusieurs actions se sont mises en place et devront être poursuivies et renforcées, dans le cadre de la politique de communication institutionnelle.

6. La politique de communication

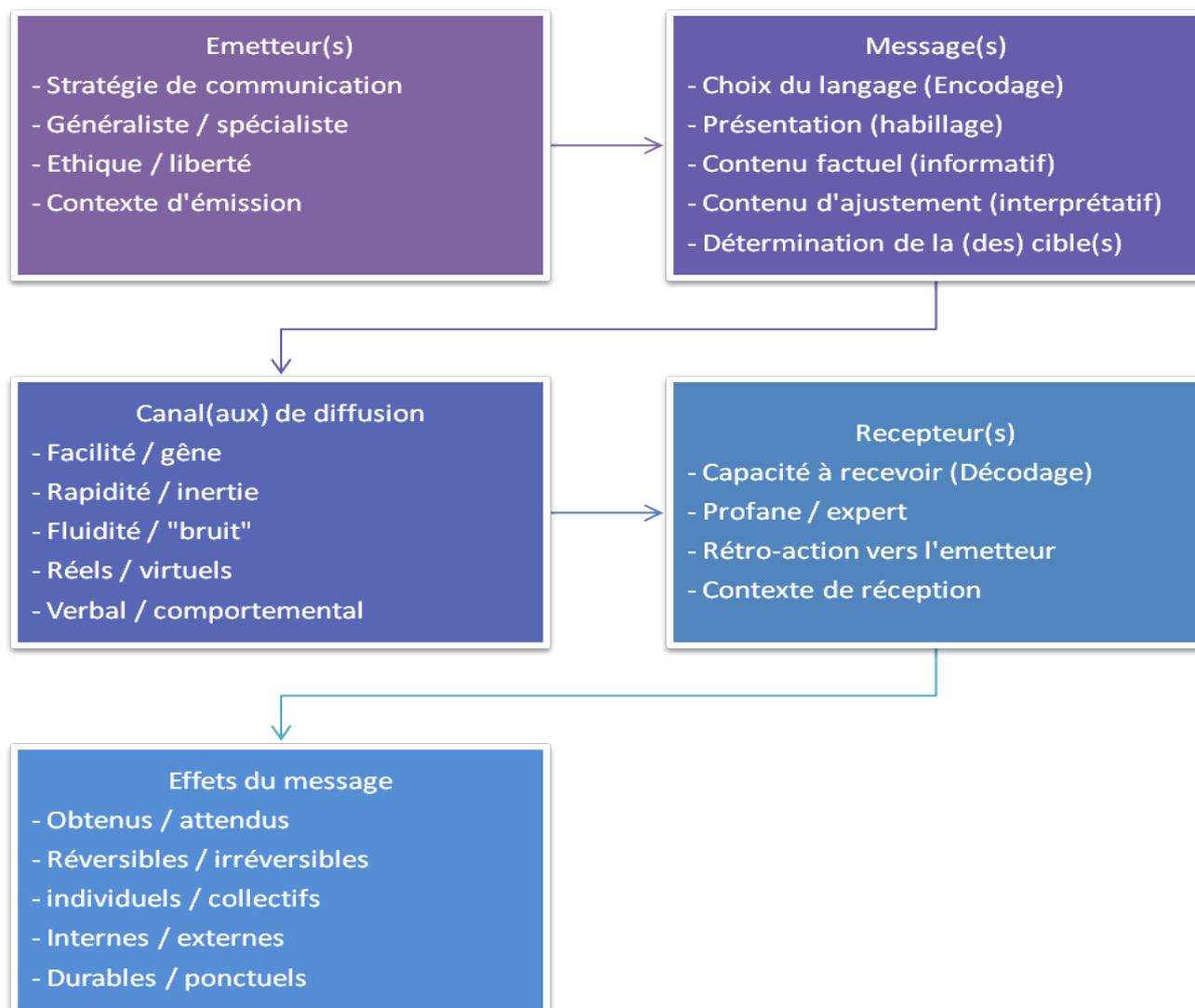
Il s'agit pour l'Association SSV d'appréhender dans les grandes lignes le thème de la communication pour faciliter et optimiser la circulation de l'information entre les services et les personnes.

- La communication interpersonnelle est fondée sur l'échange direct entre un émetteur et un récepteur.
- La communication de masse est un émetteur (ou un ensemble d'émetteurs liés entre eux) s'adressant à tous les récepteurs disponibles. La compréhension est considérée comme la moins bonne, car le bruit est fort, mais les récepteurs bien plus nombreux.
- La communication de groupe part de plusieurs émetteurs s'adressant à une catégorie d'individus bien définis, par un message ciblé sur leur compréhension et leur culture propre.

Les effets de la communication de groupe se situent entre ceux de la communication interpersonnelle et ceux de la communication de masse. La communication de groupe est aussi complexe et multiple car elle est liée à la taille du groupe, la fonction du groupe, et la personnalité des membres qui le compose.

Pour SSV, les groupes peuvent alors être des catégories de personnels, des individus au sein d'un même service ou bien des partenaires ou fournisseurs selon que la communication soit interne ou externe.

SCHEMA RECAPITULATIF DE LA DIFFUSION D'UN MESSAGE



A l'appui des principes généraux présentés, la politique de communication de l'Association SSV devra s'attacher à améliorer les pratiques de tous les acteurs et rouages du processus de circulation des informations.

Au niveau de l'émetteur

- Définir une stratégie en fonction de l'objectif à atteindre, stratégie qui va impacter toutes les étapes du processus de communication.
- Etre sûr que l'on est le mieux placé, la meilleure personne pour communiquer. La juste appréciation de son niveau de compétence ou d'expertise prédispose un individu à transmettre de l'information sur un sujet donné.
- Définir le nombre et la qualité des émetteurs.
- Prendre en considération les aspects contextuels pour apprécier la période et les conditions les plus favorables à toute communication.
- Bien repérer son propre mode de fonctionnement pour en connaître les avantages, les inconvénients et les limites.

- Il faut être fidèle à soi-même et ne pas chercher à manipuler.

Au niveau du message

- Choisir un langage le plus universel possible, compréhensible par le plus grand nombre.
- Eviter la sur-utilisation de sigles ainsi qu'un recours important à des termes d'experts.
- Elargir sa gamme de possibilités de langage et s'ouvrir à différentes langues : « Si le message n'est pas compris, il vaut mieux le changer que le répéter ».
- Présenter avec concision et clarté le sujet.
- Déterminer le niveau d'incertitude et la dimension interprétative que l'on souhaite donner au message.
- Définir à qui le message est destiné, déterminant du type de communication (interpersonnelle, de masse, de groupe) et de la direction de la communication (interne, externe).

Au niveau des canaux de diffusion l'émetteur

- Privilégier un canal adapté au flux des données.
- Favoriser l'optimisation des circuits et outils d'acheminement des informations.
- Lutter contre les parasites et les déformations : le « bruit ».

Au niveau du récepteur

- S'adapter au récepteur en parlant son langage, en appréciant son degré d'expertise.
- Adapter son mode de fonctionnement à celui du récepteur.
- Solliciter un retour du récepteur vers l'émetteur (feed-back, rétroaction) permettant de contrôler la réalité de la réception et son contexte.

Au niveau de l'effet du message : analyser tous les écarts entre l'impact souhaité et le réalisé

La politique de communication souhaitée par l'Association SSV repose sur l'objectif de congruence entre émetteur et récepteur (Fait de coïncider, de s'ajuster parfaitement =dictionnaire Larousse).

Cet objectif ambitieux n'est cependant rendu possible que par une volonté de chacun à développer ses capacités : « pour mieux communiquer, il faut d'abord, ensuite et enfin, travailler sur soi ».

PARTIE 3 - PROJET MEDICAL

Préambule

L'objectif principal fixé pour les 5 années à venir est de répondre aux besoins des patients, des hôpitaux et des médecins traitants en matière de prise en charge médicale.

L'HAD SSV est une structure hospitalière prenant en charge des patients atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques. La charge en soins importante et les actes pluriquotidiens impliquant des intervenants multiples nécessitent une coordination paramédicale et médicale quotidienne. Les séjours comprennent des soins ponctuels, des soins continus et des soins de réhabilitation.

L'admission d'un patient en HAD SSV est soumise à une prescription médicale émanant d'un médecin hospitalier ou d'un médecin de Ville, pour un patient au domicile ou résidant en EHPAD.

Quatre conditions sont nécessaires pour répondre à la demande de prise en charge en HAD SSV :

- Le logement du patient doit être situé dans la zone géographique de l'HAD ou en dehors dans le cadre d'un renfort de l'HAD.
- La demande doit répondre aux critères médicaux et chirurgicaux d'inclusion en HAD.
- Obtenir le consentement du patient ou de son entourage.
- Obtenir l'accord du médecin traitant, véritable pivot de l'organisation de la prise en charge, référent du patient à domicile et prescripteur de première intention.

Après avis médical du praticien de l'HAD et l'accord de la direction, une visite de « pré-admission » peut être réalisée afin d'évaluer les besoins techniques, matériels, sociaux, familiaux, psychoaffectifs...L'accord du médecin traitant est sollicité par tous moyens.

A la vue de ces éléments, le praticien de l'HAD élabore le projet personnalisé de soins en lien avec le cadre de santé.

La coordination médicale : Le décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile définit précisément les rôles et missions des médecins e cf. articles D 3124-199-I & art. D 3124-199-I.

Praticien de l'HAD

Le praticien de l'HAD est **le référent médical de la structure.**

- Il veille organise le fonctionnement médical de la structure, conformément, le cas échéant, à son projet médical
- Il veille à l'adéquation et à la continuité des soins et des prestations fournies aux patients et à la transmission des dossiers médicaux nécessaires à la continuité des soins.
- Il donne son avis sur l'admission et la sortie des patients.
- Il assure la coordination entre ville et hôpital et permet via les comptes rendus médicaux de formaliser un suivi durant le séjour.
- Il rédige les comptes rendus de fin de séjour qui sont envoyés aux médecins hospitaliers et libéraux référents.

« Art D 6124-199 II.- **Lorsque le médecin traitant, ou à défaut le médecin désigné par le patient, n'est pas en mesure d'assurer, par une intervention au domicile ou une activité de télésanté, la continuité des soins dans les conditions et délais requis par l'évolution de la situation du patient, cette continuité est assurée, y compris en matière de prescription, par le médecin praticien**

d'hospitalisation à domicile ou le médecin assurant une astreinte pour le titulaire de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile ».

Médecin traitant ou à défaut le médecin désigné par le patient

Il est **le pivot de la prise en charge du patient à domicile** :

- Il est le référent médical du patient pendant le séjour. Son accord est sollicité préalablement à la prise en charge.
- Il réévalue l'état de santé du patient et modifie si nécessaire les prescriptions en fonction de son évolution.
- Il signe un projet thérapeutique établi par le praticien de l'HAD.
- Il conserve des liens avec le service hospitalier référent.
- Il décide de la ré-hospitalisation du patient si nécessaire.

Médecin hospitalier

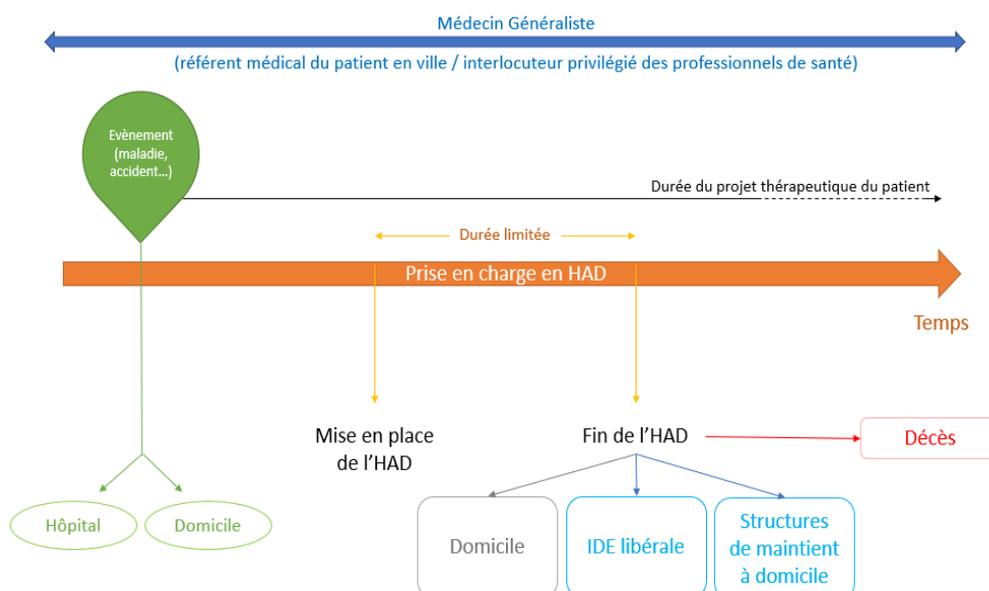
Le médecin hospitalier :

- Transmet les informations médicales à la sortie du patient.
- Elabore un projet thérapeutique en lien avec l'équipe HAD.
- Est expert de la pathologie et met à disposition les protocoles thérapeutiques.
- Peut être joint par le médecin traitant et le praticien de l'HAD. Il s'engage à suivre le patient au niveau hospitalier et à le ré-hospitaliser si besoin.

Le service d'HAD SSV travaille en collaboration étroite avec les établissements de santé de proximité. La signature de conventions avec les différentes structures et réseaux de santé permet une « capitalisation de compétences ».

Le Centre Hospitalier Ste Musse, le HIA sainte Anne, le CH de Hyères, le CH de Brignoles... et de nombreux établissements sont conventionnés avec l'HAD SSV.

Schéma du parcours d'un patient





Le projet médical s'appuie sur 6 axes prioritaires :

Axe 1 : Prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées

Axe 2 : Fin de vie et soins palliatifs

Axe 3 : Mentions SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation) et MND (maladie neuro-dégénératives)

Axe 4 : Post chirurgie

Axe 5 : Plaies et cicatrisations

Axe 6 : Filière urgences

1. Prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.

Il s'agit de la prise en charge à domicile, y compris en EHPAD et en ESMS, de patients grabatairisés, dont l'état se décompense à l'occasion d'une affection intercurrente, créant des besoins de soins plus importants.

Cette prise en charge, a pour but principal d'éviter une hospitalisation conventionnelle, qui risquerait d'engendrer une perte de repères et ainsi une aggravation des troubles cognitifs.

Depuis 2007, les prises en charge en EHPAD, établissement médico-social pour personnes âgées dépendantes, sont effectives à l'HAD SSV. Elles répondent à des demandes correspondant à des critères spécifiques et réglementés.

La première étape est administrative avec nécessité de convention cadre avec l'établissement. La deuxième étape est l'étape de coordination et de formalisation d'un protocole d'accord nominatif, répartissant les tâches entre les soignants de l'EHPAD et les soignants de l'HAD SSV.

Depuis le Décret N°2012-1030 et 2012-1031 du 6 Septembre 2012 relatif à l'intervention des structures d'HAD dans les établissements sociaux ou médico sociaux avec hébergement, l'HAD SSV est amené à intervenir dans les MAS (Maison d'Accueil Spécialisée pour adultes handicapés), foyer-logement...

Le guide méthodologique prévoit les modes de prise en charge des patients en EHPAD qui sont identiques à ceux des patients pris en charge à domicile.

Concernant les patients âgés et handicapés pris en charge à domicile, des moyens importants ont été déployés par la cellule psycho-social de l'HAD SSV et en particulier l'intervention de l'assistante sociale dans le cadre de la mise en place d'aides à domicile ou d'ouverture de droits auprès de financeurs de l'action sociale.



Les axes d'amélioration 2023-2027

Poursuivre :

- Le partenariat entre MCO/Urgences/SAMU/ EHPAD et les HAD.
- Le partenariat avec les SSIAD dans le cadre des prises en charges communes.
- La participation à l'ensemble des commissions gériatriques des EHPAD partenaires.

Développer :

- Une action de communication annuelle auprès des acteurs médico-sociaux sur les PA/PH et avec une thématique définie.
- Les évaluations anticipées des personnes résidentes d'EHPAD en situation de possible décompensation médicale soudaine et favoriser la coopération renforcée avec les EHPAD.
- Les liens avec les ESMS PH afin de promouvoir et développer les prises en charge communes sur le champ du handicap.

2. Fin de vie et soins palliatifs

Une équipe de professionnels formés (praticien HAD et IDE) prend en charge les patients en soins palliatifs (SP) pour un accompagnement à domicile.

Nos missions se réfèrent à la définition suivante :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, incurable, évolutive. Leur objectif est de soulager des douleurs physiques, psychiques ainsi que les autres symptômes d'inconfort ».

En référence à la LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, l'accompagnement d'un patient en situation palliative et de son entourage est multi et inter disciplinaire.

La formation et le soutien des soignants font partie de cette démarche palliative.

Parmi les pathologies prises en charge en HAD, un nombre important concerne des patients en phase avancée ou terminale de maladie cancéreuse, de maladies neurologiques évolutives (par exemple SLA), d'insuffisance d'organes (cardiaque...) mettant en jeu le pronostic vital.

L'objectif des soins dispensés est de privilégier la qualité de vie et de soulager les symptômes du patient dans une approche globale incluant la dimension psychologique et sociale. L'accompagnement de l'entourage fait également partie de la prise en charge.

Le projet thérapeutique est mis en place sans limitation de durée avec un décès éventuel à domicile ; une ré-hospitalisation étant toujours possible si une impossibilité du maintien à domicile est relevée.

Prise en charge de la douleur :

La lutte contre la douleur est une préoccupation de santé publique : Article L.1110-5 du code de la santé publique « ...toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... »

L'enjeu étant d'offrir une meilleure qualité de vie au patient par un soulagement immédiat de sa douleur, en tenant compte de ses dimensions physique et psychique avec l'implication et l'engagement de l'équipe soignante et des médecins.

Cette amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur du patient passe par :

- L'harmonisation des pratiques médicales par rapport aux traitements utilisés
- L'amélioration du suivi de l'évolution, de l'évaluation, de la réévaluation et de la traçabilité de la douleur en s'assurant de la continuité des soins et de l'utilisation des traitements adaptés

De ce fait, l'utilisation d'échelles d'évaluation devient incontournable. D'une part, elles fournissent aux équipes médicales, par la quantification et la qualification de la douleur, une évaluation objective de la douleur mettant fin à des discussions interprétatives. D'autre part, elles permettent de prodiguer au patient le traitement antalgique optimal et adapté à sa douleur.

Par cette politique, l'ensemble des professionnels de l'établissement s'engage dans la prise en charge de la douleur aiguë et chronique pour tous les patients hospitalisés.

La politique est révisée sur la base des indicateurs, du planning d'audits (audits internes, IQSS, EPP, FEI...) ainsi que de l'évolution réglementaire et des recommandations de bonnes pratiques.

Les axes d'amélioration 2023-2027

- ∞ Développer les prises en charge soins palliatifs en HAD en accentuant les liens avec les services prescripteurs.
- ∞ **Rédiger un protocole de mise en place de soins palliatifs durant l'HAD pour les patients admis pour une autre pathologie.**
- ∞ Poursuivre le soutien médical du praticien de l'HAD au médecin traitant, au regard des recommandations sur les soins palliatifs.
- ∞ Poursuivre l'harmonisation des pratiques de prise en charge de la douleur et de la sédation.
- ∞ **Cibler une EPP sur la PEC de la douleur en soins palliatifs.**
- ∞ Mener une réflexion sur la mise en place de prescription(s) anticipée(s) en lien avec le médecin traitant.
- ∞ Développer des outils d'informations visant à favoriser l'éducation et l'implication des patients à propos de leur douleur, y compris la prise en charge de la douleur psychique.

3. Prise en charge de Soins Médicaux et de Réadaptation et de MND (maladie neuro-dégénératives)

L'HAD permet la réduction du temps de séjour à l'hôpital et est une alternative à l'hospitalisation. Il existe 2 types de filières :

Filière directe HOPITAL

L'HAD SSV doit favoriser une réadaptation dans le lieu de vie du patient en maintenant un niveau de soin adapté.

Filière post SMR

Il s'agit de répondre à des demandes de prises en charge de patients rendus très dépendants. Le patient s'inscrit dans un nouveau projet de vie intégrant les professionnels sollicités par l'HAD SSV et les aidants.

Différentes typologies de patients sont retrouvées :

- Les patients en situation de post-AVC sortis de la phase aiguë

Des moyens rapides et durables permettent une récupération optimale et une réhabilitation à la vie quotidienne.

- Patients atteints d'affections dégénératives neurologiques ou démyélinisantes de type SEP, SLA...

Ces affections ont pour point commun un handicap moteur très sévère, se compliquant de troubles de la déglutition avec apparition de dénutrition et de ses complications, ainsi que de troubles respiratoires.

- Patients provenant de la chirurgie orthopédique :

- Patients accidentés (circulation, sport, travail) présentant de lourdes séquelles (paraplégie, tétraplégie) pour lesquels la marge de récupération est très limitée, les confinant à une situation d'handicap majeur. L'élaboration d'un projet de vie est alors nécessaire au bien-être du patient.
- Personnes âgées en post opératoire. Il est alors préférable qu'ils soient au domicile pour une meilleure rééducation et une meilleure réadaptation. Dans ce domaine, on peut rapprocher ces prises en charge des « syndromes de post-chute », même en l'absence de fracture, ce qui constituent des situations de quasi urgence médicale où une intervention intense et nécessairement pluridisciplinaire peut éviter une hospitalisation conventionnelle et/ou le passage à la grabatisation.

Les axes d'amélioration 2023-2027

- ☞ Organiser l'activité de réadaptation conjointement à un établissement SMR
- ☞ Former en interne un praticien de l'HAD de l'HAD à la spécialisation MPR ou un diplôme universitaire de MPR
- ☞ Poursuivre :
 - Les prises en charges des affections neurologiques, évolutives ou post traumatiques, en lien avec les partenaires hospitaliers (MCO, SSR, etc....)

- Des actions de communication et de sensibilisation auprès des kinésithérapeutes libéraux afin de développer leur intervention au domicile
- ⊗ Développer la participation des médecins coordonnateurs à la CME des SMR.
- ⊗ Mener une action de communication annuelle auprès des prescripteurs sur le développement de cette thématique

4. La Sortie post-chirurgie

Il s'agit du développement de la prise en charge précoce de patients issus de services de chirurgie (chirurgie thoracique, orthopédique, vasculaire, urologique et digestive) dans l'objectif de raccourcir la durée de séjour dans ces services.

La pertinence de la prise en charge est d'apporter les soins nécessaires directement au domicile du patient (prise en charge de la douleur par traitements spécifiques, soins post-opératoire complexes...) tout en restant en lien étroit avec les services d'amont (transmissions, coordination...).

Critères généraux médicaux d'admissibilité des patients transférables en HAD :

- Douleur en lien avec l'intervention chirurgicale ou la pathologie, nécessitant une prise en charge spécifique (évaluation de la douleur, traitement par injecteur programmable, réajustement...)
- Comorbidités associées nécessitant des prises en charges en journées (soins et surveillance)
- Poursuite du traitement injectable institué en chirurgie ou surveillance d'un injecteur programmé en rapport avec des soins post-chirurgicaux
- Dénutrition pré ou post opératoire lors du séjour chirurgical et nécessitant le recours à une nutrition entérale ou parentérale
- Pansements complexes, soins en lien avec la continence, soins de stomies une à deux fois par jour en lien ou non avec l'intervention chirurgicale ou nécessitant un passage de l'équipe soignante au minimum deux fois par jour ou supérieure à 30 minutes par jour.
- Besoin d'une assistance respiratoire en lien avec l'intervention chirurgicale nécessitant le recours à des soins respiratoires
- Rééducation orthopédique nécessitant le passage d'un kinésithérapeute au moins 3 fois par semaine

Les axes d'amélioration 2023-2027

- ⊗ Renforcer les partenariats déjà engagés avec les services de chirurgie, principalement avec l'HIA Sainte Anne, le CHITS, le CH Brignoles
- ⊗ Etablir des protocoles de sortie en lien avec les médecins hospitaliers
- ⊗ Améliorer le retour d'information (courrier de liaison) sur les prises en charge vers les médecins hospitaliers

☞ Mener une action annuelle de communication sur cette thématique

5. Plaies et cicatrisation

La prise en charge des patients en pansements complexes au sein de HAD SSV représente actuellement 30% de nos séjours en 2022.

Au sens du guide méthodologique HAD du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, il s'agit de prendre en charge des patients souffrant « **Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) concerne les patients souffrant de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus...) et/ou multiples, ou de complications de stomie, nécessitant une intervention (soins et coordination) de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes par jour en moyenne sur la durée de la prise en charge ou nécessitant une réévaluation régulière de la stratégie thérapeutique, y compris, le cas échéant, quand elle est réalisée à distance dans le cadre de la télémedecine** ». Dans certains cas (récidives, plaies chroniques, multiples échecs préalables...) il peut être justifié de poursuivre la prise en charge en HAD jusqu'à la cicatrisation ».

Dans notre expérience, la typologie des patients atteints de plaies complexes est diverse, comprenant de façon non exhaustive et plus ou moins intriquée :

- Personnes âgées, grabataires, dénutris, incontinents souvent polypathologiques : escarres (y compris de fin de vie)
- Patients atteints d'artériopathie des membres inférieurs : ulcères artériels évolués, plaie complexe après amputation, ischémie distale terminale récusée à l'amputation...
- Patients diabétiques à plaies complexes d'origine neuropathique (+ ou - artériopathique)
- Patients insuffisants veineux porteurs d'ulcères veineux chroniques
- Patients atteints d'affection neurologique qu'elle soit dégénérative (SLA, SEP, parkinson...), due à une lésion cérébrale (AVC, Traumatisés crâniens, tumeur...) ou à une lésion médullaire (blessures, compression...) : escarres de stade 3 ou 4, troubles trophiques aggravés par les troubles sphinctériens associés...
- Patients victimes de plaies traumatiques d'évolution défavorable
- Patients présentant un défaut de cicatrisation
- Patients présentant des fistules compliquées (post-chirurgicales, post-radiothérapie, infectieuses, cancéreuses...)
- Patients atteints de cancer avec plaie néoplasique

La prise en charge des pansements complexes au sein de l'HAD SSV conduit à poursuivre nos engagements pour les 5 années à venir :

- Lutte contre la dénutrition
- Prévention de l'escarre
- Prise en charge de l'incontinence urinaire et anale
- Lutte contre la sédentarité, programme de marche pour les artéritiques ou les insuffisants veineux
- Lutte contre la stase veineuse par la mise en place quotidienne de bas de contention
- Prise en compte des zones cicatricielles : antécédents d'escarre, de chirurgie, de radiothérapie...

- Concertation avec les intervenants médicaux sur les traitements pouvant ralentir la cicatrisation (corticothérapie au long cours, AINS, antinéoplasiques, immunosuppresseurs, anticoagulants, psychotropes sédatifs...)
- Lutte anti-tabac
- Lutte contre les facteurs psycho-sociaux par intervention d'un soutien psychologique ou de l'assistante sociale HAD SSV : statut socio-économique précaire, accès difficile à l'hygiène à domicile, isolement social, phase de déni ou d'abandon d'une pathologie (paraplégie, SLA, SEP...)

Le projet médical se veut, dans ce domaine, garant des moyens mis en œuvre pour la cicatrisation des plaies complexes des patients qu'on lui a confiés par :

- Le respect du protocole de réfection du pansement selon les préconisations du spécialiste prescripteur et ce, dans le cadre de bonnes pratiques recommandées par l'HAS
- L'emploi de la technique de Thérapie par Pression Négative prescrite par un spécialiste, pour un temps déterminé et dont le suivi de cicatrisation est assuré par ce dernier.
- Une prise en charge pluridisciplinaire incluant médecin traitant, médecin spécialiste, praticien de l'HAD, IDE libéral / IDE salarié de l'HAD, référente HAD plaie et cicatrisation, pharmacien HAD.
- La réalisation systématique de photos de la plaie, une fois par semaine, archivées dans le dossier informatisé du patient, pendant toute la durée de la prise en charge, pour le suivi de la cicatrisation mais aussi à des fins de diffusion sécurisée aux différents intervenants.
- La lutte contre les douleurs induites par les soins.
- Le recrutement d'une IDE formée « plaies et cicatrisation ».

Les axes d'amélioration 2023-2027

- ⊗ Poursuivre le développement des prises en charge pansements complexes et soins de nursing lourd, en lien avec les partenaires hospitaliers
- ⊗ Poursuivre le développement de la prise systématique de photos de la plaie, pour le suivi de la cicatrisation mais aussi à des fins de diffusion sécurisée aux différents intervenants.
- ⊗ Poursuivre l'évaluation et la gestion de la douleur liée aux plaies et aux mobilisations des patients lors des soins, en lien avec le CLUD
- Former ou recruter une infirmière spécialisée « plaies et cicatrisation » qui formera en interne les infirmières libérales ou salariées.
- ⊗ Poursuivre des actions de communication sur cette thématique

6. Filière urgence « Projet IDELI »

Cette expérimentation ayant déjà été menée en Occitanie et tenant compte des premiers retours d'expérience, l'ARS sera attentive à ce que les HAD répondant à l'appel à projet

« Projet IDELI » respectent certains critères de sélection, à savoir :

- Proposer une solution « clé en main » aux pôles des urgences pour réaliser une admission au domicile en 4 à 8h depuis le SAU et 12h depuis l'UHCD et le service d'aval des urgences.
- Déployer du/des personnels IDELI expérimenté(s) en mesure de pré-identifier avec fiabilité l'admissibilité d'un patient en HAD.



- Envisager des parcours types pour les personnes âgées polypathologiques en lien avec le secteur médico-social, pour les patients nécessitant une admission pour des soins palliatifs, pour une antibiothérapie en intraveineux ou encore pour un pansement complexe.

Notre Filière SMUR-EHPAD développée sur le secteur de l'antenne HAD de Brignoles répond à cette demande :

- Appel du SMUR par l'EHPAD pour détresse d'un de leurs résidents
- Organisation SMUR/HAD pour la mise en place de thérapeutiques pour éviter un passage aux urgences

La création de postes d'IDELI sur l'Hôpital d'instruction des Armées Ste Anne, le CH de Brignoles et le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-La Seyne-sur-Mer permet de :

- Vérifier l'éligibilité du patient à la structure HAD.
- D'assurer la liaison entre le médecin des urgences et le praticien de l'HAD de l'HAD SSV.
- De procéder à la mise en place de l'HAD au domicile dans les 4 à 6h après la demande d'admission.

Les axes d'amélioration 2023-2027

- Développer la filière SMUR-EHPAD sur les autres antennes.
- Actions de communication auprès des urgences et du SAMU.

Actions transversales

- ∞ Présence des praticiens de l'HAD dans les CME des partenaires hospitaliers.
- ∞ Réponse systématique et inclusion des patients dans les 24-48h.
- ∞ Mener une réflexion sur le développement de la télésurveillance et du télésoin.
- ∞ Rédaction en systématique des fiches de patients remarquables.
- ∞ Réflexion sur l'amélioration des transmissions médicales lors d'une prise en charge urgente en dehors des heures ouvrables.
- ∞ Mise en place d'une astreinte médicale 24h/24h.
- ∞ Prise en charge des patients sans médecin traitant.

PARTIE 4 - PROJET DE SOINS

Préambule

« Les structures d’hospitalisation à domicile permettent d’assurer au domicile du patient, pour une période limitée, mais révisable en fonction de l’évolution de l’état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés ».

Il ne s’agit pas de phase diagnostique nécessitant le recours au plateau technique hospitalier, mais de phase thérapeutique curative ou palliative, avec surveillance pluriquotidienne et soins programmés 7 jours sur 7 et 24h/24h.

Ce sont des soins « techniques » : pansements, injections, perfusions, pompes à nutrition entérale ou parentérale... auxquels peuvent s’ajouter des soins de nursing et d’accompagnement souvent importants.

La forte croissance de l’HAD en France permet de répondre ainsi aux besoins des usagers, des professionnels de santé, et aux attentes des pouvoirs publics.

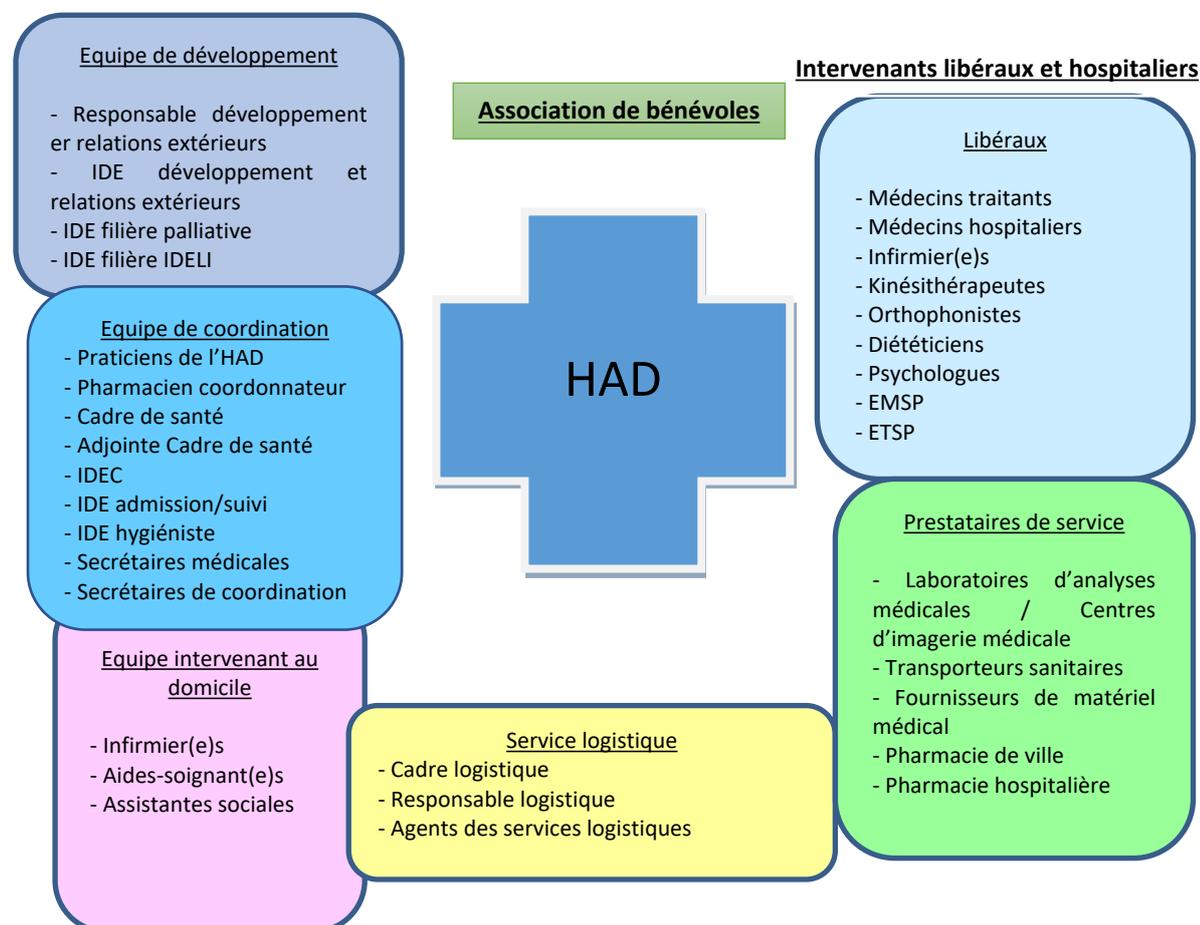
Le projet de soins de l’HAD SSV développe les objectifs à moyen terme que le service souhaite mettre en œuvre pour :

- Améliorer la qualité de la prise en charge et répondre aux besoins de nos patients
- Améliorer l’organisation du service
- Répondre aux exigences réglementaires

1. Descriptif général du service

Le service HAD est une équipe pluridisciplinaire mobilisée pour une prise en charge globale du patient.

Professionnels de santé salariés



Pour répondre aux objectifs de la DGOS et aux attentes de la population varoise, notre objectif est d'atteindre en 2028 près de 400 patients/jour.

Afin d'atteindre cet objectif, l'Association SSV s'appuie, depuis 2016, sur un département chargé du développement et des relations avec les partenaires hospitaliers et les ESMS. Ce service est présent sur chaque secteur d'intervention de l'association :

- La Garde : huit salariés
 - o Un responsable du service du développement et des relations extérieures.
 - o Deux infirmiers chargés des relations avec les partenaires : HIA et CHITS
 - Ils ont pour mission d'offrir une présence quotidienne au sein des établissements partenaires et ce afin d'être en mesure d'apporter une réponse d'aval hospitalière immédiate à l'ensemble des prescripteurs hospitaliers mais également en EHPAD (ESMS).
 - o Deux IDE chargés de la filière palliative
 - Ils ont pour missions de permettre un partenariat avec l'EMSP et l'ETSP afin de garantir une prise en charge spécifique et de qualité en effectuant des visites à domicile de façon hebdomadaire.
 - o Deux IDE chargés de la filière urgence (IDELI) : HIA et CHITS
 - Ils ont pour mission d'offrir une présence quotidienne au sein des urgences des établissements partenaires.
 - o Une IDE chargée (téléconsultation)
- La Seyne : deux salariés chargés des relations sur le territoire Ouest Var
- La Londe : un salarié chargé des relations sur le territoire Est Var
- Brignoles : deux salariés (un chargé des relations et un IDELI) sur le territoire du haut Var

Le service HAD SSV intervient actuellement (cf. carte du secteur géographique d'intervention de l'HAD SSV).

Les services de soins de l'HAD SSV sont supervisés par le cadre de santé et son adjointe.

- La coordination des soins paramédicaux est assurée par :
 - o Des infirmiers coordinateurs,
 - o Des infirmiers chargés des admissions et du suivi.

Les coordinations assurent une astreinte les week-end et jour fériés

- Les soins sont réalisés à domicile par les infirmiers salariés et/ou libéraux, aides-soignants salariés et autres professionnels de santé

Les IDE salariés assurent les soins 24h/24h (équipe jour/équipe nuit)

- Les Partenaires libéraux (IDE, kinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute...) sont sous convention de partenariat avec l'HAD SSV.
- Pour les IDE Libéraux, une lettre de mission est rédigée par la cellule de coordination afin de déterminer les actes à réaliser et leurs cotations en regard. La cadre de santé a pour mission de superviser la prise en charge.

La stratégie de développement est accompagnée d'un **renforcement des équipes de coordination** et plus particulièrement d'une augmentation **des postes d'IDE de suivi qui permettent** d'assurer la

qualité de prise en charge des patients en intensifiant la coopération avec les libéraux paramédicaux des secteurs.

2. Déroulé d'une prise en charge



A. *Traitement d'une demande de prise en charge*

Toute demande de prise en charge faite à l'HAD SSV est enregistrée par le secrétariat. Quelle que soit son origine (médecin traitant, médecin hospitalier, *médecin d'EHPAD...*), elle donne naissance à la création d'un dossier informatique.

Chaque demande est analysée par le praticien de l'HAD, le cadre de santé et les IDE coordinateurs. Si la demande répond aux critères d'inclusion, elle est transmise au Directeur pour validation finale. L'inclusion d'un patient éligible à l'HAD doit se faire dans les 24h/48h.

La première condition pour qu'une prise en charge en HAD SSV puisse débuter est la mise en place d'un consensus contractualisé entre le patient et sa famille (ou la personne de confiance), le médecin traitant et le praticien de l'HAD. ***Le patient est acteur de sa prise en charge dès le début du séjour ; son accord est recherché conformément à la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et la charte du patient hospitalisé. Il est libre dans le choix de son médecin traitant.***

Les objectifs médicaux du séjour sont définis dans le projet thérapeutique (évaluation médicale, paramédicale, sociale, environnementale et logistique) **élaboré en concertation avec le praticien de l'HAD SSV, le médecin en charge du malade et le patient.** Le praticien de l'HAD est le garant de sa bonne application

B. *La visite de préadmission*

Le service HAD met en œuvre toutes les dispositions nécessaires pour que le retour à domicile du patient se déroule dans les meilleures conditions possibles.

Une visite de préadmission est organisée au domicile si nécessaire afin de :

- Planifier le transfert en collaboration avec les personnels du service demandeur ;
- Présenter le service, son fonctionnement aux patients et/ou son entourage ;
- S'assurer que le lieu de vie dispose du confort nécessaire à la prise en charge d'un patient en HAD (électricité, eau, chauffage, téléphone...) ;
- Récupérer les informations de type administratif ;
- Prévoir le matériel à mettre en place (lit médicalisé, fauteuil, lève-malade, pompe d'alimentation...)
- Évaluer l'état psychologique du patient et de son entourage face à la maladie.

L'accompagnement psychosocial durant l'hospitalisation à domicile est essentiel car l'entourage vit des situations difficiles. Il est systématiquement proposé et réévalué si besoin au cours de la prise en charge.

Une fois tous les éléments recueillis, et en lien avec le projet personnalisé de soins (PPS), les IDE de coordination établissent le plan de soins journalier du patient qui définit l'ensemble des soins médicaux, la fréquence des interventions sur 24 heures et leur nature. Le plan de soins est réévalué dès que nécessaire durant la prise en charge.

C. Admission du patient

Le jour de l'admission du patient, un IDE coordinateur et/ou IDE est présent au domicile pour accueillir et transmettre toutes les informations utiles au patient et/ou à son entourage :

- Le fonctionnement de la structure
- Les droits et devoirs du patient.
- Le projet personnalisé de soins établi en amont

Cet IDE achemine également le Dossier de Soins Infirmier (DSI) et une tour équipée pour débiter la prise en charge.

Le médecin traitant est informé par le secrétariat du retour au domicile de son patient afin qu'il puisse programmer *une visite à domicile*.

D. Suivi de la prise en charge

Tout au long de la prise en charge du patient, le service de coordination assure la continuité, le contrôle, l'organisation et la planification des soins.

L'ensemble des informations en lien avec la prise en charge sont enregistrées dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) permettant ainsi de :

- Garantir la traçabilité
- Coordonner la prise en charge du patient
- Suivre l'évolution de l'état de santé du patient.

La coordination de tous les intervenants et le partage d'informations sont assurés par la tenue régulière de réunions :

- Une réunion pluridisciplinaire (médecins, IDEC...) qui permet un échange entre le praticien de l'HAD et l'IDEC afin de réévaluer le PPS.
- Des réunions d'équipes (équipe jour et équipe nuit) qui permettent de faire le point sur :
 - L'état des patients,
 - Les difficultés rencontrées
- Des réunions d'équipe de coordination : organisées par la cadre de santé, elles permettent de :
 - Répondre aux problématiques rencontrées par la coordination
 - Uniformiser les pratiques.

LES AXES D'AMÉLIORATION 2023-2027

- ∞ Participer aux projets innovants définis dans le Projet Régional de Santé.
- ∞ Maintenir notre réactivité dans le traitement des demandes de prise en charge
- ∞ Poursuivre la mise en place de protocoles spécifiques de soins en lien avec les différents partenaires.
- ∞ Poursuivre le partenariat avec les EHPAD et axer le développement de l'activité avec les ESMS (SSIAD, MAS, FAM....).
- ∞ Proposer aux patients des programmes d'éducation thérapeutiques validés par l'ARS PACA en lien avec nos partenariats hospitaliers.
- ∞ Améliorer la coordination avec les partenaires libéraux (fréquence et efficience)
- ∞ Intégrer des actions d'amélioration des filières (Soins Palliatifs, plaies et cicatrices, SMR...)

3. Politique du dossier Patient

Le dossier patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales, paramédicales et logistiques, formalisées et actualisées pour chaque patient accueilli.

En permettant la traçabilité de toutes les actions effectuées durant la prise en charge, il est l'outil principal de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et le patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant la continuité de la prise en charge

Le Dossier Patient permet ainsi de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient ; il reflète la valeur ajoutée par l'intervention des professionnels de santé à la restauration, la protection ou l'amélioration de sa santé.

Des règles de tenue, de stockage, d'archivage et de communication du Dossier Patient sont formalisées et disponibles à tout le personnel dans la Gestion documentaire.

Le guide d'utilisation du DPI est actualisé régulièrement.

Chaque année, une évaluation du dossier de soins est menée par le cadre de santé, les soignants (IDEC...) et le service qualité, dans le cadre du recueil des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS). Cette évaluation a pour objectif d'améliorer la tenue des dossiers de soins et s'inscrit dans la logique d'amélioration continue.

Un contrôle en continu de la conformité des dossiers administratifs, médical et de soins est également mis en place au niveau des secrétariats.

Un enregistrement numérique de chaque document du dossier patient est également effectué.

LES AXES D'AMELIORATION 2023-2027

- **Développer l'utilisation du DPI par les équipes soignantes (terrain et libéraux) et de coordination** afin de permettre **une actualisation en temps réel des dossiers informatisés.**
- Veiller à la conformité de la traçabilité dans le dossier de soin, par le biais de contrôle (audit IQSS)
- **Informatiser le circuit du médicament**

4. Prise en Charge de la Douleur

Le pilotage de la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur est réalisé par **le Comité de lutte contre la douleur CLUD**, sous le contrôle de la CME.

La démarche de prise en charge de la douleur repose sur un véritable travail d'équipe où chacun apporte ses compétences pour le dépistage, l'évaluation, le suivi et le traitement de la douleur, avec pour objectif essentiel d'améliorer la prise en charge du patient.

Une évaluation de la douleur est réalisée dès l'admission du patient puis quotidiennement au cours de sa prise en charge.

Nos engagements sont les suivants :

- Informer le patient sur les risques de douleur avant tout soin,
- Écouter, encourager le patient à parler de sa douleur,
- Soutenir le patient dans les situations où la gestion de la douleur est parfois difficile,
- Évaluer la douleur du patient au quotidien.

Les 2 échelles actuellement validées au sein de l'HAD SSV sont :

- Echelle Numérique
- Algoplus

LES AXES D'AMELIORATION 2023-2027

- ⌘ Développer l'utilisation d'une Echelle Visuelle Analogique (EVA) dans le cadre d'autoévaluation par le patient
- ⌘ Poursuivre notre partenariat avec l'EMSP et ETSP pour améliorer nos prises en charge palliatives
- ⌘ Sensibiliser nos soignants, par nos médecins coordonnateurs « référent SP /référent CLUD », sur les spécificités des prises en charge palliatives

5. Les objectifs en matière de lutte contre les Infections

L'établissement dispose d'un Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS) et d'une Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) désignée et connue du personnel. Ils pilotent la politique de maîtrise du risque infectieux dont les principaux objectifs sont :

- Promouvoir la formation et l'information sur le risque infectieux nosocomial
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins par la création et la réactualisation des protocoles de soin et d'hygiène.
- Surveiller les infections.

- Evaluer les pratiques et l'application des recommandations.

LES AXES D'AMELIORATION 2023-2027

- ⌘ **Systématiser la formation des nouveaux arrivants sur les précautions standards et complémentaires**
- ⌘ Poursuivre des audits de pratiques en établissant un calendrier annuel : chambre des erreurs, audits ciblés sur les dispositifs à risque (picc-line, VVC, VVP...)

6. Ethique et déontologie

Le Comité Ethique joue un rôle majeur de réflexion sur toutes les approches éthiques de la prise en charge des patients. Ainsi le projet de soins s'appuie sur les valeurs de la philosophie de soins :

- le respect des règles éthiques et professionnelles,
- le respect de la dignité des patients ;
- la bientraitance et la prise en compte de la douleur,
- la complémentarité et le professionnalisme des personnels salariés et libéraux autour du patient,

Dans le prolongement de cette démarche de questionnement éthique il est important d'intégrer **la réflexion éthique** dans nos pratiques au bénéfice de la personne accompagnée.

Sur le plan institutionnel, elle est collective avec une pluralité de points de vue (usagers, proches, représentants d'usagers, professionnels, personnes ressources...). Elle répond à des situations concrètes singulières où existe une contradiction des valeurs ou des principes d'intervention.

3 objectifs structurent cette réflexion :

- Proposer une approche caractérisant l'éthique.
- Positionner la réflexion dans la pratique professionnelle en termes de bénéfices pour les personnes accompagnées et les professionnels.
- Proposer des repères méthodologiques pour mettre en place une réflexion éthique.

L'instance éthique peut être interrogé pour toute situation particulière conduisant à se poser des questions d'ordre éthique

Des réunions d'équipes (équipe jour et équipe nuit) sont régulièrement organisées sur chaque antenne permettant un point régulier :

- Sur l'évolution des patients,
- Les difficultés rencontrées
- Sur les formations à prévoir, réalisées...

Des réunions d'équipe de coordination sont également organisées par la cadre de santé pour répondre aux problématiques rencontrées par la coordination et pour uniformiser les pratiques.

Dans le prolongement de cette démarche de questionnement éthique, il est important d'intégrer **la réflexion éthique** dans nos pratiques au bénéfice de la personne accompagnée.

L'identification des questions éthiques peuvent être soulevées lors des réunions d'équipe, et faire ensuite l'objet d'une réflexion en instance.

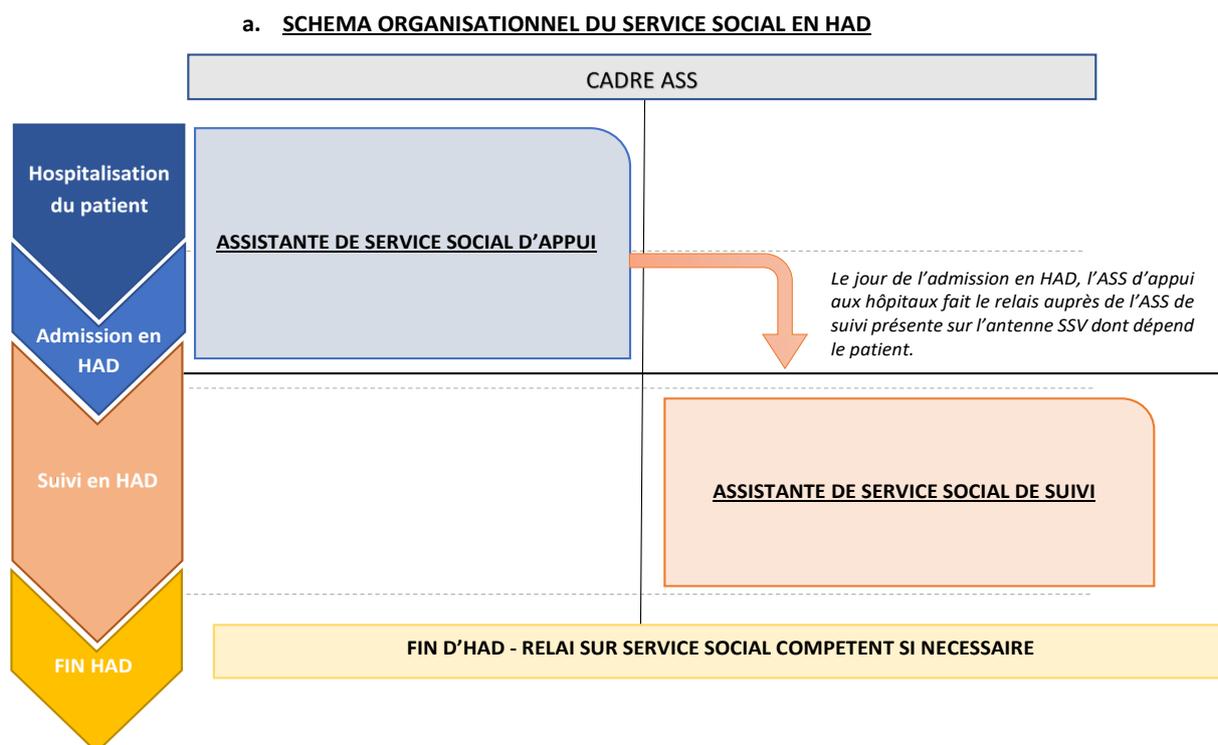
PARTIE 5 - PROJET SOCIAL

Le **Décret du 26 mars 1993** avait introduit officiellement les missions du service social en milieu hospitalier :

- Conseiller, orienter et soutenir les personnes accueillies et leur famille ;
- Les aider dans leurs démarches ;
- Informer les services dont elles relèvent pour l’instruction d’une mesure d’action sociale.
- Apporter leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou y remédier.
- Assurer dans l’intérêt de ces personnes, la coordination avec d’autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux.

Les assistantes de service social HAD travaillent en partenariat étroit avec les équipes de soins, dans le respect du projet de vie du patient et en interaction avec sa famille et son environnement. Dans un souci de rendre plus cohérent les parcours de soins et médico-social des patients éligibles et orientés vers une prise en charge en HAD, SSV met à disposition un service social dès la prescription d’une demande d’HAD.

1. Organisation du service social



2. Missions des assistantes sociales

ASSISTANTE DE SERVICE SOCIAL D'APPUI AUX HOPITAUX PARTENAIRES

Ce dispositif est basé sur le modèle des IDE chargées des relations avec les partenaires déjà en place dans ces établissements. L'objectif de ces interventions est de réduire l'impact des éléments sociaux pouvant bloquer une sortie d'hospitalisation. Cela permet de limiter les temps d'hospitalisation des patients MCO orientés vers l'HAD et facilite ainsi un retour à domicile confortable et sécurisé sur le plan social. Elle peut être sollicitée par un médecin, un cadre de santé, une infirmière ou une ASS hospitalière.

Ses missions sont les suivantes :

- Construire, en collaboration avec l'ASS hospitalière, les demandes d'aides classiques (APA/PCH/ARDH...) en amont du retour à domicile.
- Utiliser le fond social interne SSV mis à disposition des patients pour dépasser le temps d'instruction des aides légales (sans se substituer aux financeurs historiques). Pour cela, ont été signées des conventions avec plusieurs SAAD (dont le SAAD SSV) et prestataires de matériel de téléassistance :
 - **Volet 1 :**
 - Enveloppe sociale d'urgence : financement par l'HAD jusqu'à 2 semaines d'aide à domicile (aide-ménagère, AVS...) en vue de soutenir les patients et les familles les plus fragiles dans l'organisation du retour à domicile.
 - Peuvent être également **financées par l'HAD** jusqu'à 3h de nettoyage de l'espace de vie en amont du retour à domicile avec l'HAD.
 - **Volet 2 :**
 - Enveloppe sociale de confort : peut être proposée à tous les patients sortant de MCO : 4h d'aide-ménagère sur deux semaines financées par l'HAD.
 - **Volet 3 :**
 - Sortie sécurisée avec téléassistance : mise à disposition d'un boîtier de téléalarme **financé en sortie d'hospitalisation par l'HAD SSV** sur un mois renouvelable une fois.

Le jour de l'admission en HAD, l'assistante de service social d'appui aux hôpitaux fait le relais auprès de sa collègue (l'assistante de service social de suivi) présente sur l'antenne SSV dont dépend le patient.

Si aucun lien social n'a déjà été fait en amont de la prise en charge et en l'absence d'urgence à intervenir dès l'admission, l'ASS de suivi de l'antenne contacte de façon systématique le patient ou son entourage dans les 15 jours qui suivent l'admission afin de proposer un bilan social.

ASSISTANTE DE SERVICE SOCIAL DE SUIVI

Présente sur chaque antenne, l'assistante de service social peut être alertée à tout moment par le patient, l'entourage et/ou l'équipe paramédicale.

Tout au long du séjour en HAD et au sein de l'équipe pluridisciplinaire SSV, l'accompagnement social permet :



- Une information et un accès au droit.
- Un accompagnement social dans le cadre d'un maintien à domicile confortable et sécurisé.
- Un accompagnement social dans le respect de l'adéquation projet de soins/projet de vie.
- Un repérage des carences en soins (bienveillance).
- La prévention de l'épuisement des aidants.
- La protection des personnes vulnérables.
- La coordination avec les partenaires médicaux-sociaux.

LES AXES D'AMÉLIORATION 2023-2027

- Développer les postes d'Assistante sociale d'appui dans les hôpitaux afin de renforcer notre rôle de liaison entre les services sociaux hospitaliers et les services sociaux de secteurs en vue de réduire les temps d'hospitalisation (à l'aide du fond social) et de prévenir les risques de réhospitalisation pour raison sociale.
- Faciliter l'accès à un plus grand nombre de personnes à un système de téléassistance
- Approfondir nos réflexions pour répondre, par le biais du fond social SSV, aux besoins ponctuels de nos patients les plus précaires.
- Avoir une présence active des assistantes de service social au sein du Comité d'Ethique de l'Association.

Face aux enjeux du vieillissement de la population que connaît le département du Var et dans le respect du choix des patients de rester à domicile, le service social de l'Association est soucieux de promouvoir le volet « Solidarité » de Santé et Solidarité du Var.

PARTIE 6 – PROJET DES USAGERS

1. La politique des droits des patients

Le cadre réglementaire est défini principalement par la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et la Charte du patient hospitalisé.

Le règlement intérieur de la structure vient compléter ces éléments en précisant dans son article 23 l'obligation de discrétion. La convention collective dans son article 05.02 consacré aux devoirs particuliers des salariés rappelle également les règles relatives au comportement à l'égard des personnes accueillies et les interdictions diverses.

La Loi Hôpital Patient Santé et Territoire du 20 juillet 2009 rappelle l'importance de la participation de l'utilisateur dans l'organisation, l'évaluation et la mise en œuvre des prestations de soins. La place des patients dans le système de santé est désormais bien définie et de manière décloisonnée pour tous les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Le Projet Régional de Santé PACA 2 identifie un programme régional d'actions en faveur du respect et de la promotion des droits des usagers et de la qualité de la prise en charge.

Les recommandations de bonnes pratiques HAS constituent encore une source de références quant à la mise en œuvre concrète des dispositions relatives aux droits des usagers.

L'idée n'est pas ici de hiérarchiser les textes mais davantage de cibler les grands thèmes du droit des usagers afin d'identifier les contours de notre politique de respect des droits des patients.

Les services de soins de l'Association SSV doivent ainsi garantir le droit :

- A la protection de la vie privée et de l'intimité
- A la sécurité
- A la continuité de la prise en charge
- A une prise en charge et un accompagnement individualisés
- A la confidentialité des informations de santé
- Au libre accès au dossier de soins
- D'être informé de son état de santé et au refus de l'être
- De refuser les soins
- De désigner une personne de confiance
- De rédiger des directives anticipées
- A la prise en charge de la douleur
- De mourir dignement
- A la représentation des usagers au sein des établissements

La promotion de ces droits passe par la communication aux patients et aux professionnels impliqués dans les prises en charge.



La communication des droits et devoirs des patients est réalisée à partir de supports documentaires juridiquement bien définis :

- Le livret d'accueil du patient hospitalisé en HAD SSV comprend quatre parties :
 - Présentation de l'association
 - Organisation des soins
 - Droits et les règles de vie
 - o La Charte de la personne hospitalisée
 - o Protection juridique des personnes vulnérables
 - o Désignation de la personne de confiance
 - o Consentement libre et éclairé
 - o Signalement de tout événement indésirable lié aux soins
 - o Directives anticipées
 - o Notre engagement pour la protection des données informatiques et liberté
 - o Les modalités d'accès au dossier médical
 - o Les règles de vie
 - Notre démarche qualité et de sécurité des soins
 - o Démarche Qualité
 - o Commission des usagers
 - o Lutter ensemble contre la douleur
 - o Contrat d'engagement de la douleur
 - o Comité de Lutte contre les infections nosocomiales

Et ses Annexes :

- o Information sur la sécurisation du médicament au domicile
 - o Les escarres : comment les prévenir
 - o Les informations sur la commission des usagers
 - o Indicateurs Qualité
 - o Questionnaires de satisfaction
 - o Chartes de la personne hospitalisée
- Les documents affichés au sein de nos locaux :
- Charte de la personne hospitalisée (également disponible dans la Gestion Documentaire)
 - Charte des droits et liberté de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

2. Piloter et évaluer les droits des usagers

La CDU représente l'outil de pilotage institutionnel principal en charge du respect des droits des patients. Elle a les missions suivantes :

S'assurer du respect des droits du patient et de son entourage

- Contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil du patient et de ses proches
- Participer aux démarches d'amélioration de la qualité de la prise en charge
- Faciliter les démarches du patient et de ses proches
- Veiller à ce que le patient et/ou ses proches puissent exprimer leurs reproches auprès des responsables de l'établissement
- Informer le patient et ses proches sur les voies de recours et de conciliation dont ils disposent
- Faire des propositions à la direction de l'établissement pour améliorer l'accueil et la prise en charge des malades et de leurs proches.

La CDU examine au moins une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire les réclamations adressées à l'établissement.

La CDU est informée sur :

- Les résultats des questionnaires de satisfaction du patient.
- Le suivi des événements indésirables et EIGS
- Le suivi des demandes d'accès au dossier patient
- Le registre des plaintes et recours.
- La procédure de certification (HAS) ...

Il est à noter que l'un des représentants des usagers siège au Conseil d'administration de l'association SSV-SSBDR faisant du « respect des droits des usagers » une valeur forte impulsée par la gouvernance.

Un focus est aussi régulièrement fait en CDU sur les devoirs des patients, pendant des droits des patients hospitalisés. Les règles de vie à l'HAD sont communiquées au patient dans le livret d'accueil. Ce dernier doit en prendre connaissance à l'admission et les accepter sans réserve

3. Le respect des libertés individuelles

Notre établissement de santé et nos professionnels doivent garantir, à toute personne hospitalisée, le respect de ses droits essentiels, tels qu'ils sont définis juridiquement notamment par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et par les autres textes dont les références figurent dans le Référentiel Qualité de la Haute Autorité de Santé V2023.

Ce nouveau référentiel et la démarche qualité abordent le respect des droits des patients au travers de plusieurs **composantes**.

L'information et l'implication du patient :

- Information ;
- Consentement ;
- Implication ;
- Directives anticipées ;
- Proches et/ou aidants

- **L'information**

L'information du patient porte sur tout ce qui peut concerner son séjour au sein de l'établissement : son état de santé ; les modalités de prise en charge ; les investigations menées ou à mener ; les actions de prévention ; ses traitements ; et toute alternative éventuelle, intégrant les protocoles de recherche clinique envisageables.

Pour préparer sa sortie, le patient doit avoir l'ensemble des informations, dont la lettre de liaison, qui permettront d'assurer la continuité de ses soins ; les équipements et le matériel nécessaires lui sont confiés ou l'établissement s'est assuré qu'il saurait se les procurer.

Pour les adultes protégés : la personne sous curatelle reçoit elle-même l'information sur son état de santé, elle consent seules aux actes médicaux. Le curateur n'a pas à intervenir mais peut la conseiller. La personne sous tutelle doit recevoir une information adaptée à son degré de compréhension quant aux conséquences et aux risques d'un traitement... Et le tuteur doit également recevoir une information précise de la part du médecin.

L'information porte également sur les modalités d'expression et de recueil de la satisfaction des patients.

- **Consentement libre et éclairé**

Article 1111-4 du Code de la Santé Publique « Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être réalisé sans le consentement libre et éclairé de la personne hospitalisée. Ce consentement peut être retiré à tout moment ». Si la personne hospitalisée n'est pas en état d'exprimer sa volonté, c'est la personne de confiance, désignée par la personne hospitalisée, qui sera consultée.

Une personne a le droit de refuser les soins qui lui sont proposés. Ce droit est consacré par la loi du 4 mars 2002. L'équipe médicale est toutefois tenue d'informer le patient de sa situation et des conséquences du refus de soins.

Les mineurs et les majeurs sous tutelle doivent consentir à l'acte dans la mesure de leur aptitude à exprimer leur volonté et à participer à la décision. Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur dans les cas où le patient mineur ou majeur protégé a exprimé sa volonté de garder le secret sur son état de santé et si le traitement ou l'intervention s'imposent pour sauvegarder la santé de la personne hospitalisée (loi n°2002-303 du 4 mars 2002).

Article R4127-37-1

- « Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin en charge du patient est tenu de respecter la volonté exprimée par celui-ci dans des directives anticipées, excepté dans les cas prévus aux II et III du présent article.
- **En cas d'urgence vitale, l'application des directives anticipées ne s'impose pas pendant le temps nécessaire à l'évaluation complète de la situation médicale.**

- Si le médecin en charge du patient juge les directives anticipées manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale, le refus de les appliquer ne peut être décidé qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article [L. 1111-11](#). Pour ce faire, le médecin recueille l'avis des membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et celui d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant, avec lequel il n'existe aucun lien de nature hiérarchique. Il peut recueillir auprès de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient.
- **En cas de refus d'application des directives anticipées, la décision est motivée. Les témoignages et avis recueillis ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. »**

La personne de confiance, ou, à défaut, la famille ou l'un des proches du patient est informé de la décision de refus d'application des directives anticipées.

- **Implication**

Chaque patient doit, s'il le souhaite, pouvoir s'impliquer dans l'évaluation bénéfique/risque des décisions qui le concerne.

- **Directives anticipées**

L'information sur la possibilité de rédiger à tout moment des directives anticipées : il suffit pour le patient d'indiquer, par écrit, ses nom et prénom, sa date et son lieu de naissance, et d'indiquer ses souhaits. Le document doit être daté et signé. Les directives anticipées ont **une durée illimitée**. Toutefois, elles peuvent être à tout moment modifiées ou annulées. Article L. 1111-6 du code de la santé publique : « **Toute personne majeure** peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin ».

Le 13 septembre 2022, une nouvelle étape a été franchie avec la publication d'**un avis très attendu du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)**, dans lequel il estime qu'une « **aide active à mourir** » pourrait s'appliquer en France « **à certaines conditions strictes** ».

Même s'il est assorti de nombreux garde-fous, cet avis marque une rupture puisque le comité s'était jusqu'ici prononcé contre toute modification de la loi Claeys-Leonetti de 2016.

Cette loi prévoit une « sédation profonde » pour les malades en phase terminale et aux souffrances insupportables, mais n'autorise ni l'euthanasie ni l'assistance au suicide. **L'Elysée a annoncé le lancement d'une large consultation citoyenne sur la fin de vie, en vue d'un possible nouveau « cadre légal » d'ici à la fin 2023.**

- **Proches et/ou aidants**

L'implication de l'entourage familial est nécessaire à une prise en charge de bonne qualité. Conscient de cela, l'équipe soignante SSV apporte une écoute attentive et un accompagnement aux proches qui en ressentiraient le besoin.

- **Le respect du patient :**
 - Dignité ;
 - Intimité et confidentialité ;
 - Liberté d’aller et venir ;
 - Bienveillance ;

- o **Le respect de la Dignité**

Elle fait ici écho à l’intégrité de la personne, à son intimité, à la réponse à ses besoins élémentaires et à la sécurité des biens et des personnes. La manière dont les professionnels s’adressent aux patients qui ne doit pas être familière.

- o **Le Respect de la Vie privée**

En application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), l’HAD SSV garantit la protection des données à caractère personnel qu’il recueille. Les informations à caractère médical sont confiées par le patient à l’ensemble de l’équipe de soins qui le prend en charge.

La gouvernance veille également au respect des droits et à la promotion d’une relation d’aide et de soutien vis-à-vis des patients et de leurs familles.

- o **Le respect de la liberté d’aller et venir**

Le patient peut quitter l’établissement s’il le désire.

Si la sortie est jugée prématurée par le médecin et présente un danger pour la santé de la personne, cette dernière en est préalablement avertie. Si elle confirme son souhait de quitter l’établissement, elle doit signer une attestation établissant qu’elle a eu connaissance des dangers que cette sortie présentait pour elle.

Lors de l’organisation du transfert d’un patient vers un autre établissement dont relève sa prise en charge, celui-ci doit avoir librement choisi l’établissement si la spécialité dont sa pathologie relève y est pratiquée.

Le recours à la contention mécanique relève d’une décision médicale prise en se basant sur les éléments cliniques issus d’un examen médical et doit être motivé au sein du dossier du patient. La prescription mentionne le type de contention, la durée, les modalités de surveillance et de réévaluation.

Les barrières de lit ou harnais de maintien au fauteuil sont des moyens de contention entravant la liberté d’aller et venir. En ce sens, ils doivent faire l’objet d’une décision médicale. Néanmoins, souvent utilisées à des fins de protection et de sécurité de la personne, la question de la réévaluation doit être adaptée.

- o **La bienveillance**

Avec la **loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants publiée au *Journal officiel* du 8 février**, la définition consensuelle de la maltraitance fait son entrée au Code de

l'action sociale et des familles (Casf). Cette loi « Taquet » reprend donc mot pour mot à son [article 23](#) la définition élaborée dans le cadre de la Commission de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (*) à savoir : « **La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement.**

Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations ».

Extrait du Code de l'Action Sociale et des Familles – Article L. 311-4 :

« Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil [...] »

Extrait du Code pénal - Article 222-14 :

« Les violences habituelles sur un mineur de quinze ans ou sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur sont punies [...] »

Code civil - Article 16-1 :

« Chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable. Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial. »

Code civil - Article 16-3 :

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »

Selon la classification du Conseil de l'Europe de 1992, on distingue :

- **Les violences physiques** : coups, brûlures, ligotage, soins brusques sans information ou préparation, non-satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtre dont euthanasie ;
- **Les violences psychiques ou morales** : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non-respect de l'intimité, injonctions paradoxales ;
- **les violences matérielles et financières** : vols, exigences de pourboire, escroqueries diverses, locaux inadaptés ;
- **Les violences médicales ou médicamenteuses** : manque de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitement sédatif ou neuroleptique, défaut de soins de rééducation, non-prise en compte de la douleur ;
- **Les négligences actives** : toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec l'intention de nuire ;



- **Les négligences passives** : relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage ; la privation ou la violation des droits : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse.
- **La maltraitance civile** : cette catégorie concerne la violation des droits élémentaires du citoyen (détournement de procuration, privation de papiers d'identité, enfermement).

Dans le cadre de la maltraitance au domicile, les facteurs de risque d'apparition de la maltraitance sont liés à la personne âgée (degré de dépendance physique ou psychique, états démentiels, situation financière, isolement social...), à la situation familiale au sein de laquelle la personne âgée évolue (alcoolisme, toxicomanie, problèmes financiers, fragilité psychologique, antécédents de violence familiale ou encore épuisement physique et nerveux des parents qui s'occupent de la personne âgée...) ou encore à l'infrastructure du lieu de vie (locaux trop exigus ou non adaptés au degré de dépendance de la personne âgée, isolement géographique...).

C'est donc à l'appui de tous ces éléments que l'Association est en mesure de conduire une politique de lutte contre la maltraitance par des actions de sensibilisation, de communication et de formation des professionnels.

La gouvernance veille à la diffusion et à l'appropriation des recommandations de bonnes **pratiques et met à disposition les outils permettant le signalement et la prise en charge** de situations de maltraitance. **Une place importante doit être donnée à la parole et aux signalements avec une vigilance particulière accordée aux personnes les plus vulnérables.**

LES AXES D'AMELIORATION 2023-2027

- ∞ Poursuivre les formations sur la bientraitance, les droits des patients et l'éthique.
- ∞ Poursuivre la démarche éthique engagée dans l'établissement par le biais du Comité Ethique en intégrant les représentants des usagers.
- ∞ Poursuivre les audits de prévention de la Maltraitance et Bientraitance.
- ∞ Poursuivre l'actualisation du livret d'accueil patient.
- ∞ Sensibiliser les équipes soignantes à la communication des éléments d'information obligatoires à l'admission.
- ∞ Intégrer les RU dans les processus décisionnels de l'association.

PARTIE 7 - LE PROJET DEVELOPPEMENT

Véritable carnet de route, le projet d'établissement pose notre ambition à travers nos axes prioritaires pour les 5 prochaines années, de 2023 à 2027.

Il vise à répondre aux évolutions des besoins de santé de la population du Var, tout en affirmant notre ADN : la mission de l'HAD Santé et Solidarité du Var SSV se fonde sur la SOLIDARITE. Cette mission est portée par notre statut associatif loi 1901.

Nous couvrons par nos 5 antennes la quasi-totalité du Var ; des projets d'ouverture pourront voir le jour afin de toujours mieux répondre à l'attente de nos partenaires hospitaliers, des médecins traitants, des EHPADS et ESMS.

Notre réussite est le gage de la pérennité de notre politique d'investissements autour de projets innovants qui appellent des ressources humaines et techniques d'ampleur, adaptées aux nouveaux challenges de notre système de santé.

1. Déploiement du parcours ville - hôpital

Sur son volet « **Développement & Partenariat** », notre précédent projet d'établissement s'est attaché à construire une relation forte avec les acteurs hospitaliers de notre département. Nos 8 infirmiers référents détachés à temps plein auprès des principaux établissements de Santé du Var (*) sont la partie visible de cet engagement, qui constitue environ 70% de nos prises en charge.

Au travers de cette interaction, nous avons participé à la structuration du parcours ville-hôpital et optimisé des parcours de soins complexes en co-construction avec nos partenaires hospitaliers, tout en étant garant du respect des exigences en termes de sécurité de soins. Notre niveau de réactivité nous permet de gérer des admissions en 6, 12 ou 24h, grâce à une évaluation précoce par nos IDE référents au sein même des services hospitaliers.

De cette initiative est née des filières de prises en charge qui concernent des centaines de patients chaque année :

- Filière Pleur'X
- Filière Chirurgie Thoracique
- Filière insuffisance cardiaque
- Filière prothèses hanche, genoux, épaule
- Filière colectomie
- Filière tumeurs cérébrales
- Filière Chirurgie lombaire
- Filière Pallia SSV
- Filière IDELI
- Filière gériatrique
- Filière téléconsultation
- Filière plaie et cicatrisation
- Filière mention réadaptation

POUR LES 5 ANNEES A VENIR ...

Chaque jour l'HAD partage le quotidien des équipes hospitalières, nous sommes donc confrontés aux mêmes défis pour construire ensemble les prises en charge des années à venir.

Nos axes de développement rejoignent leurs enjeux :

Travailler avec le GHT sur les problématiques de santé du territoire

- Faciliter l'interfaçage de nos outils et des outils de l'e-santé choisis par nos partenaires sur les filières (ex : azurezo).
- Participer à la gestion de crise avec nos Etablissements partenaires.
- Poursuivre notre dynamique proactive en répondant aux appels à projet et en développant des filières expérimentales.
- Former nos équipes et nos partenaires libéraux vers des soins de plus en plus spécialisés, sous le conseil des médecins référents hospitaliers.
- Fluidifier les parcours existants, tout en améliorant la qualité et la sécurité des prises en charge.
- Accompagner le retour à domicile le plus tôt possible après des phases aiguës, en instaurant le suivi à distance adapté aux attentes de chaque médecin adresseur.
- Permettre la diminution des durées d'hospitalisation grâce à des protocoles de soins coconstruits avec les médecins et chirurgiens de spécialité et ainsi développer de nouveaux parcours patients.
- Conforter notre engagement auprès des hôpitaux par un retour systématique sur la PEC des patients lourds, polyopathologiques, nécessitant des réévaluations hospitalières régulières.
- Collaborer plus étroitement avec les SAU à chaque fois que possible organiser des prises en charge dans les 4h, pour tous les patients éligibles à l'HAD (Projet IDELI).
- Développer la filière ambulatoire pour atteindre, via la sécurisation de la PEC par l'HAD, une population plus fragile qui refuserait ce mode d'intervention sans notre intervention.
- Apporter la réponse adéquate en cas de complication en post chirurgie ambulatoire par un lien étroit avec l'hospitalier évitant un potentiel retour par les urgences.
- Offrir la possibilité d'un lien médical entre l'Hôpital et le praticien d'HAD, y compris les WE et JF à noter : **depuis 2022 SSV a mis en place une astreinte médicale joignable en heures ouvrées, tous les weekends et jours fériés.**
- Proposer aux établissements privés une dynamique similaire de partenariat, en leur offrant en plus la plus-value de notre équipe d'Assistantes Sociales.

Au travers de ces actions, nous entendons affirmer notre rôle stratégique dans la gradation des soins et apporter à la mesure des moyens qui nous sont alloués une réponse pertinente sur la prise en charge des patients à domicile. La confiance qui s'est construite avec nos partenaires hospitaliers nous place en première ligne de projets agiles et innovants pour lesquels le MCO a besoin d'un relais en ville, structuré, fiable, partageant la même culture hospitalière.

() : Nos partenaires principaux : Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-La Seyne à Toulon, Hôpital d'instruction des Armées Sainte Anne à Toulon, Hôpital Georges Sand, Centre Hospitalier de Brignoles, Centre Hospitalier de Hyères. Ainsi que les Etablissements régulièrement adresseurs : IPC, La Timone, Hôpital Nord, HPP d'Aix en Provence, CH d'Aix et CH de Manosque, Clinique des Fleurs.*

2. Soutenir la médecine de ville

Santé et Solidarité du Var est née il y a 40 ans de la volonté de deux médecins d'apporter aux malades et personnes âgées une alternative à l'hospitalisation, par des soins techniques déployés à leur domicile. Aujourd'hui, près du tiers de nos prises en charge nous sont confiées par les médecins traitants ; ils ont besoin pour leurs patients d'une réponse de niveau hospitalier sans que cela nécessite forcément un passage par une hospitalisation conventionnelle.

En œuvrant en amont, directement depuis le domicile de ces « patients de la ville », nous évitons un flux supplémentaire vers les services des urgences. Ce rôle nous est apparu essentiel lors de la crise sanitaire que nous avons traversée.

C'est justement pour répondre à cette dynamique, que nous avons créé un nouveau poste d'IDE référente HAD auprès des médecins traitants : durant 18 mois, sa mission a été d'aller à la rencontre des médecins de ville et des maisons médicales : d'expliquer les critères de prise en charge, le fonctionnement de l'HAD, de répondre à leurs interrogations, d'offrir un accès facilité à nos services via un simple appel sur un numéro unique.

POUR LES 5 ANNEES A VENIR ...

Notre volonté est de poursuivre dans cette direction, avec une présence affirmée auprès de la médecine de ville. En parallèle, nous notons une proportion croissante de patients qui n'ont plus de médecin traitant, ou dont le médecin ne peut effectuer de visite à domicile. Peu à peu, le rôle du praticien de l'HAD évolue au-delà de sa mission primaire de coordination ; il est plus régulièrement appelé à pallier l'absence de médecin traitant, au chevet du patient. Il devient évident que la ressource médicale nécessaire pour nous permettre de mener à bien notre action, va en grandissant.

Auprès de la ville, nos axes de développement deviennent pluriels :

- Faciliter les adressages des patients par les médecins traitants (formalisme simplifié de la demande d'HAD, contact avec un interlocuteur référent, préadmission au domicile par une IDE HAD, etc...).
- Soutenir les médecins qui ne peuvent se rendre à domicile par une visite du médecin coordinateur quand besoin.
- Accueillir au sein de nos équipes des médecins au cours de leur formation afin de leur donner les clefs des prises en charge en HAD.
- Assurer une évaluation pluridisciplinaire au sein même du lieu de vie du patient.
- Réintroduire le patient en rupture de soins dans un parcours coordonné ; faciliter la prise de RDV auprès de spécialistes hospitaliers avec une meilleure coordination ville-hôpital
- Accompagner la prise en charge des patients présentant des plaies chroniques, via des protocoles de soins éprouvés, répondant aux recommandations de bonnes pratiques.
- Partager nos connaissances, former nos partenaires libéraux aux nouvelles techniques et organiser des rencontres interprofessionnelles ville-hôpital pour développer les bonnes pratiques.
- Communiquer plus largement auprès des idels pour qu'ils nous alertent sur des situations patients qui se dégradent.
- Rassurer les partenaires libéraux qui s'interrogent sur la collaboration avec une HAD.

- Renforcer notre partenariat avec les libéraux et intégrer des spécialités devenues nécessaires dans la prise en charge de patients de plus en plus complexes (exemple : stomathérapeute)
- Poursuivre notre intégration dans le tissu local : CPTS, ETSP, URPS, CLIC, DAC.

Plus que jamais la médecine de ville a besoin de s'appuyer sur un relai hospitalier ; l'HAD devient le trait de jonction entre ces deux mondes, parce qu'elle réunit en une seule équipe, la culture de la ville et celle de l'hôpital.

3. Déployer la filière gériatrique

Le vieillissement de la population, fait naître pour nos aînés de nouveaux enjeux en termes de Santé publique. La composante populationnelle du Var est particulièrement porteuse de cette réalité avec 22.7% de la population, âgée de plus de 65 ans (contre 17.2% en moyenne nationale). SSV accompagne cette réalité depuis des années : très concrètement les soins de nursing lourds entrent pour 30% à 40% de nos prises en charge.

Notre présence auprès de la centaine d'EHPAD du Var témoigne de notre engagement à accompagner nos aînés dans leurs besoins en soin, en privilégiant le maintien dans leur lieu de vie. Lorsqu'une hospitalisation devient nécessaire nos IDE référentes auprès des hôpitaux prennent le relais pour permettre un retour du résident dans les meilleurs délais au sein de son EHPAD, tout en assurant la continuité de ses soins hospitaliers.

POUR LES 5 ANNEES A VENIR ...

Nous avons à construire autour de la prise en charge de nos aînés pour apporter les réponses attendues face au vieillissement de notre population varoise et participer à la régulation du flux vers l'hospitalisation conventionnelle.

La prise en charge au domicile des maladies chroniques, notamment en phase avancée, fait bien évidemment partie de ce défi. Nous ciblons plusieurs leviers d'actions pour les années à venir :

- Déployer les prises en charges communes avec les SSIAD.
- Développer auprès des partenaires EHPAD les évaluations anticipées afin d'éviter le passage aux urgences des résidents.
- Entamer une réflexion sur une filière mobile de gériatrie en partenariat avec l'hôpital (lien déjà actif avec l'EMGT du CH de Brignoles).
- Construire un partenariat avec le 15 pour réaliser des admissions directes, en EHPAD ou à domicile, sur le modèle du protocole SMUR-HAD du CH de Brignoles actif depuis plus d'un an.
- Soutenir une offre de télémédecine à destination du grand âge et des patients en EHPAD pour permettre l'accès à un avis médical spécialisé.
- Faciliter l'accès à des compétences nécessaires à la préservation de l'autonomie : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes, orthophonistes, psychologues
- Déployer nos liens avec les associations de soutien aux patients
- Soutenir les aidants, par une action psycho-sociale adaptée et systématiquement

4. L'accompagnement de fin de vie

Durant les cinq dernières années, nous avons très nettement intensifier notre présence auprès des hôpitaux du Var, par la mise à disposition d'IDE HAD dédiés. Aujourd'hui notre personnel déployé



sur site fait partie intégrante du personnel hospitalier, ce qui atteste au passage d'une acculturation réussie.

Les défis auxquels doivent répondre le MCO sont devenus nos défis ; et il nous importe de participer au déploiement de filières expérimentales dont ils ont la vision, afin de faire avancer nos prises en charge communes.

Cette montée en puissance vers des prises en charge de plus en plus complexes, techniques, nous confrontent inévitablement à la réalité de la fin du parcours thérapeutique, quand il n'y a plus de réponse curative. Ainsi l'accompagnement de la fin de vie - dessiner tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire - est devenu, avec notre montée en puissance, une nécessité qui a fait naître notre filière « **SSV Pallia** ».

En parallèle à la formation de deux de nos praticiens d'HAD au DU Soins palliatifs, nous avons engagé des IDE référentes en soins palliatifs qui par leur expertise ont accompagné notre acuité dans l'accompagnement de la fin de vie de nos patients.

POUR LES 5 ANNEES A VENIR ...

Nous avons à cœur de grandir encore auprès des acteurs des soins palliatifs et de nos patients, pour toujours mieux les accompagner, ainsi que leurs proches.

- Affirmer notre soutien à la ville, aux médecins traitants, aux idels, à l'ETSP, par des prises en charge de plus en plus réactives, y compris avec une composante médicale quand le patient n'a pas/plus de médecin traitant.
- Déployer la pertinence d'analyse d'une équipe pluriprofessionnelle, pour adapter la bonne gradation de la prise en charge ; la faire évoluer au fur et à mesure des besoins et de l'évolution du patient.
- Nous adapter à l'état d'acceptation du patient et de son entourage pour avancer avec eux, dans l'approche et la maturation d'un accompagnement en soins palliatifs.
- Poursuivre notre interaction avec les EMSP et ETSP du territoire pour grandir dans nos pratiques, en lien étroit avec les acteurs référents
- Sensibiliser les médecins traitants, idels et EHPAD sur la nécessité d'anticiper la prise en charge palliative, pour un accompagnement de qualité auprès du patient comme de son entourage
- Déployer plus largement les fiches « patients remarquables » afin de faciliter l'action du Samu
- Proposer très régulièrement une réflexion sur les directives anticipées pour être au plus près des souhaits du patient
- Offrir une prise en charge palliative adaptée, immédiatement après l'annonce d'une phase terminale, afin de permettre au patient et à son entourage de vivre différemment sa pathologie

Sur la particularité des PEC des maladies neuro-dégénératives (SLA, SEP, Maladie de Parkinson, Alzheimer avancé...) :

- Poursuivre nos relations avec le réseau SLA (La Timone)
- Développer nos liens avec les Etablissements pouvant offrir aux aidants des séjours de répit

Concernant les populations fragilisées par des situations de handicap ou de maladies chroniques :

- Déployer en lien avec les spécialistes, des parcours spécifiques répondant aux spécificités de ces PEC.
- Décloisonner le secteur sanitaire et medico social en étant davantage présent auprès de ces établissements afin qu'ils puissent nous solliciter plus aisément.
- Soutenir par nos prises en charge le maintien dans leur lieu de vies des patients vivant en foyers & ESMS.

5. Une nouvelle filière mention « réadaptation »

Nous souhaitons prendre part dans l'évidence d'une mutation à venir dans le secteur de la réadaptation... Nous le savons tous, les hôpitaux manquent plus que jamais de places d'aval pour leurs patients les plus lourds, ceux qui ont absolument besoin de l'accès à un plateau technique pointu pour une récupération sans perte de chance.

Sur ce point précis, notre HAD est en mesure d'apporter un levier d'action, par deux biais :

- **Accompagner précocement la sortie des patients en SSR**, avec une double prise en charge HAD + Hôpital de jour en SSR, à raison de 2 à 3 fois par semaine (= *action en faveur de la maîtrise des DMS en SSR et d'une optimisation du turn-over sur les lits*)
- **Sécuriser au domicile la PEC de patients sortant de MCO qui ne trouvent pas de place en SSR**, tout en leur permettant l'accès à un plateau technique de pointe avec une PEC leur offrent un niveau de récupération d'autonomie le plus optimal possible, que la ville seule ne saurait assurer (= *action sur le flux patient et les sorties MCO, en adaptant une réponse efficiente face à un manque structurel de lit en SSR*)

De cette réflexion est née la **Filière Readom** que nous présentons depuis quelques mois aux SSR ; le déploiement du projet est cependant freiné par le manque actuel de ressource médicale disponible sur les SSR.

Le parcours Readom s'appuie sur un accès aux plateaux techniques des SSR, doublé d'une prise en charge complémentaire au domicile, dans un objectif de récupération optimisée.

- Nous prévoyons d'engager une ressource kiné et médecin de réadaptation pour nous épauler sur ce déploiement
- Nous poursuivons la valorisation du déplacement pour augmenter l'attractivité des prises en charge de kinésithérapie au domicile

Sur cette filière, comme sur les 4 autres axes de développement présentés, l'HAD SSV témoigne de son engagement fort pour innover, avec toujours l'ambition d'être un acteur de premier plan sur notre territoire Varois.

PARTIE 8 - POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

Cette politique a pour vocation de décrire le système de management de la qualité que Santé Solidarité du Var met en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients.

Elle énonce la politique et les objectifs définis par le Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (RSMQ PECM) et est approuvée par la Direction de l'établissement, conjointement avec le Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME).

La prise en charge médicamenteuse est un processus à risques complexe qui mobilise des acteurs et des métiers complémentaires.

Le SMQ PECM est un dispositif unique et commun à tous les acteurs de Santé Solidarité du Var concernés par cette démarche.

Il s'applique :

- Aux 5 antennes de Santé Solidarité du Var
- À toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse du patient :
 - Aux **processus de management** qui permettent de piloter, d'améliorer et de contrôler les performances du système de management par la qualité.
 - Aux **processus de réalisation**, depuis la préadmission jusqu'à la sortie du patient, en prenant en compte le mouvement du patient vers d'autres établissements hospitaliers. A chacune des étapes de ces processus sont associés des processus transversaux : Tracer, Informer / Eduquer le patient.
 - Aux **processus de support** qui viennent en appui aux processus de réalisation afin de permettre, de faciliter, et de sécuriser leur réalisation.
- À tous les types de prise en charge des patients.

1. Les instances de pilotage

A. *La Commission Médicale d'Établissement (CME)*

Le code de la santé publique précise que la CME, dans chaque établissement de santé, contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

A ce titre, la CME propose au Directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport de la Commission des Usagers (CDU).

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, gestion des risques et de la sécurité des soins.

B. *Le Comité de Pilotage Qualité / Gestion des risques*

L'instance chargée d'assurer la mise en œuvre et le suivi de la politique qualité gestion des risques et sécurité des soins après validation par la CME, de la direction est le comité de pilotage qualité/gestion des risques et sécurité des soins (CQDRSS).

C. La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)

Conformément au décret n°2000-1316 du 26 décembre 2000, (article R 5014-52) *

« Chaque établissement de santé constitue en son sein un comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles. Ce comité participe, par ses avis, à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'intérieur de chaque établissement de santé, notamment à l'élaboration de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement ainsi que des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux stériles et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. »

Le Responsable de la gestion des risques liés au Management de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (RSMQPECM) : Le Pharmacien coordonnateur

Selon l'arrêté du 6 avril 2011, la direction de l'établissement après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement désigne un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse qui :

- S'assure que le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est défini, mis en œuvre et évalué.
- Rend compte à la direction et à la CME du fonctionnement du système de management QPECM
- Propose à la direction et à la CME les améliorations du système de management qu'il estime nécessaire

Les erreurs médicamenteuses engendrent des hospitalisations chaque année. En mars 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé a mis en place le « Défi mondial pour la sécurité des patients » visant à réduire de 50 % les événements graves évitables des erreurs de médication dans le monde au cours des 5 prochaines années. Pour limiter ces erreurs médicamenteuses, il faut les repérer et les déclarer. Selon l'ANSM « l'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation d'un acte non intentionnel impliquant un médicament durant le processus de soins ».

D. CREX (ou RETour d'EXpérience)

Une analyse des évènements indésirables associés aux soins EIAS est réalisée en équipe pluridisciplinaire (Pharmacien coordonnateur, cadre de sante, RAQ et soignants impliqués ou pas selon les cas) quel que soit le niveau de gravité, pour repérer et comprendre ces évènements, en tirer des enseignements pour l'avenir et éviter qu'ils se reproduisent. Cette analyse s'inscrit dans une démarche dite de RETour d'Expérience.

La littérature fait état de plusieurs méthodes de retour d'expérience (RMM , CREX , REMED , etc.) et d'outils pour structurer l'analyse des causes d'un EIAS (grille ALARM, arbre des causes, 5 pourquoi ?

etc.). Cette pluralité de méthodes ne doit pas constituer un frein puisqu'elles s'appuient toutes sur des outils qui partagent les mêmes fondements : l'analyse approfondie des causes. **Cette approche d'analyse approfondie des causes permet d'aller au-delà de l'erreur humaine et d'identifier des solutions pour éviter que l'EIAS ne se reproduise.**

Le REX, c'est	Le REX, ce n'est pas
Une démarche collective d'équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.	Une démarche individuelle, une affaire d'expert, de spécialiste, ou de groupe trop restreint.
Une démarche qui associe collecte, analyse approfondie, actions d'amélioration, partage et communication des enseignements retirés.	Un simple enregistrement dans une base et/ou un traitement « administratif » des EIAS.
Une démarche pour améliorer la sécurité des patients qui s'intéresse aux « pourquoi » des événements survenus.	Une inspection, une expertise judiciaire, une recherche de responsabilité individuelle, de faute, du « qui » est responsable.
Une analyse qui prend aussi en compte les organisations et les facteurs humains.	Une analyse centrée exclusivement sur la maladie du patient, la thérapeutique, la technique, la faute.
Une démarche qui conduit les professionnels à s'interroger en équipe sur leurs pratiques et à prendre conscience du risque pour mieux le maîtriser.	Un exercice de style déconnecté de la réalité, permettant de satisfaire des obligations administratives.

L'objectif des retours d'expérience est de tirer des enseignements des événements survenus, de les partager et de mettre en œuvre les actions adéquates pour maîtriser l'avenir. (CONNAITRE/COMPRENDRE/AGIR/PARTAGER).

Un événement indésirable associé aux soins répond à plusieurs critères. Ainsi, il s'agit d'un événement :

- défavorable survenant chez un patient ;
- associé aux actes de soins et d'accompagnement ;
- qui a ou aurait pu avoir des conséquences pour le patient ;
- qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin ;
- qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance du patient,

C'est un événement inattendu.

Par ailleurs, en fonction du niveau de gravité de l'EIAS, on parlera aussi :

- d'un événement porteur de risque (EPR) lorsque l'EIAS n'a pas eu de conséquence ou lorsque les conséquences ont pu être évitées ou limitées (EIAS dit récupéré) (synonymes : near miss, near hit, close call, échappée belle, presque accident, presque événement, etc.) ;
- d'un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) lorsque les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

Certaines réunions peuvent être consacrées en totalité ou en partie à la mise en œuvre et au suivi des actions pour améliorer la prise en charge et la sécurité des soins.

La culture sécurité des professionnels SSV est une condition primordiale pour améliorer et sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients. L'évolution de la culture « sécurité » au sein de l'association SSV est un long processus. **C'est un véritable projet de changement visant à mettre en place des valeurs et des pratiques pérennes pour maîtriser les risques majeurs.** Au travers du développement d'une culture de sécurité en santé, il s'agit de faire de la sécurité du patient une priorité de tous les professionnels, quels que soient leur fonction, leur niveau hiérarchique et leur lieu d'exercice.

2. Evaluation de la politique PECM

A. *Evaluations de pratiques professionnelles*

- EPP sur le circuit du médicaments et/ou audits « préparation et administration des traitements »
- Les résultats des EPP et les plans d'actions suite aux évaluations et/ou RETEX
 - o COMEDIMS /CME/ Comité de pilotage qualité/gestion des risques.
- Les actions correctives sont validées en CME et communiquées lors des réunions soignants

B. *Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins*

- Le suivi des indicateurs :

Suivi mensuel d'évènements indésirables sur le circuit du médicament
Nombre annuel de RETEX
Nombre de personnes formées à la méthodologie d'analyses des RETEX
Nombre de personnes formées sur le circuit du médicament

LES AXES D'AMELIORATION 2023-2027

Structurer le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

- o Dispositions organisationnelles : Comité de pilotage Qualité, Gestion des Risques et Sécurité des Soins (CQGDRSS) / Commission du MEDicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) / Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (RSMQPECM).
- o Cartographie des risques actualisée sur PECM.
- o Informatisation des documents en lien avec le circuit du médicament dans la Ged-Qualnet.
- o Développement d'une politique d'évaluation : EPP, audits.

Promouvoir le bon usage des produits de santé et une culture qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse

- o Définir une politique et des outils d'aide: recommandations de bonnes pratiques, alertes et recommandations ANSM, autres instances de l'établissement (CLUD, CME...).
- o Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité du circuit de la PECM .



- Poursuivre la sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé en systématisant le retour d'expérience (RETEX) et le signalement des évènements indésirables : formation aux méthodes d'analyse des causes (ALARM/ORION...).
- Initier la conciliation médicamenteuse sur des profils « *patient* » à définir (Patient avec risque iatrogénique identifié).

Informatiser la prise en charge médicamenteuse

- Mettre en œuvre la politique d'informatisation du circuit du médicament.

Développer la politique de la prise en charge médicamenteuse des populations spécifiques (gériatrie, handicap), des médicaments à risques et des never events.

- Formaliser et organiser la prise en charge médicamenteuse des populations spécifiques à risques (gériatrie notamment) : liste préférentielle des médicaments pour le sujet âgé...
- Identifier, formaliser et organiser la prise en charge médicamenteuse concernant les médicaments à risques.

Dans le rapport de la HAS sur les erreurs liées aux produits de santé entre 2017 et 2019 : 75 % des erreurs concernent des médicaments dits « à risque », pour la plupart appartenant à la liste des never events « les évènements qui ne devraient jamais arriver... si des mesures de prévention avaient été mises en œuvre ». Savons-nous repérer les prescriptions à risque en HAD et connaissez-vous les mesures de prévention ?

Une liste des médicaments à risque « Never Events » est en cours d'élaboration en instance Des actions de sensibilisation seront réalisées régulièrement auprès du personnel soignant afin d'éviter les erreurs.

PARTIE 9 - PROJET LOGISTIQUE ET TECHNIQUE

« PARC AUTOMOBILE »

1. La gestion des équipements au domicile

L'Association Santé Solidarité du Var s'est engagée dans une gestion efficace des équipements au domicile du patient.

L'association a mis en place des partenariats auprès de prestataires de qualité, remplissant toutes les exigences réglementaires inhérentes à un hôpital notamment une intervention 24h/24h et 7j/7j au domicile en cas de problème sur le matériel.

Tous les prestataires doivent être certifiés ISO 9001 ou être engagés dans une démarche de certification.

Les tarifs sont uniques pour l'ensemble des partenaires permettant une équité de traitement entre tous. La maîtrise des achats est une condition importante du bon fonctionnement de l'établissement puisque certaines fournitures et prestations critiques ont une incidence sur la qualité de nos prestations et peuvent mettre en péril la qualité de la prise en charge du patient et le fonctionnement de l'établissement.

Les données de la comptabilité analytique et l'étude des coûts nous permettent d'améliorer l'efficacité de notre système d'achat.

La sélection des fournisseurs repose sur une évaluation, à priori, des capacités du fournisseur à satisfaire le besoin exprimé dans un Cahier des Clauses Techniques Particulières (CCTP) tout en respectant les critères financiers et de qualité fixés avec le responsable de processus.

Le fournisseur est ensuite évalué sur des critères quantitatifs et qualitatifs fournis par les utilisateurs et compilés par le service financier. Le choix des fournisseurs est donc effectué de manière à optimiser l'ensemble coût, qualité, délai, rapidité et pérennité d'approvisionnement.

Pour un patient pris en charge, plusieurs règles concernant la mise en place ou le maintien du matériel ont été établies.

Dans la mesure du possible, l'équipe logistique doit mettre en place le matériel avec un minimum de prestataires différents pour le confort du patient et des soignants.

A la prise en charge du patient, si du matériel doit être rajouté à celui déjà existant, il sera livré par le même prestataire, si celui-ci accepte la convention de partenariat avec notre structure.

S'il refuse le conventionnement, un relai est mis en place avec un autre prestataire.

Le retrait et la nouvelle installation du matériel seront coordonnés en accord avec le patient et/ou son entourage afin d'éviter tout désagrément au patient dans sa prise en charge.

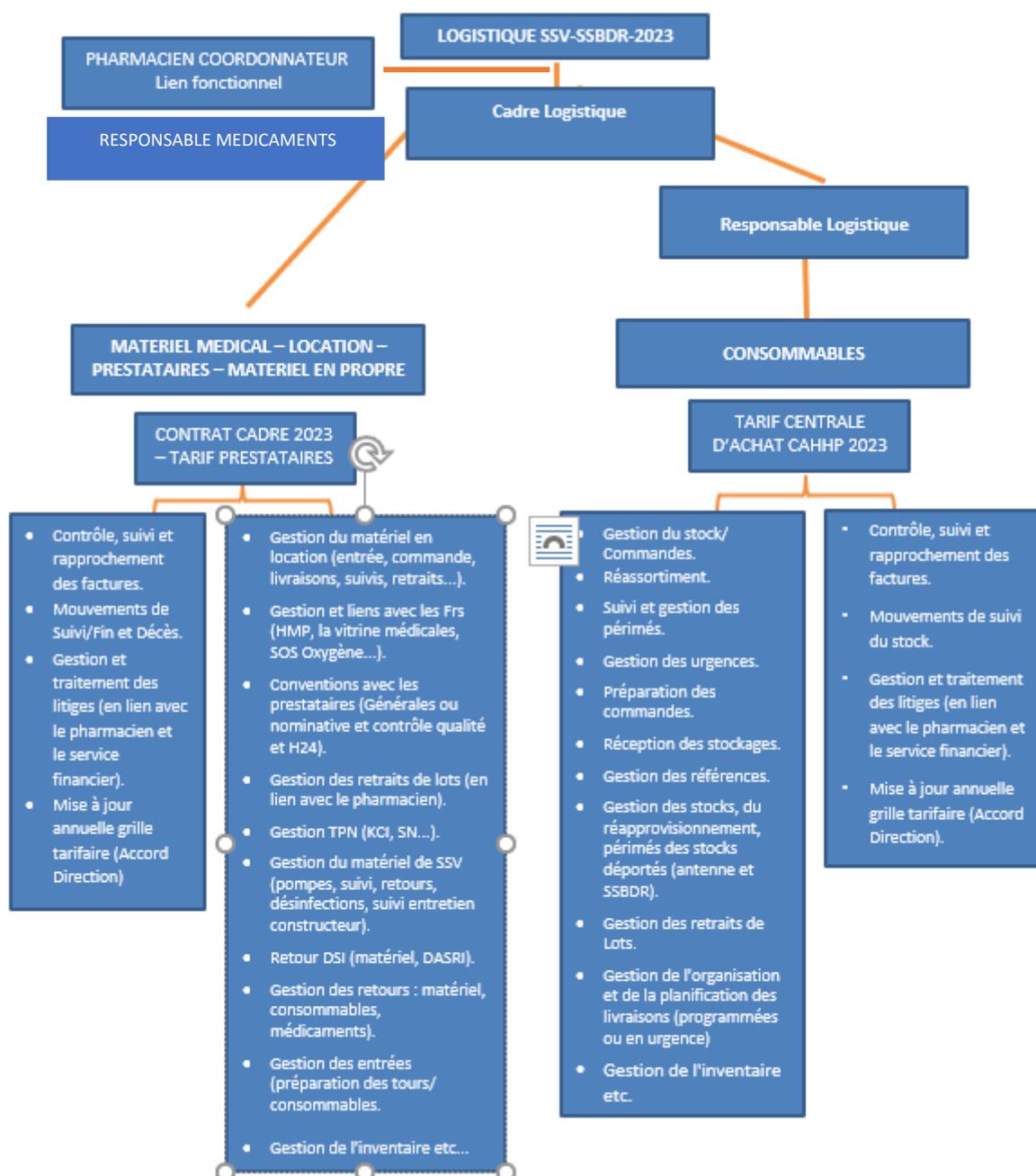
L'association Santé et Solidarité du Var est adhérent à la centrale d'achat la CAHPP (Centrale d'Achat des Hôpitaux Publics et Privés) lui permettant d'avoir accès à un catalogue très large de produits et de consommables.

Le référencement d'un nouveau DM (dispositif médical) est soumis à l'approbation du Directeur Général sur proposition du pharmacien coordonnateur. Des essais sont effectués au préalable afin de tester la fiabilité et la sécurité des nouveaux produits.

Pour les dispositifs non référencés, des accords et de nouveaux contrats peuvent être signés afin d’apporter le matériel nécessaire à la prise en charge du patient.

Le service logistique, en partenariat avec les prestataires conventionnés, assure la mise en place au domicile du patient des équipements de location. A la fin de la prise en charge du patient, le service logistique organise avec ces mêmes prestataires le retrait du matériel encore au domicile.

A. L’organisation générale



Le service logistique bénéficiera d’ici fin 2023 d’une plateforme de 500 m² permettant une gestion optimale du traitement des commandes, du stockage, du *picking* (Préparation des commandes logistiques).

Organisation des nouveaux locaux :

Pensée sur le principe de marche en avant, l'organisation permet la mise en place d'une réelle démarche qualitative au niveau de l'hygiène. Plusieurs espaces composeront ces locaux :

- Espace bureautique (gestion des dossiers logistique des patients)
- Espace magasin (stock, gestion et préparation des commandes)
- Création d'un espace stockage SHA (Solution hydroalcoolique)
- Salle de décontamination (circuit sale et circuit propre différenciés)
- Zone de réception de marchandise (manutention facilitée par une meilleur accessibilité)
- Deux zones d'expédition pour les commandes :
 - o Livraison par les soignants
 - o Livraison par les livreurs
- Zone de stockage des pompes SAPPHIRE (chargement, entretien, récupération des données).
- Anticipation d'un espace supplémentaire selon les besoins à venir.

Cette organisation permettra non seulement de répondre aux besoins actuels mais également d'anticiper une croissance des besoins liés à l'activité.

Pour répondre aux besoins urgents, un stock d'équipements de secours et de consommables est accessible pour les soignants 24h/24 7j/7 sur toutes les antennes.

Toute sortie de matériel du stock de secours est tracée obligatoirement dans le logiciel Athome® pour permettre le réassort du matériel manquant et éviter ainsi toute rupture de stock.

Un inventaire systématique des équipements est fait en fonction d'une fréquence définie.

Une tour de rangement comprenant l'ensemble du consommable nécessaire à la prise en charge est acheminée par l'infirmier(e) d'admission.

Chaque semaine, les infirmiers évaluent les besoins et passent commande des consommables nécessaires. La livraison de ces commandes est effectuée soit par les soignants HAD, soit par une société partenaire (SDE)*.

A la sortie du patient en HAD, la tour et le DSI (dossier de soins infirmier) sont récupérés à son domicile et ramenés à l'association Santé et Solidarité du Var pour être désinfectés dans la salle dédiée à cet effet.

B. Gestion des déchets de soins à risque infectieux (D.A.S.R.I)

Pour assurer la collecte des déchets de soins, l'association fait appel à un prestataire externe : Sante Dasri Environnement (SDE), société spécialisée dans la collecte et le traitement des déchets de soins à risques infectieux.

La fréquence de retrait est définie selon les soins réalisés et peut être modifiée, si besoin, durant la prise en charge. Un passage est systématiquement réalisé en fin de prise en charge.

LES AXES D'AMÉLIORATION 2023-2027

Continuer l'informatisation du processus logistique avec la dématérialisation des commandes :

- ⊕ La dématérialisation des commandes d'équipements auprès des prestataires.
- ⊕ La mise en place d'une adresse mail dédiée aux commandes, aux demandes d'intervention et de retraits de matériel pour une meilleure traçabilité des échanges.
- ⊕ La mise en place de la version 2 du module logistique avec activation d'une interface entre le logiciel de gestion AtHome® et le site de la CAHPP (module HOSPILOG®) pour la mise en place d'un cadencier automatique de commande.
- ⊕ La dématérialisation des commandes hebdomadaires via l'application Android AtHome® sur smartphone et tablette pour les salariés et les partenaires libéraux. Avec, au préalable, une formation interne de l'équipe logistique et l'ouverture des droits aux IDE et IDEL.

Définir les équipements nécessaires :

- ⊕ L'acquisition de Scanners mobiles ou « douchettes » pour sécuriser la préparation des commandes avec la mise en place d'une traçabilité des commandes dans le DPA.

Poursuivre le développement de partenariat et le suivi de tous nos prestataires actuels.

2. Le parc automobile

Le parc automobile de l'association SANTE ET SOLIDARITE DU VAR est composé de :

- SSV : ≈ 140 véhicules (dont 10 de secours) :
 - 90 véhicules en location longue durée (LLD).
 - 50 véhicules propriété de l'association.
- SSBDR : ≈ 10 véhicules (dont 1 de secours) :
 - 6 véhicules en location longue durée (LLD)
 - 4 véhicules propriété de l'association

L'association SSV a choisi une solution de Location de Longue Durée (LLD) pour une grande partie de sa flotte automobile. Ce mode de gestion permet l'utilisation de véhicules récents dont l'entretien est assuré directement par le constructeur

En complément du parc locatif, l'Association est également propriétaire d'un parc de véhicules.

Cette solution mixte (LLD/Achat) a été mise en place pour répondre aux difficultés d'approvisionnement liées aux différents événements des trois dernières années et permettre ainsi de sécuriser la disponibilité permanente de véhicules.

Dans le cadre de **sa politique de développement durable**, l'Association s'est engagée :

- A intégrer dans son parc automobile, **uniquement des véhicules à faible émission de CO₂ aux normes Crit'Air 1 et 2, permettant également aux équipes d'accéder à l'ensemble des ZFE (véhicules hybrides, bioéthanol et un électrique).**
- A installer, sur chaque site le permettant, **des bornes de rechargement de véhicules électriques.**



Afin d'améliorer les conditions de travail, les véhicules sont tous équipés d'une climatisation, d'un système Bluetooth, d'un système GPS connecté à ANDROID.

Concernant les antennes de BRIGNOLES/ST-MAXIMIN et FLAYOSC, les véhicules sont montés de pneus quatre saisons et dotés de chaînes à neige.

L'Association attribue également un (ou plusieurs) véhicule(s) de secours à chaque antenne pour pallier aux différentes immobilisations (entretien – réparation – accident...) facilitant ainsi l'organisation des soins.

Le parc automobile de l'Association est suivi au quotidien par un technicien dédié.

LES AXES D'AMELIORATION 2023-2027

- Optimiser la gestion des véhicules de secours.
- Développer les formations des salariés de l'Association aux risques routiers.
- Anticiper la mise en place des équipements « NEIGE » l'hiver.
- Mettre en place un logiciel de gestion du parc automobile.

PARTIE 10 - GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

1. Cadre général du projet des ressources humaines

Ce projet traduit la politique sociale de l'Association en définissant des objectifs partagés par l'ensemble du personnel.

Il définit la politique des ressources humaines que l'Association se propose de conduire pour les cinq années venir en consignant les évolutions et orientations cibles en matière de développement des compétences, recrutement, amélioration des conditions de travail et communication.

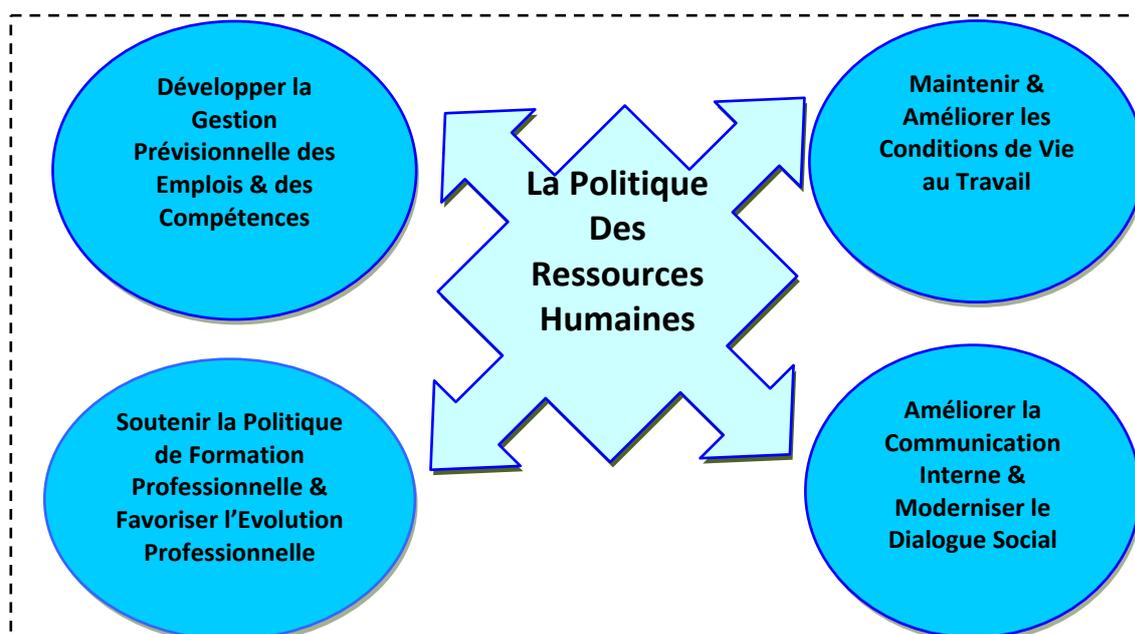
Le projet social se décline en 4 grands thèmes majeurs :

- ⇒ La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
- ⇒ La formation professionnelle et l'évolution professionnelle
- ⇒ Les conditions de travail et qualité de vie au travail
- ⇒ La communication et le dialogue social

La gouvernance impulse et soutient une démarche QVT avec la mise en place d'un groupe de travail pluriprofessionnel constitués de membres du personnel volontaires. La pertinence de la démarche s'appuie sur la connaissance des salariés de leur métier et du fonctionnement de leur service. Le groupe de travail utilise la méthode proposée par la HAS « Boussole QVT » qui se base sur l'analyse de 6 thématiques en lien avec la QVT :

1. Contenu du travail
2. Santé au travail
3. Employabilité et développement professionnel
4. Performance et Management
5. Relation de travail et climat social
6. Egalité des chances

Cet outil permet aux acteurs de réaliser un premier état des lieux des points forts et les points faibles de l'établissement. Ces représentations partagées permettent, par la suite, d'orienter l'action. Le groupe de travail sera reconduit chaque année avec d'autres participants afin de réévaluer la démarche QVT.



2. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)

La GPEC peut être définie comme une démarche d'anticipation visant à faire évoluer les ressources humaines en adéquation avec les besoins actuels et surtout futurs de la structure.

Elle est élaborée à l'initiative et sous la responsabilité de l'employeur et doit faire l'objet d'une consultation des instances représentatives du personnel.

La GPEC ne s'improvise pas mais s'inscrit dans une démarche cohérente et organisée qui permet de mobiliser et fédérer l'ensemble des acteurs concernés autour d'un même objectif à atteindre au fil de différentes étapes.

La GPEC se caractérise par divers outils : pyramides des âges, tableau prévisionnel des effectifs, analyse des emplois susceptibles d'évoluer, mise en place de tutorat pour les nouveaux embauchés, élaboration stratégique du plan de formation, réalisation des entretiens annuels d'évaluation.

La G.P.E.C. est au service de chaque salarié :

- ↳ Elle apporte une information globale sur l'évolution des emplois dans l'Association.
- ↳ Elle permet aux personnels, à partir d'un projet professionnel, d'orienter leur carrière.
- ↳ Elle constitue une aide à la décision en matière de formation et d'adaptation à l'emploi.

La G.P.E.C. est au service de l'Association :

- ↳ Elle est un outil d'aide à la décision pour adapter les ressources humaines en nombre et qualification.
- ↳ Elle permet d'identifier les compétences et potentiels de chaque professionnel, de mesurer et réduire les écarts entre les ressources actuelles et les besoins futurs.
- ↳ Elle permet de définir les moyens d'action, les plus adaptés pour combler ces écarts : recrutement, formation, reconversion.

A. Ajuster qualitativement et quantitativement les effectifs actuels et futurs des services

La gestion des ressources humaines permet la mise en œuvre des projets de l'Association et favorise l'adaptation des professionnels aux évolutions de la politique de soins et de l'organisation. L'élaboration d'une cartographie des métiers a permis de déterminer les métiers de l'Association et les effectifs associés, de réaliser des analyses quantitatives et qualitatives sur les métiers présents au sein de la cartographie et ainsi déterminer les actions G.P.E.C. à mener. L'enjeu est de pouvoir analyser les écarts entre les effectifs actuels et prévisionnels.

Pour chaque métier, une fiche de poste a été réalisée. Elle permet de personnaliser la fonction en précisant les missions et les tâches adaptées au contexte spécifique dans lequel le titulaire aura à exercer sa fonction. Elle est révisée en fonction des évolutions et/ou de la réglementation.

- L'intégration d'un nouveau collaborateur

L'Association a développé une démarche active d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels et stagiaires qui débute dès les premières étapes du processus de recrutement et qui se poursuit après la prise de poste.

Lors des entretiens d'embauche, les éléments essentiels à connaître sur le poste et sur l'entreprise sont communiqués au candidat afin qu'il puisse appréhender au mieux son futur poste et son environnement de travail.

Ensuite, durant les premiers jours de prise de fonction, un accompagnement spécifique des nouveaux professionnels et stagiaires est systématiquement mis en œuvre dans l'Association sous

la forme d'un dispositif de tutorat assuré par un salarié du service. Ce dispositif est complété par la remise d'un livret d'accueil du nouvel arrivant qui contient les informations utiles à la prise de poste.

Il s'agit non seulement de recruter mais aussi de fidéliser les professionnels soignants en mettant tout en œuvre pour favoriser la réussite de la prise de poste.

- L'insertion ou le maintien dans l'emploi des personnes en situation passagère ou définitive de handicap

L'insertion ou le maintien dans l'emploi des personnes en situation passagère ou définitive de handicap nécessite que soit engagé une véritable politique handicap dans l'Association.

Cette politique doit très concrètement favoriser la proposition d'actions pour l'intégration de la personne handicapée (projet professionnel, adaptation des postes de travail, formation, suivi et accompagnement des personnes).

Ce travail se traduit par un partenariat auprès de l'ESAT PAUL ARENE et l'Association ADAPT chargée de l'insertion des personnes handicapées.

B. Reconnaître et valoriser l'expérience professionnelle

La rencontre du salarié avec son supérieur hiérarchique dans le cadre de l'entretien professionnel est un moment d'échange et de discussion permettant une aide à l'orientation et à la construction d'un projet professionnel à partir de l'analyse des compétences et aptitudes du salarié. Il permet de faire le point sur la situation professionnelle du salarié, ses capacités, ses besoins et ainsi faire émerger un projet professionnel réaliste.

Le salarié peut également demander une rencontre au Responsable RH afin de l'aider à construire son projet professionnel.

3. La politique de formation et évolution professionnelle

La formation doit favoriser le développement des compétences collectives et individuelles et l'évolution professionnelle. L'évolution des techniques, des pathologies et des populations prises en charge nécessitent une adaptation permanente des connaissances et qualifications.

Les actions en faveur de la formation collective continue sont envisagées au regard du projet d'établissement, des projets de service, des projets de soins et médicaux. Elles sont adaptées en fonction d'éventuels redéploiements ou réorientations d'activités prévus dans ces projets.

Elles doivent répondre aux besoins individuels des personnels pour permettre à chacun de construire son projet professionnel, notamment, en permettant l'accès à des formations qualifiantes. La promotion professionnelle est une priorité de cette politique.

A. Evaluer et réajuster le dispositif existant

L'Etablissement mène, en matière de formation, une politique dynamique qui est construite sur l'équilibre entre les besoins induits par les évolutions de l'activité de la structure et la construction des parcours professionnels.



Le plan de formation annuel de l'Association permet d'améliorer le niveau de compétence et contribue à la politique promotionnelle des personnels de l'Etablissement. Il est en cohérence avec le projet d'établissement.

Pour son élaboration, l'ensemble du personnel est sollicité via une note d'information. Le personnel fait part de ses choix de formation par ordre de préférence. Ce dispositif est complété par les besoins en formation recueillis durant les entretiens professionnels.

Les demandes sont analysées, puis accordées ou refusées par la Direction Générale. Le plan de formation validé est ensuite présenté en CODIR.

Le projet de plan de formation est discuté avec les instances représentatives du personnel au cours d'une réunion de travail. Il leur est ensuite soumis pour avis.

A chaque formation, une évaluation de la satisfaction des personnels est réalisée en présence du formateur.

La satisfaction globale des personnels sur le plan de formation est évaluée au travers du questionnaire annuel de satisfaction du personnel

B. Accompagner les projets professionnels individuels

La formation professionnelle assure l'adaptation des personnels à leur poste de travail tout au long de leur carrière et favorise leur promotion sociale.

Elle prend la forme d'actions :

- D'adaptations au poste de travail liées à l'évolution ou au maintien dans l'emploi ou au développement des compétences des salariés
- De promotion
- De prévention
- D'acquisition, d'entretien ou de perfectionnement des connaissances
- De réalisation de bilan de compétences
- De validation des acquis de l'expérience
- De reconversion

4. Les conditions de travail et la qualité de vie au travail

Les conditions de vie au travail ne peuvent être déconnectées de la prise en compte des situations individuelles professionnelles et personnelles.

Elles sont constituées d'autant d'éléments matériels que psychologiques avec toutes les incidences sur l'absentéisme, le sentiment d'épuisement professionnel ou d'insécurité, le climat et la qualité des relations du travail.

Il s'agit de trouver la meilleure adéquation possible entre les besoins collectifs et les besoins individuels de chacun tout en accroissant la qualité des soins dispensés aux patients.

Cette démarche s'initie sur l'ensemble de l'Association mais aussi dans chaque service sous l'impulsion et la coordination de l'encadrement, avec tous les acteurs de l'Association.

L'organisation du travail est déterminante pour la qualité de vie au travail.

Elle s'analyse à partir de la répartition des postes et des tâches, de la charge de travail, des fluctuations ou créations d'activités.

A. Mettre en œuvre une nouvelle organisation du travail

L'organisation fonctionnelle et hiérarchique de l'Etablissement est représentée au sein d'un organigramme.

Celui-ci permet aux salariés nouvellement embauchés de :

- Visualiser la répartition des responsabilités hiérarchiques et fonctionnelles
- Repérer rapidement la place de leur poste dans la structure,
- Visualiser la place de chaque fonction et les relations de travail qui existent entre celles-ci.

Les absences du personnel (prévisibles, de courte ou longue durée) sont systématiquement remplacées en HAD.

Les absences non prévues du personnel soignant sont compensées par un pool de remplaçant AS/IDE intervenant sur tous les sites permettant une prise de poste rapide.

B. Promouvoir la santé au travail et prévenir les risques professionnels

L'établissement préserve la santé au travail en limitant l'exposition aux risques professionnels par la mise en place d'actions telles que :

- Les formations sur gestes et postures, les risques routiers, gestion du stress et des conflits...
- La mise à disposition d'un exosquelette pour les soignants terrain
- L'acquisition d'équipement ergonomique et le renouvellement du matériel professionnel (repose pieds, fauteuils ergonomiques, casques, ...)
- En cas de besoin recours à une PEC psychologique pour les situations complexes et/ou difficiles
- La prise en charge d'une séance d'ostéopathie...

La Médecine du Travail et le Comité Social et Economique CSE sont les partenaires privilégiés du « mieux être au travail ». L'AIST 83, DREETS et la CARSAT sont conviés aux réunions du CSE traitant de la santé, de la sécurité et des conditions de travail de l'Association.

L'évaluation des risques constitue un moyen essentiel pour préserver la santé et la sécurité des salariés.

Le Document Unique Evaluation des risques professionnels DUERP de l'Association transpose par écrit l'évaluation des risques et les résultats de l'évaluation des risques à laquelle il a été procédé. Les risques liés aux activités professionnelles et risques liés aux conditions de travail. Le DUERP est transmis aux parties prenantes (AIST...) et à disposition de l'ensemble du personnel par voie d'affichage.

Les actions de prévention sont en lien avec les actions conduites par le CSE notamment dans le Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRIACT).

Dans le cadre de ce processus, il est essentiel d'impliquer les salariés et de prendre en compte leurs besoins et leurs avis concernant la façon d'organiser le travail et le lieu de travail.

A ce titre, il est organisé une fois par an un groupe de travail pluriprofessionnel pour évaluer les besoins à partir d'un diagnostic QVT. **L'objectif est de définir un plan d'actions QVT avec des axes d'amélioration.**

5. La communication interne et le dialogue social

La clarification et la connaissance des valeurs et des stratégies de l'Association sont sources de cohésion sociale et permettent à chaque professionnel de se mobiliser et de s'investir dans l'évolution de l'Association.

La communication et le dialogue social sont les éléments facilitateurs de l'appropriation, du partage et de la mise en œuvre du projet social en articulation avec le projet d'établissement.

A. Améliorer la qualité de la communication interne

Cet axe d'amélioration a été identifié en groupe de travail « QVT » pluridisciplinaire.

La communication interne a pour objectif d'associer les salariés à toutes les actions de l'Association. La prise en compte et la reconnaissance du personnel permet le maintien d'un climat social serein et d'une motivation partagée. Elle est donc un aspect fondamental dans la stratégie de développement de l'Association.

Différents outils sont utilisés pour favoriser l'accès à l'information :

- Tableaux d'affichage
- Journal qualité
- CR de réunions des instances représentatives et obligatoires...
- Intranet
- Messagerie interne
- Notes d'information, ...

Ces moyens sont mis en œuvre en corrélation avec le Système d'Information dans le souci permanent d'améliorer la qualité de la communication.

L'encadrement a un rôle important à jouer à ce niveau et doit mettre l'information à portée des salariés, garantir sa prise de connaissance et sa compréhension mais aussi retransmettre les attentes et besoins de ceux-ci.

B. Renforcer les échanges

La qualité de ces échanges se construit autour de l'écoute et de l'expression des salariés à différents niveaux :

- Institutionnel par le biais des institutions représentatives du personnel, des différentes commissions et comités.
- Individuel par un échange régulier entre le responsable hiérarchique et ses collaborateurs.

La politique d'information et de communication s'attache à :

- Maintenir et développer des relations de qualité,
- Optimiser le fonctionnement des différentes instances, comités et commissions.

Le responsable hiérarchique informe par tous les moyens ses collaborateurs sur les actions réalisées, en cours de réalisation et à venir qui ont été validées par les instances.



La promotion de l'expression individuelle et la participation des personnels sont des enjeux importants pour l'évolution de l'Association.

La recherche de cette participation s'appuie sur l'enquête de satisfaction annuelle des salariés qui aborde différents items (climat social, la formation, le dialogue avec la hiérarchie...). Les axes d'amélioration intègrent les axes proposés par le groupe de travail « QVT » qui ont été validées par la direction.

AXES D'AMÉLIORATION 2023-2027

Renforcer la communication interne

- Poursuivre des enquêtes de satisfaction une fois par an en lien avec la QVT.
- Améliorer et renforcer le processus d'intégration des nouveaux salariés (en redéfinissant un parcours d'intégration des nouveaux salariés, la connaissance des fiches de poste à l'embauche...).
- Renforcer la communication sur le processus de certification de la structure.
- Développer l'implication des responsables de service au processus de certification de la structure.
- Systématiser le retour sur les erreurs dans chaque service « culture qualité »
- Optimiser les outils d'information et de communication (GED accessible sur les PDA) ...

Poursuivre la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

- Exploiter les outils « type » tableaux de bord et outils de suivi élaborés (cartographie des métiers, fiches métiers, constituer référentiel de compétences, pyramide des âges, flux des entrées et sorties).
- Favoriser le recrutement et l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés.
- Poursuivre les entretiens professionnels.
- **Maintenir le pool de remplaçant AS/ IDE intervenant sur tous les sites permettant une prise de poste rapide.**

Soutenir la politique de formation sur l'ensemble des thématiques du projet d'établissement et favoriser l'évolution professionnelle

- Améliorer les recueils des besoins en formation.
- Améliorer la communication sur les dispositifs de formation (CPF, CIF ...).

Maintenir et améliorer les conditions de travail et la qualité de vie au travail

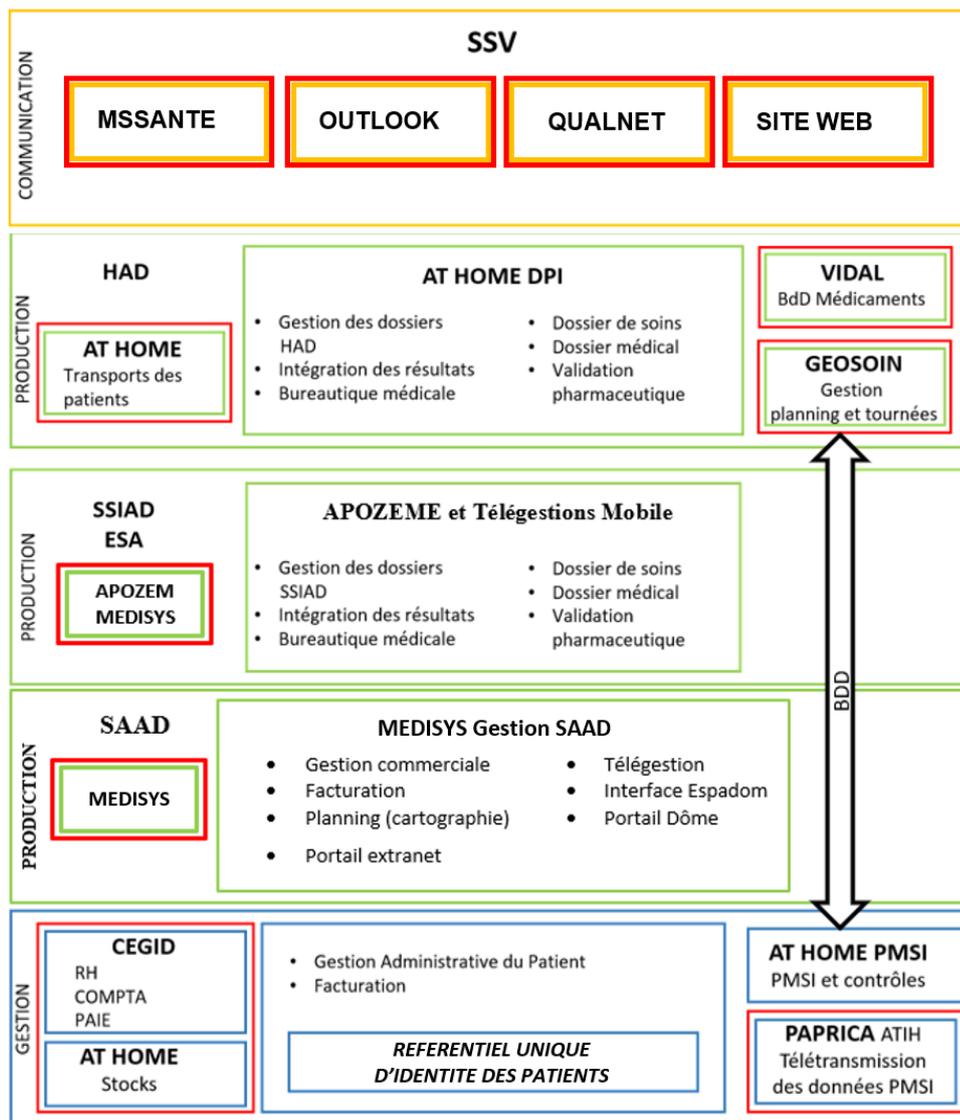
- Poursuivre l'identification, la quantification et l'analyse des facteurs de risques professionnels.
- Poursuivre l'implication des salariés dans la recherche des actions d'amélioration.
- Poursuivre l'implication des professionnels dans l'organisation du travail : notamment lors des changements d'horaires.
 - Favoriser la cohésion interservices.
 - Poursuivre le développement des outils numériques.

PARTIE 11 - POLITIQUE DU SYSTÈME D'INFORMATION

1. Présentation générale

L'association Santé et Solidarité du Var a fait le choix stratégique d'investir prioritairement dans des applicatifs à destination des différents pôles de la structure :

La cartographie applicative



A. Outils modernes et fonctionnels

- **ATHOME HAD** : est un logiciel de coordination de soins utilisé par le pôle médical, de soins, psycho-social, administratif et logistique. Ce logiciel est à destination des soignants et des acteurs libéraux travaillant avec l'HAD.
- **ATHOME MOBILE** : est une application Android, développée pour les infirmiers et aides-soignants de terrain, qui permet d'accéder au dossier patient, d'utiliser une messagerie sécurisée instantanée, de saisir des comptes-rendus, des transmissions ciblées, d'accéder au planning et aux Plans de soins, aux grilles AVQ, à la saisie des constantes et à l'ajout de



documents par prise de photos. Une déclaration CNIL a été effectuée dès le déploiement de l'outil.

- **GEOSOINS** : est un logiciel de gestion des plannings et d'optimisation des tournées des soignants.
- **APOZEME-EMEDISYS** : est un logiciel utilisé par les Services de Soins Infirmiers à Domicile et les équipes Spécialisées Alzheimer (ESA). Il permet de gérer le suivi des patients, et permet d'organiser les visites et le roulement du personnel.
- **TELEGESTION MOBILE** : permet de gérer la mobilité des intervenants du SSIAD et de l'ESA par l'intermédiaire d'une application mobile sur smartphone pour les aides-soignantes, et sur tablette pour les infirmières IDE.
- **EMEDISYS SAAD** : est un logiciel utilisé par le Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile. Il permet de gérer l'aide à domicile, d'organiser et de planifier les visites ainsi que le roulement des auxiliaires de vie
- **E-VIDAL HOPTIMAL** : est un logiciel permettant la recherche de médicaments, l'analyse pharmaceutique, et la saisie de codes de la CIM-10 ...
- **CATALOGUE CAHPP** : est un catalogue de la Centrale d'Achat Hospitalière Privée et Publique pour les commandes de consommables du pôle Logistique

CEGID est une solution de gestion des ressources humaines et financières :

Il existe une solution hébergée :

- CEGID PAIE : permet la saisie, la collecte des éléments variables de paie, la gestion des règlements, l'évaluation des engagements sociaux, la production de la DSN...
- CEGID HR PRINT offre toute l'étendue fonctionnelle destinée à simplifier l'ensemble des tâches quotidiennes des gestionnaires de Paie. Elle met à disposition un plan de paie pré-paramétré et régulièrement mis à jour et permet de gérer les dossiers RH des salariés. Cette solution permet de suivre, d'anticiper et d'ajuster l'activité des salariés : les cycles horaires personnalisés, la saisie des éléments de présence et d'absence, toute la gestion du temps de travail de l'association Santé et Solidarité du Var (SSV) y est organisée.

Pour optimiser le processus de gestion des documents de l'association, l'outil de **Gestion Electronique des Documents (GED) QUALNET** a été déployée en juin 2022. Il permet l'accès de tout le personnel (SSIAD/ESA/SAAD/HAD) à l'ensemble des documents qualité. L'objectif à venir est un déploiement de l'outil sur le PDA ou tablette des soignants.

L'application *Master Data Management* (MDM-TINY) permet quant à elle l'optimisation de la gestion des PDA, en offrant une plus-value métier importante, en étant très intuitive à l'usage.

B. Engagement en faveur du Développement Durable

Les préoccupations environnementales sont des points non négligeables au niveau informatique. L'association participe également, à son niveau, au développement d'un Système d'Information éco-responsable.

Plusieurs mesures mises en place ces dernières années vont dans ce sens :

- Dématérialisation des informations concernant le dossier patient : grâce à l'application ATHOME Mobile, et la mise en place de la flotte de Smartphones, le volume de papier utilisé pour l'impression a fortement baissé.
- L'achat de machines récentes, paramétrées pour une mise en veille dès que le poste de travail informatique est inutilisé depuis une certaine période (le parc est renouvelé par tiers chaque année par des machines sous Windows 11).
- Mise en place de la virtualisation au niveau des applications serveurs. La virtualisation permet notamment de maximiser les ressources d'une machine physique en émulant plusieurs systèmes sur ce même serveur. De fait, une machine physique peut faire fonctionner une dizaine de machines virtuelles et ainsi économiser l'énergie qu'aurait nécessitée ces mêmes machines si elles existaient physiquement.

C. « Ségur Usage Numérique en Établissements de Santé »

Le programme SUN-ES pour « Ségur Usage Numérique en Établissements de Santé » vise à poursuivre les efforts pour amener l'association Santé et Solidarité du Var (SSV) vers un plus grand niveau de maturité de son système d'information, nécessaire pour assurer une meilleure prise en charge des patients grâce au partage sécurisé de leurs données.

Le programme SUN-ES se situe dans le prolongement du programme HOP'EN et privilégie la production et la transmission de documents de santé dans le but d'enrichir, via le DMP, le nouvel espace numérique de santé « Mon Espace Santé » qui est maintenant ouvert à tout citoyen français.

Il vise également à promouvoir l'usage des messageries sécurisées de santé dans l'espace de confiance MS Santé. Le programme SUN-ES s'inscrit dans les grands principes du volet numérique du Ségur et particulièrement celui d'**une vision centrée sur les usages et d'une dimension inclusive pour l'ensemble des établissements sanitaires**. Il contribue ainsi à la généralisation du partage fluide et sécurisé des données de santé afin d'accélérer les usages, en passant de 10 millions à 250 millions de documents médicaux échangés par an d'ici 2023.

Les prérequis atteints en identitovigilance dans la cadre du SUN ES :

- Cellule d'identitovigilance opérationnelle avec au minima deux réunions par an.
- Renseignement du questionnaire d'appropriation (INS, procédures, formations/sensibilisations du personnel).

Les prérequis atteints en cybersécurité dans la cadre du SUN ES :

- Existence d'une politique de sécurité, d'une analyse des risques détaillée, d'un PA avec le SSI.
- Existence d'une procédure de remontée des incidents de sécurité.

- Existence de 2 réunions par an RSSI/Direction avec le suivi de PA SSI et la remontée des incidents.
- Réalisation d'un audit externe de cybersurveillance.

Une présentation a été faite aux membres de la CME *Mon Espace Santé* et de la *Messagerie citoyenne*. La présentation réalisée par l'ANS « *Éléments de présentation de Mon espace santé et de la messagerie citoyenne à destination des établissements de santé pour la Commission Médicale d'Établissement (CME)* » est remise à chaque membre de la CME.

L'ensemble des membres de la CME a validé l'alimentation du DMP par le courrier de liaison de sortie.

Les indicateurs du financement à l'usage	
Six prérequis "Segur" - certains sont issus du programme HOPEN	Une cellule d'identitovigilance opérationnelle
	Appropriation du référentiel national d'identitovigilance (RNIV1 et RNIV2)
	Présence d'une politique de sécurité comprenant la sensibilisation des PS et un plan d'action SSI réalisé, ainsi que l'existence d'un RSSI
	Réalisation d'un audit externe de cybersurveillance au sein de l'établissement.
	Capacité du SIH à alimenter le DMP
	Existence d'une MSSanté opérationnelle.
Volet 1 : Alimentation du DMP Trois domaines d'usage	Domaine 1 : documents de sortie Trois indicateurs pour l'alimentation du DMP en lettre de liaison (LDL), en ordonnance de sortie, en compte-rendu opératoire (pour les ES avec activité de Chirurgie) Un indicateur Bonus pour l'alimentation du DMP en documents historiques du DPI
	Domaine 2 : Biologie Alimentation du DMP en CR de Biologie (pour les ES avec Laboratoire de Biologie)
	Domaine 3 : Imagerie Alimentation du DMP en CR d'imagerie (pour les ES avec service d'imagerie)
Volet 2 : Echanges de documents par MSS Un domaine d'usage	Indicateur 1 : MSS Pro Envoi de documents de santé aux correspondants via la messagerie sécurisée de santé professionnelle
	Indicateur 2 : MSS citoyenne Envoi de messages aux patients via la messagerie sécurisée de santé citoyenne
	Indicateur 3 : CME Présentation de la messagerie citoyenne à la Communauté Médicale d'Établissement (CME ou équivalent)

D. Le Règlement Européen Général sur la Protection des Données (RGPD)

Le règlement européen général sur la protection des données (RGPD) est entré en vigueur depuis 2018. La protection des données personnelles des salariés, des patients et des bénéficiaires, déjà encadrée par la CNIL pour son application informatique, est maintenant une obligation et un enjeu majeur pour les HAD (sanitaire), les SSIAD, ESA et les SAAD (médico-social).

Les dispositions du RGPD s'appliquent à tous les traitements de données personnelles (ex : nom, prénom, numéro de patient, etc.) que l'association utilise pour l'exercice de ses activités sanitaires et médico-sociales, que ces traitements soient sous une forme informatique ou papier (ex : dossier patient papier).

L'application du RGPD est conduite en 7 étapes :

1. Désignation de pilote
2. Désignation du DPO
3. Cartographier les traitements de données personnelles

4. Prioriser les actions à mener
5. Gérer les risques prioritaires
6. Organiser les process internes
7. Documenter la conformité

L'association Santé et Solidarité du Var :

- Dispose d'un registre des activités de traitements ;
- Assure le respect des droits des personnes ;
- A mis en place des procédures garantissant la sécurité et la confidentialité des données ;
- Dispose d'un délégué à la protection des données ;
- A réalisé une analyse de l'impact du traitement des données sensibles (notamment les informations de santé)
- Garantit la sécurité de ses relations contractuelles ;
- Prévoit le signalement de tout incident de sécurité.

Le Service Informatique participe au pilotage du RGPD avec le service qualité et la direction. Un Délégué à la Protection des Données externe a été nommé pour coordonner, vérifier la conformité réglementaire, dialoguer avec les autorités de protection des données et réduire les risques de contentieux.

L'association Santé et Solidarité du Var a déployé un ensemble de ressources matérielles et logicielles informatiques pour répondre à chacun de ses besoins. Elle héberge par ses propres moyens informatiques, l'application au cœur du processus de soins pour les HAD « Athome d'ARCHE MC2 ».

SAUVEGARDE DES DONNEES

Au fil du temps, le système d'information a amélioré ses processus de sauvegarde afin de minimiser au possible le risque de perte de données.

La politique de sauvegarde mise en place au cours des dernières années se décline de la façon suivante :

- Sauvegarde des données et de VM sur des serveurs de sauvegarde de type (Synologie, Robot et Nimble) permettant ainsi une restauration rapide des données par le logiciel de VEAM Backup qui est incorporé sur tous les serveurs.
- Sauvegarde hors réseau « Cassettes- Robot Copy » qui permet de sauvegarder et protéger la totalité des données de l'association déconnectées du réseau sur une période de 8 jours. Cette solution permet de se prémunir contre tout incident pouvant causer la perte ou l'endommagement de données.

ANTIVIRUS

Tous les postes de travail (PC Fixes et PC mobiles) au sein de l'association sont équipés d'une solution antivirus « ESET » permettant la sécurisation des connexions au réseau, au Web, aux données, et aux logiciels.



PARE-FEU

Un pare-feu, ou firewall (de l'anglais), est un logiciel et/ou un matériel, permettant de faire respecter la politique de sécurité du réseau de l'association. Il définit quels sont les types de communications autorisées sur le réseau informatique. Il permet de superviser les accès aux sites web, gérer les flux de données les connexions. Il protège la totalité du trafic réseau et a la capacité d'identifier et de bloquer le trafic indésirable.

Il permet également un accès sécurisé et contrôlé aux données du réseau interne de l'HAD pour les soignants terrain :

- Par le biais d'une connexion VPN personnalisée aux serveurs de l'association, aux ressources web en https (Athome, E-Médiasys, Messagerie Outlook, Antispam). L'application APOZEME SSIAD n'est pas accessible depuis l'extérieur.

ANTI SPAM

L'association utilise l'anti-spam MAILINBLACK. Un anti-spam est une solution indispensable pour lutter contre les mails indésirables, frauduleux.

Chaque salarié peut gérer ses propres autorisations sur les mails jugés douteux : les autoriser, les bloquer, les bannir. Chaque personne nous envoyant un mail devra valider un système de « CAPTCHA » pour que le mail arrive à bonne destination.

IDENTIFICATION

La Carte de directeur d'établissement (CDE), de Professionnel d'établissement (CPE) et de Professionnel de Santé (CPS) sont des cartes à puce utilisées en France afin d'assurer la confidentialité de l'accès aux données personnelles dans le cadre des applications de santé communicantes. Leurs mises en place ont été faites pour le personnel concerné directement par l'accès aux informations des patients.

MESSAGERIE SECURITE

Élément socle de la feuille de route du numérique en santé et axe prioritaire du Ségur, la messagerie MSSanté permet d'accélérer le déploiement et l'utilisation de services numériques communs et certifiés sur tout le territoire français.

L'ambition est claire : garantir à tous les professionnels de santé habilités d'échanger en toute sécurité les données de santé des patients de manière dématérialisée et structurée pour, in fine, améliorer leur prise en charge globale.

Le déploiement généralisé de « Mon Espace Santé », facilitera les échanges entre professionnels de santé et usagers via la messagerie citoyenne, enjeu incontournable de MSSanté.

L'objectif final est de faire de MSSanté le système de messagerie sécurisée de référence pour assurer la confidentialité des échanges.

Cette solution est en cours de déploiement depuis 2023 au sein de l'association.

VEILLE TECHNOLOGIQUE

La veille technologique consiste à s'informer sur les évolutions techniques, les produits et les services les plus récents ainsi que sur leurs possibilités de mises en œuvre afin de permettre une optimisation du travail.

Dans un environnement informatique complexe et en constante évolution, il est fondamental de :

- Observer l'environnement technique, scientifique, technologique, cyber (par exemple technologie NFC, télémédecine et télésanté).



- Détecter les opportunités de développement.
- Prévoir les impacts d'une évolution technologique.
- Conserver ou acquérir de la compétitivité.

E. Gestion des flux d'information

Dans le cadre des missions propres à la prise en charge plusieurs processus métiers sont mis en œuvre au cours du séjour d'un patient. Chaque composante du métier réalise des tâches liées au fonctionnement de son service, échange des informations qui génèrent des flux.

Ce sont ces flux d'informations, et plus précisément leur cycle, qui intéressent particulièrement les services traitant de l'information, ou comment coordonner un ensemble de ressources matérielles et immatérielles qui permet de recueillir une information et de la diffuser avec la meilleure efficacité

Le déploiement d'une GED permet de modéliser des process de circulation de l'information avec par exemple les acteurs, une date de création, de validation... et de révision (cycle de vie du document)

Ce processus permet à tout collaborateur d'accéder à la dernière version du document avec certitude.

Cette GED est un Système d'Archivage Electronique respecte les normes (NF Z 42-013, ISO 461*) qui intègre des outils de sécurité, dans un environnement informatique sécurisé garantissant l'intégrité et la pérennité des documents de l'association.

LA DECLINAISON ACTUELLE

Diffusion : Planning, tournée, Pharmacie, Etc.



Recueil : transmissions de soins, visites salariés, résultats laboratoires

Mobile

Représentation des flux échangés entre le siège (principalement la coordination) et le personnel de terrain (infirmières, aides-soignantes, agents logistiques).

Diffusion : dossier patient et factures via ATHOME



Recueil : actes et transmissions de soins via ATHOME

Le portail domicile :

Représentation des flux échangés entre le siège et les infirmiers libéraux (en cours de déploiement).



Diffusion : Page Internet hébergée par l'association Santé et Solidarité du Var (SSV)

Traitement : Requêtes Base de données + Mise en forme

Le Portail partenaires (projet)

Représentation des flux qui seront échangés entre le siège (Données consultées via notre logiciel ATHOME) et certains de nos partenaires et organismes (SAMU, CDIS, DT -83, ARS), selon un cahier des charges qui leur sera propre.

LA TELEPHONIE FIXE

La téléphonie fait partie intégrante du système d'information de l'association. A ce jour, des autocommutateurs appelés plus familièrement « autocom » servent à communiquer entre notre service et les patients. Chaque Autocom permet de recevoir et de passer des appels, de les transférer, d'envoyer un fax, ...

La fin du RTC (Réseau Téléphonique Commuté) va pousser l'association à migrer vers une solution de téléphonie IP. Cette solution transite par internet d'où le sigle VOIP (Voice Over Internet Protocol), elle permet de transmettre la voix instantanément. L'atout majeur de la VoIP est la réduction des coûts des télécommunications. Cette technologie allège l'infrastructure nécessaire pour assurer les télécommunications vocales.

LA TELEPHONIE MOBILE

La Mobilité est également une partie très importante au sein de l'association Santé et Solidarité du Var. Celle-ci permet à nos équipes de rester continuellement en communication, de gérer les urgences, les remplacements ... et d'accéder à leur messagerie professionnelle et aux logiciels de soins.

A ce titre, chaque personnel sur le terrain dispose d'un Smartphone professionnel géré par une application de type MDM permettant une mise à jour en temps réel des logiciels de soins déployés au sein de l'association avec des fiches de protocoles de soins et documents indispensables au personnel sur le terrain (en cours de déploiement).

Avec un abonnement 4G/25 Giga Data, le débit de connexion est deux fois plus rapide et permet un échange des informations plus efficace. L'application « Athome Mobile »-déployée sur l'ensemble de la flotte devient un incontournable au chevet du patient.

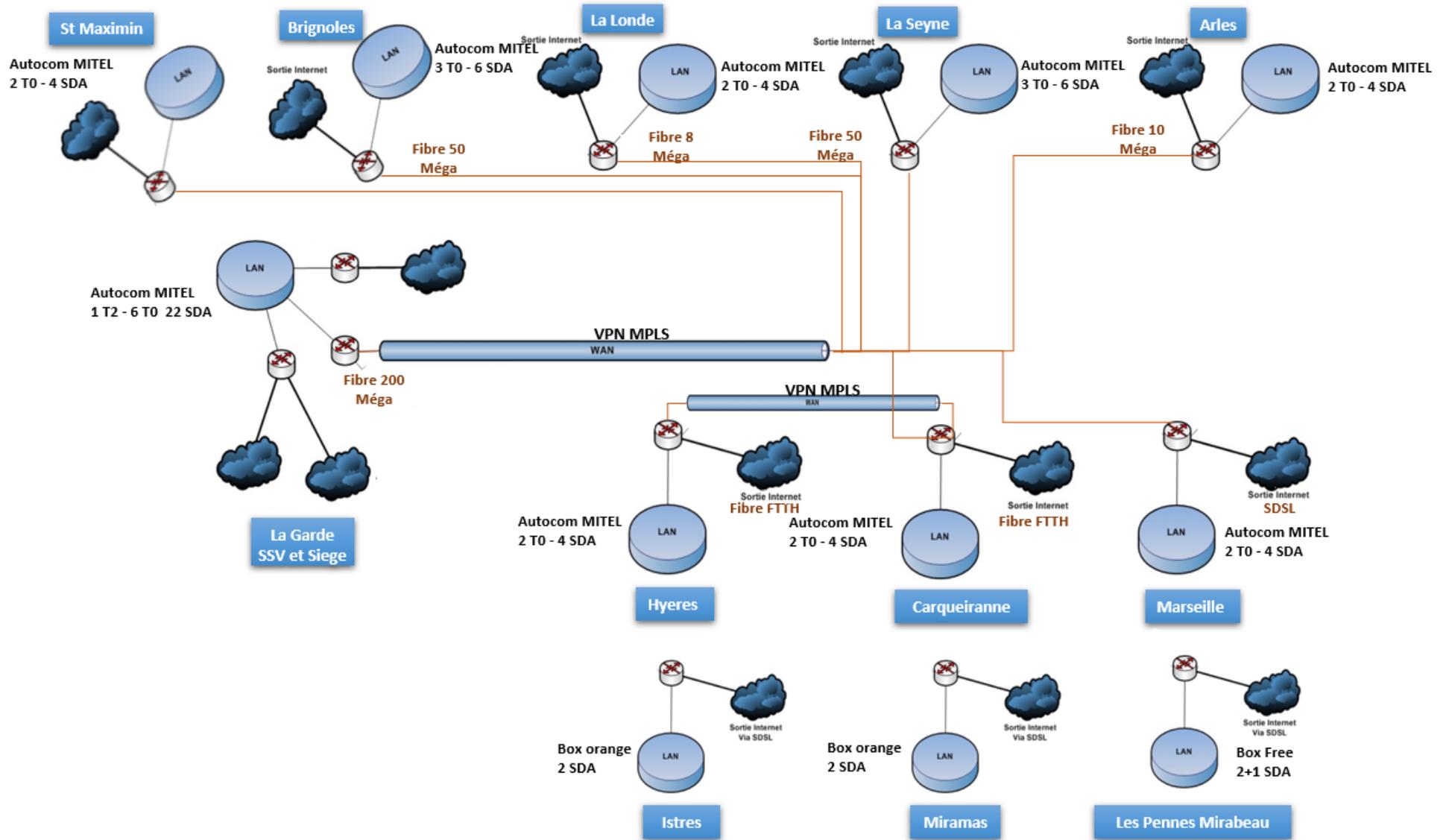
Les SSIAD, sont équipés de smartphones dotés de la télégestion Médisys associée au logiciel APOZEME.

Le déploiement de la 5G va, à terme, améliorer l'accès aux services proposés par les réseaux 4G en permettant notamment un meilleur débit et plus de capacité. En particulier, avec la 5G, une quantité beaucoup plus importante de données peut être échangée sans engorgement des réseaux.

LE SITE INTERNET DE L'ASSOCIATION

Santé et Solidarité du Var dispose d'un site Internet permettant aux patients, aux médecins ou autres personnes de se renseigner sur notre activité, de pouvoir nous contacter par mail ou téléphone et de suivre un fil d'actualité...

Représentation schématique du réseau téléphonique de Santé et Solidarité du Var (SSV).



2- Politique de sécurité du SI

La responsabilité du déploiement, de l'exploitation et de la maintenance du SI est confiée au service informatique de l'établissement.

Elle est optimale si elle est réalisée sur la base d'informations accessibles, vérifiées, à jour, précises, suffisantes et cohérentes. Elle nécessite donc des moyens informatiques adaptés dont la continuité du service doit être garantie.

Les principaux objectifs de sécurité de l'établissement sont les suivants :

- Contribuer à la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients ;
- Garantir la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité des données traitées par le Système d'Information en cohérence avec les besoins requis ;
- Assurer la disponibilité du Système d'Information, des applications et des services informatiques mis à la disposition des utilisateurs en cohérence avec les besoins requis ;
- Sensibiliser le personnel de l'établissement aux questions de sécurité vis-à-vis de l'usage de l'outil informatique, des services applicatifs et des données manipulées dans le cadre de l'exercice de leur activité professionnelle ;
- Favoriser le développement de la coopération entre professionnels de santé en instaurant un climat de confiance ;
- Imposer la prise en compte de la sécurité dans les services rendus par des tiers (prestataires informatiques, éditeurs de logiciels de santé...);
- Protéger les postes de travail et, d'une façon générale, les outils informatiques mis à la disposition des utilisateurs contre les virus informatiques et les logiciels malveillants ;
- Protéger les échanges électroniques en interne et vis-à-vis de l'extérieur proportionnellement à la criticité des informations échangées ;
- Être en conformité avec le cadre législatif et réglementaire.

La sécurité du Système d'Information répond à de forts enjeux :

- **Des enjeux de qualité, de productivité et de sécurité des soins** : Le système d'information est un outil indispensable au fonctionnement des services et à l'exercice professionnel de l'ensemble du personnel interne et externe de l'établissement, en particulier dans le cadre de la prise en charge des patients.
- **Des enjeux financiers** : Le système d'information contribue à la performance économique de l'établissement, à contrario son indisponibilité partielle ou totale pourrait avoir des impacts financiers importants.
- **Des enjeux réglementaires** : Le système d'information traite, stocke, crypte et transmet des données dont la protection est régie par des textes réglementaires.
- **Des enjeux d'image** : L'efficacité du système d'information dans sa participation à la qualité et à la sécurité des soins contribue à la bonne image de l'établissement au regard des usagers, des professionnels de santé et des institutions.

L'association a réalisé une évaluation des risques ayant permis d'identifier les risques spécifiques à l'établissement et ainsi d'élaborer la politique de sécurité du système d'information. Pour les risques qui ont été retenus, l'établissement a opté pour une stratégie de traitement consistant à les ramener à un niveau « faible » ou « acceptable », et de les maintenir ainsi de façon durable.

Réduire les risques consiste à mettre en œuvre des mesures de sécurité pour en diminuer la fréquence à laquelle ils peuvent s'exercer ou en amoindrir leurs impacts possibles sur le SI.

Cette stratégie a conduit l'établissement à élaborer la Politique de Sécurité du SI (PSSI) et un plan d'actions sécurité (PAS). Le PAS consiste à mettre en œuvre ou à renforcer, de façon priorisée et progressive, les mesures de sécurité destinées à ramener l'ensemble des risques retenus à un niveau acceptable dans le délai fixé, et de les maintenir ainsi de façon durable.

La mise en œuvre de la PSSI consiste notamment en l'application des dispositions nécessaires à la protection du système d'information. Elle relève de la responsabilité de la Direction.

La Direction est aidée dans sa mission par un comité de pilotage SI qui fixe les orientations stratégiques en matière de sécurité du SI, en cohérence avec les objectifs de l'établissement. Il prend également en compte les différentes politiques mises en œuvre (politique de gestion du personnel, budgétaire, de production...).

La Direction a désigné un référent de la sécurité du système d'information (RSSI) qui est responsable de la définition et de la mise en œuvre de la politique de sécurité au sein de l'Association.

Tout le personnel appartenant ou intervenant dans l'établissement est impliqué dans la démarche de sécurisation du SI et dispose de responsabilités formalisées et portées à la connaissance de chacun.

Les responsabilités des personnels sont renforcées en fonction de leurs fonctions et habilitations particulières (direction, professionnels de santé et personnels impliqués dans la prise en charge des patients, responsables administratifs et juridiques de l'organisme, administrateurs des systèmes d'information).

Les exigences et les règles fondamentales applicables dans le cadre de la PSSI de l'établissement, sont structurées selon 10 thématiques :

1. Politique de la sécurité
2. Management de la sécurité
3. Inventaire et classification des ressources
4. Sécurité et ressources humaines
5. Sécurité physique et sécurité de l'environnement
6. Exploitation informatique et gestion des réseaux
7. Contrôle d'accès logique
8. Développement et maintenance des applications et systèmes
9. Gestion de la continuité
10. Respect de la réglementation interne et externe

La direction a élaboré une charte regroupant les principales règles à respecter par les utilisateurs pour sécuriser l'accès et l'usage du SI.

A. Gestion des incidents de sécurité

Un évènement de sécurité est un évènement qui a eu, ou qui aurait pu avoir, un impact sur la sécurité du SI selon les quatre critères Disponibilité, Intégrité, Confidentialité et Auditabilité.

Les incidents de sécurité sont souvent de nature à révéler des failles de sécurité, c'est pourquoi ils doivent être gérés de façon sérieuse. Le RSSI élabore et met en œuvre une procédure de gestion des incidents de sécurité.

Conformément à l'article L. 1111-8-2 du code de la santé publique et au décret n° 2016-1214, tous les évènements de sécurité majeurs sont signalés à l'ARS

B. Formation du personnel à la sécurité

Les formations sont mises en œuvre auprès de certaines catégories de personnel lors d'un nouveau recrutement, du déploiement d'une nouvelle application, de la modification des mesures ou des dispositifs de sécurité, ou de façon périodique.

C. Plan de continuité d'activité (PCA)

La Direction et le service informatique élaborent un plan de continuité d'activité (PCA) en cas de dysfonctionnement éventuel du SI.

Le PCA a pour but de définir, d'un point de vue conservatoire et palliatif, les moyens à mettre en œuvre et les mesures à prendre pour assurer la prise en charge des patients en toute sécurité pendant une indisponibilité totale ou partielle du SI. Cette indisponibilité peut être provoquée par un arrêt programmé ou une panne de tout ou partie du SI.

Le PCA doit également décrire les modalités de retour au fonctionnement normal une fois le SI de nouveau disponible, notamment dans le souci de répondre au besoin d'intégrité des données.

D. Mise en œuvre d'un plan de reprise d'activité (PRA)

Le PRA décrit l'ensemble des dispositions pris par l'établissement pour assurer, dans les meilleurs conditions et délais possibles, la remise en exploitation de son Système d'Information en cas d'incident majeur qui aurait pour conséquence de stopper toute ou partie de l'activité informatique.

La mise en œuvre du PRA répond à plusieurs objectifs :

- Limiter les risques de survenue d'incidents majeurs qui auraient pour conséquence de stopper toute ou partie de l'activité informatique
- Minimiser les impacts d'un incident informatique majeur en termes d'activité
- Préparer les conditions et les moyens nécessaires à une reprise rapide, organisée et efficace (équipes, procédures, matériels...)
- Instaurer un "Principe de précaution" afin de préserver les actifs corporels et incorporels l'établissement.

Le PRA concerne l'ensemble des composantes du Système d'Information (infrastructure systèmes et réseaux, logiciels...) ainsi que toutes les ressources humaines et matérielles contribuant à son bon fonctionnement (personnels, fournisseurs..., alimentation électrique, climatisation, protection incendie etc.).

La sauvegarde des données contenues dans le système d'information de l'établissement est placée sous la responsabilité du service informatique.

Dispositifs de sauvegarde

Les dispositifs mis en œuvre pour réaliser les sauvegardes du SI sont définis dans la PSSI. Ces dispositifs sont installés dans la salle serveur et dupliqués sur les trois bâtiments de Santé et Solidarité du Var et déployés sur toutes les antennes de l'association.

Procédure de sauvegarde

Les sauvegardes sont paramétrées dans les logiciels de sauvegarde dédiés et lancées automatiquement selon le plan de sauvegarde.

En cas de problème de sauvegarde, le logiciel l'indique dans un rapport qu'il produit quotidiennement. Le service informatique consulte les rapports de sauvegarde journalièrement. Selon la nature du problème, et / ou le type de sauvegarde, le service informatique décide de relancer ou non la sauvegarde manuellement. Par ailleurs les sauvegardes sont régulièrement testées par le service informatique par des simulations de restaurations de données.

Procédures de récupération des données

QUOI	QUI	QUAND	COMMENT
Avertir le service informatique	Utilisateurs ou notifications d'alertes	Lors d'un constat d'une perte de données	Par téléphone ou par la messagerie
Evaluer la perte de donnée	Service informatique	Dès signalement de la perte de données	Fait une évaluation de la perte de données avec les utilisateurs et/ou l'éditeur/prestataire si besoin
Restauration d'une sauvegarde	Service informatique Editeur/Prestataire	Après l'évaluation des données perdues	Le choix de la restauration de la sauvegarde se fait par le service informatique et/ou l'éditeur/prestataire, en accord avec les utilisateurs ou les référents applicatifs concernés
Validation de la restauration	Utilisateurs spécifiques	Dès restauration	Vérifient l'intégrité des données restaurées.
Ressaisie des données manquantes	Utilisateurs spécifiques	Après la validation de la restauration	Selon les procédure de retour au mode normal en vigueur

Tout évènement qui entraîne une restauration de données doit faire l'objet d'une Fiche d'Evènement Indésirable (FEI) rédigée par la personne ou le service qui a constaté la perte de données.

Cet évènement, les actions qui ont été mises en œuvre pour le résoudre et la référence des données qui ont été restaurées, sont également notées dans le registre d'exploitation tenu par le service informatique.

Il doit également être pris en compte dans le cadre de la gestion des incidents de sécurité.

Le fonctionnement de l'astreinte téléphonique est consigné dans un document interne et actualisé.

La restauration des données est réalisée à l'aide des logiciels de sauvegarde avec l'aide ou non des prestataires (techniques, éditeurs...) selon le type de données à restaurer et les applicatifs impactés.

Les alertes sont constituées et envoyées par le service informatique. Dès le constat de la panne provoquant un arrêt partiel ou total d'un ou plusieurs services applicatifs, **une alerte est adressée par mail aux utilisateurs, sans attendre son diagnostic.** Les utilisateurs mettent en œuvre les procédures de fonctionnement en mode dégradé. Dans le cas où la messagerie de l'établissement est elle-même en panne, l'alerte est adressée par téléphone.

Information des utilisateurs après le diagnostic de la panne

Dès le diagnostic de la panne réalisé et la méthode et le délai de résolution établis, un message est transmis par mail aux utilisateurs concernés. Dans le cas où la messagerie de l'établissement est elle-même en panne, le message est adressé par téléphone.

Information des utilisateurs à la reprise des services applicatifs

Dès que les services applicatifs ont été relancés et validés en environnement de test, un message est adressé aux utilisateurs concernés.

Les dispositions prévues pour le fonctionnement en mode dégradé des applications et leur retour au mode normal sont décrits dans des procédures spécifiques. Ces procédures sont mises à la disposition des utilisateurs dans les services concernés.

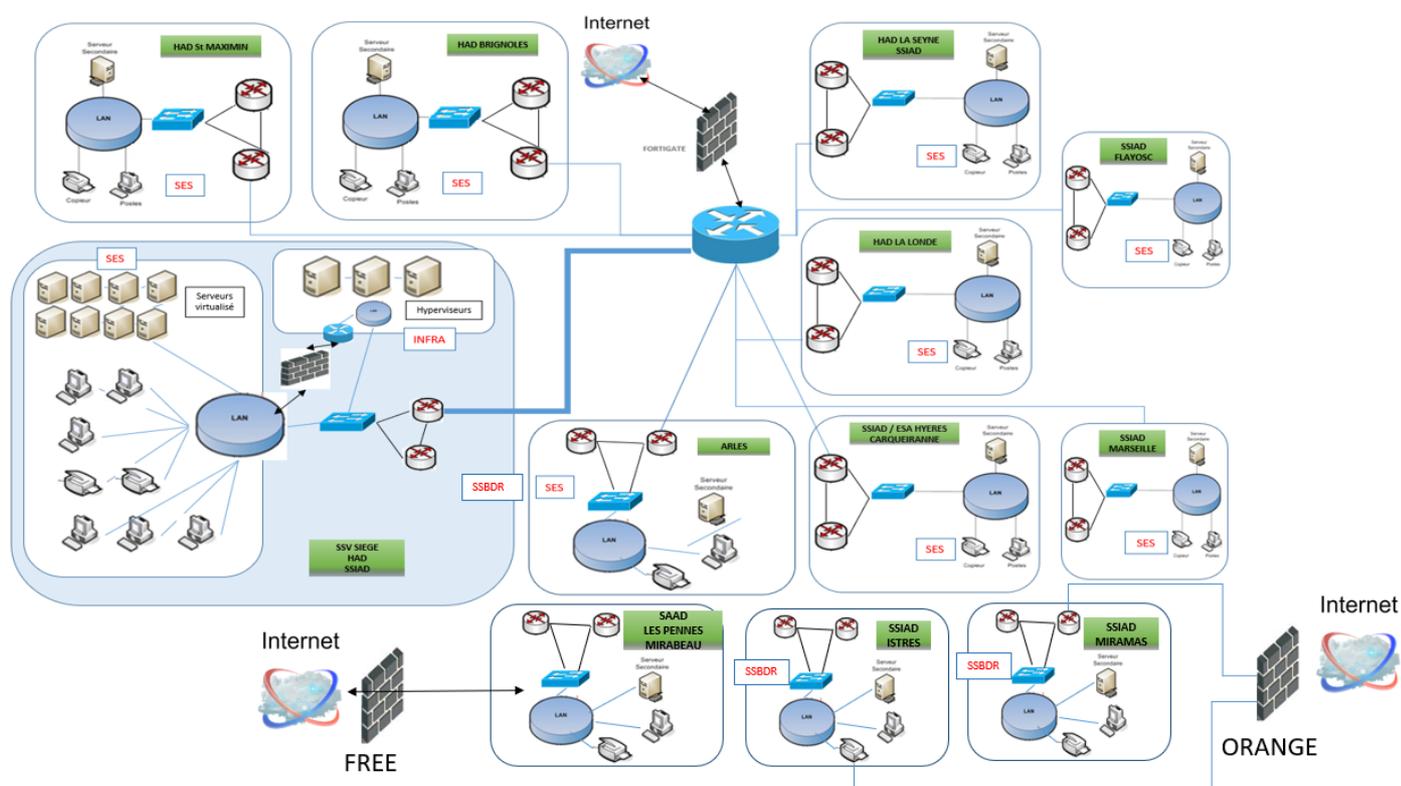
Elles sont également stockées dans la salle informatique et archivées dans la gestion documentaire de l'établissement.

L'équipe de gestion de crise

La cellule de crise analyse les situations critiques et décide des mesures exceptionnelles à prendre dans le cadre de la résolution des problèmes impactant de façon importante le bon fonctionnement du système d'information. La cellule est sollicitée dans le cas d'incidents graves provoquant l'indisponibilité d'un ou plusieurs applicatifs au cœur du processus de soins au-delà des limites fixées par le PRA.

INFRASTRUCTURE FONCTIONNELLE

Cartographie du système d'information



3. Moyens du SI

Les locaux hébergeant les ressources informatiques

Les ressources informatiques sont regroupées dans un local serveurs sécurisé sur le siège social de l'association et dans des locaux serveurs fermés à clefs sur les antennes de Santé et Solidarité du Var.

Protection des accès aux locaux informatiques

L'accès physique aux locaux informatiques est protégé par des portes fermant à clefs associées à des ventouses électrique à déclenchement par badges. Seul le service informatique & la direction disposent des clés.

Protection électrique

Les baies (serveurs, routeurs, switch ...) installées dans les locaux informatiques au siège et sur les antennes sont protégées par des onduleurs (3 KVA par serveurs, 1,5 KVA par switch et routeurs). Les onduleurs sont équipés d'un système d'autocontrôle des batteries et de redémarrage automatique après une coupure électrique dépassant sa durée d'utilisation. Ils sont renouvelés tous les 3 ans.

Les serveurs de sauvegardes supportant les VM, sont alimentés séparément avec des disjoncteurs 16A dédiés et sur une base de double alimentation.

Mise en place d'un groupe électrogène sur l'antenne de la Garde.

Climatisation

Les salles informatiques du siège et des antennes sont maintenues à une température de 20°C par un système de climatisation sous contrat de maintenance par un prestataire. Le contrat prévoit une intervention sous 24 heures et 2 visites de contrôle par an.

Protection contre les dégâts des eaux

Les locaux qui hébergent les biens et les ressources informatiques sensibles de l'établissement ne sont pas exposés au risque de dégâts des eaux. Par ailleurs, ils sont installés dans des baies isolées du sol.

Système de protection contre l'incendie

La salle informatique ne dispose pas de protection contre l'incendie. Cependant un détecteur de fumée est installé dans local serveur ainsi qu'un extincteur à l'intérieur de celui-ci.

Système de protection contre l'intrusion

L'ensemble des bâtiments et la salle informatique du siège dispose d'un système gestion et de contrôle des entrées et sorties des différents locaux. Cette centrale d'alarme permet de fournir à tout salarié un badge d'accès avec des droits d'entrée liés à la fonction.

L'établissement dispose actuellement de plusieurs serveurs. Chaque serveur est sauvegardé ensuite sur un élément dédié. Le but étant que l'architecture pour chaque site évolue de manière à avoir un serveur principal redondé dans un cluster de serveur dans un réseau dit « Réseau Infrastructure » et que les serveurs de production soient sur le « Réseau du domaine », dans un univers virtualisé pour assurer une bascule des machines virtuelles d'un serveur à l'autre en cas de panne et donc de minimiser le temps d'arrêt du système d'information.

Stockage des données

Les données sont stockées sur des serveurs de sauvegardes.

Supervision et contrôle des systèmes

Le service informatique dispose d'une application spécifique pour assurer la supervision et le monitoring en temps réel de l'infrastructure IT : l'état du réseau, des serveurs et autres équipements réseaux (routeur, imprimante...). Un contrat d'infogérance et d'appui technique est souscrit avec une société qui intervient sur site à raison de 2 jours par mois pour un contrôle approfondi de l'infrastructure « système » et pour conseiller si nécessaire l'établissement sur les éventuelles mesures à mettre en œuvre (mises à jour, accroissement de capacité...) ainsi que pour maintenir le système d'information en conditions optimales de fonctionnement. **Le Logiciel dédié assure quant à lui la lecture des logs des serveurs et envoi des mails d'alertes en cas de vulnérabilités détectées ou de mouvement suspect sur les Pc et serveurs.**

Protection contre les Virus

La protection contre les virus est réalisée en tête de chaîne par le pare-feu FORTINET puis en locale par l'antivirus ESET.

Procédures d'exploitation, d'interventions et de maintenance

Ces procédures et ces fiches techniques sont listées dans la procédure PRA.

En cas de problème ou de panne sur un des composants du système d'information le service informatique est alerté par les utilisateurs via la messagerie interne, par téléphone ou encore GLPI (gestion de tickets).

Chaque intervention sur les principaux composants du système d'information fait l'objet d'une traçabilité dans un registre spécifique.

Les contrats de maintenance et d'assistance en cours

L'ensemble des matériels informatiques en exploitation est sous contrat de maintenance. Les serveurs sont couverts par des contrats de maintenance 7j/7 24h/24 avec envois de pièces sous 4h. La liste, le descriptif et les coordonnées des contrats de maintenance sont annexés au PRA.

Confidentialité des données

Toute personne qui se connecte au système d'information de l'établissement, par quelque ressource ou composant que ce soit, **doit avoir préalablement accepté expressément les règles de confidentialité des données ainsi que celles concernant l'accès et l'usage définie par la charte informatique.**

Sécurité des accès logiques

Les utilisateurs se connectent au système d'information à l'aide un login et un mot de passe, tant au niveau du poste de travail, que du réseau et des applicatifs. **Le paramétrage des profils et des droits dans les applicatifs est de la responsabilité du service informatique.** L'établissement tient à jour un annuaire exhaustif des utilisateurs avec pour chacun d'entre eux le profil et les droits qui leur sont attribués au niveau des postes de travail, du réseau et des applicatifs. La connexion aux applicatifs est tracée dans chacun d'entre eux.

Contrôles de la saisie des données

Les applicatifs intègrent des dispositifs de contrôle de cohérence des données notamment à la saisie. Cependant le processus de prise en charge des patients et de continuité des soins exige le respect de certaines règles notamment au niveau de l'identification. Il s'agit des procédures d'Identitovigilance.

Sauvegarde, restauration des données et redémarrage des applicatifs

Pour pallier au risque de perte ou de corruption de données l'équipe informatique a élaboré les procédures suivantes :

- Sauvegarde
- Restauration
- Redémarrage des applicatifs
- Alerte des utilisateurs

Plan d'actions SSI

Le PASSI consiste à mettre en œuvre ou à renforcer, de façon priorisée et progressive, les mesures de sécurité destinées à ramener l'ensemble des risques retenus à un niveau acceptable dans le délai fixé, et de les maintenir ainsi de façon durable. Le PAS est destiné au personnel en charge du suivi de la mise en application de la PSSI. Il est consultable auprès du RSSI ou de la Direction de l'établissement.

LES AXES POUR 2023-2027



PARTIE 12 - POLITIQUE QUALITE ET DE GESTION DES RISQUES

Préambule

La procédure de certification, mise en place à partir de 1996, s'impose à l'ensemble des établissements de santé en application des articles L. 6113-3 et suivants du code de la santé publique. En place depuis 20 ans, la certification est une procédure indépendante d'évaluation obligatoire du niveau de la qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé, publics et privés. Elle est réalisée tous les 4 ans par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS, les experts-visiteurs.

4 enjeux principaux de la certification :

- Le développement de l'engagement des patients
- Le développement de la culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat
- Le développement du travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques
- L'adaptation aux évolutions du système de santé

L'Hospitalisation À Domicile SSV s'est engagée avec dynamisme dans une démarche d'amélioration de la qualité et sécurité des soins et dans une politique de gestion des risques depuis 20 ans et ce, afin de garantir au mieux la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients. En 2017, la **Haute Autorité de Santé (HAS) a certifié l'établissement sur la partie Hospitalisation À Domicile SSV: sans aucune recommandation, ni réserve** : https://www.has-sante.fr/jcms/3021_FicheEtablissement/fr/had-sante-et-solidarite-du-var.

La prochaine visite de certification basée sur le référentiel V2023 est programmée en septembre 2024.

Le nouveau référentiel se compose comme suit :

- 109 critères standard correspondent aux attendus de la certification,
- 17 critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Si une évaluation de l'un de ces critères est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification à l'établissement,
- 5 critères avancés qui correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils constituent les potentiels critères standard de demain.

L'engagement de la Direction et des instances décisionnaires

La politique qualité et gestion des risques est déclinée en objectifs sur 5 ans, les plans d'actions élaborés et le suivi des indicateurs permettront d'évaluer l'état d'avancement de cette politique. Gage d'une véritable culture d'établissement basée sur la recherche permanente du progrès, cette stratégie doit être comprise, partagée et mise en œuvre au quotidien par tous afin de garantir son succès. La politique qualité et sécurité des soins de l'HAD SSV est intégrée au projet d'établissement. La politique qualité et la gestion des risques est définie comme une orientation stratégique.

Il existe de nombreuses politiques associées à la politique qualité sécurité des soins notamment concernant :

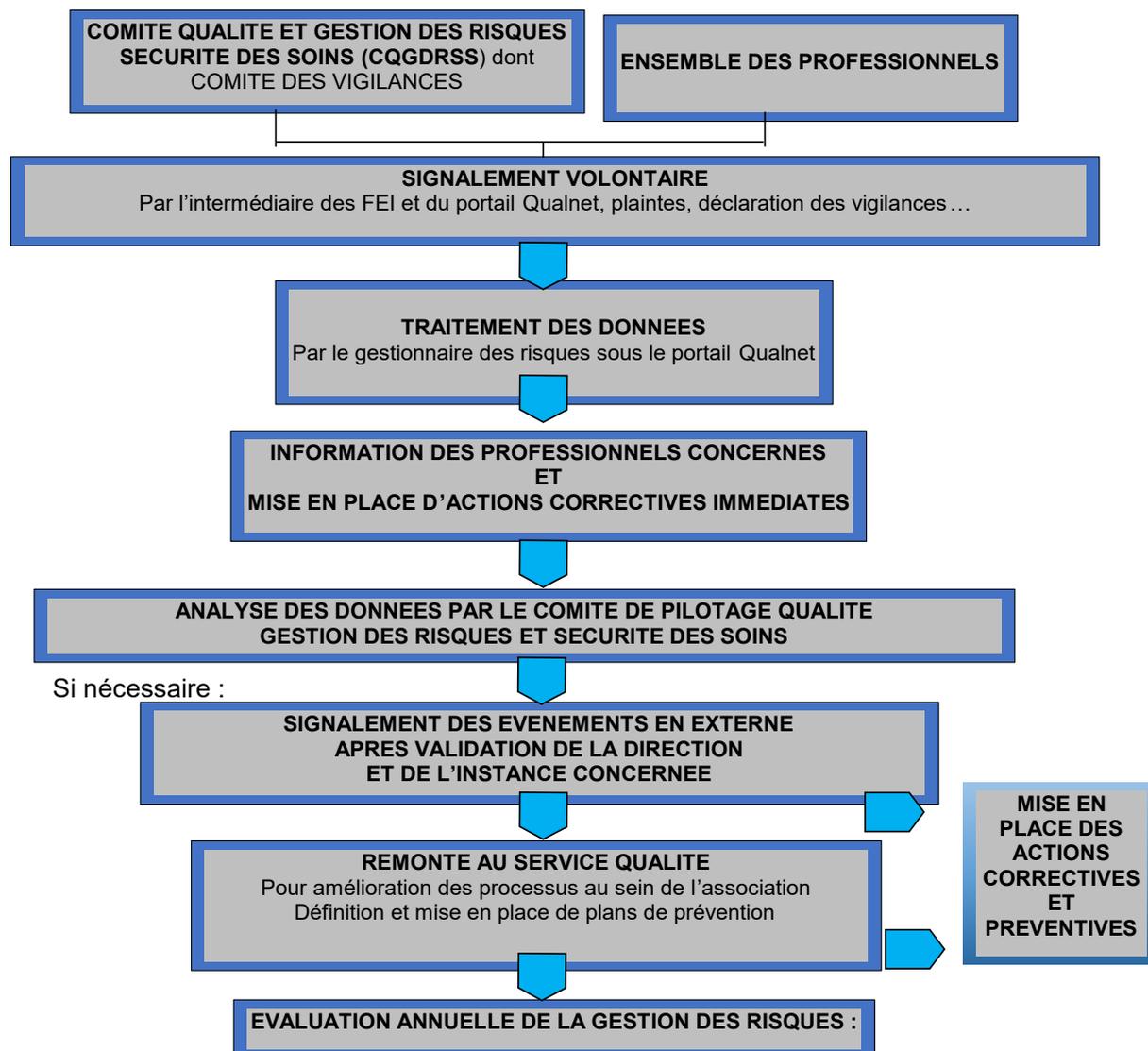
- La sécurisation des produits de santé et des dispositifs médicaux (Cf. politique des produits de santé et des dispositifs médicaux)
- La lutte contre les infections associées aux soins (Cf. projet de soins)
- La prise en charge de la douleur (Cf. projet de soins)
- Les droits du patient (Cf. politique des droits et devoirs du patient)

1- Le pilotage de la démarche

La démarche qualité, sécurité des soins et gestion des risques s'inscrit sur le long terme et nécessite l'implication de l'ensemble des professionnels. Elle concerne l'ensemble des processus de l'association.

Le bilan et le programme annuel Qualité Gestion des Risques Sécurité des Soins sont présentés et validés par la direction et la CME. **L'engagement de la direction permet d'impulser la dynamique de l'association et de fédérer les équipes.**

Schéma de la gestion des risques



Directeur et président de CME

- S'engagent et soutiennent la démarche qualité dans l'établissement.
- Participent au Comité Qualité et de gestion des Risques Sécurité des Soins.
- Animent, suivent et s'impliquent au quotidien.
- Décident la priorisation des actions en s'appuyant sur l'avis d'une instance de pilotage (CQDRSS).

Instance de pilotage : Le Comité qualité gestion des Risques Sécurité des Soins (CQGRSS)

Le Comité Qualité Gestion des Risques Sécurité des Soins est composé d'au moins un représentant de chaque service de l'établissement et des pilotes de processus. Cette multidisciplinarité permet à chacun d'apporter son point de vue et ses idées en termes d'actions d'amélioration de la qualité.

Leur rôle est également de communiquer auprès des équipes dont ils ont la charge.

La composition est la suivante :

- Directeur général
- Directeur sanitaire
- Président-de CME
- Responsable des Ressources Humaines
- Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information
- Directrice Qualité
- DAF/ Comptable
- DRH/RRH
- Cadre assistante sociale
- Chargé des relations extérieures
- Responsable Assurance Qualité
- Pharmacienne coordinatrice
- Cadre de Santé
- Responsable logistique
- Responsables des antennes du secteur sanitaire
- Médecins coordonnateurs

Rôle de l'instance de pilotage qualité gestion des Risques Sécurité des Soins (CQGRSS)

- Valide le programme d'actions et le bilan annuel fixant les grandes orientations de la Politique qualité et de gestion des risques
- S'assure de l'avancée des groupes de projet
- Valide les bilans annuels des fiches de signalement d'événements indésirables et le plan d'actions dans le cadre du CREX et des FEI récurrentes
- Pilote la procédure de certification
- Valide le tableau de bord des indicateurs,
- Valide le registre des risques
- Valide la politique d'identitovigilance

Service Qualité – Gestion des Risques

- Gère le corpus documentaire et le portail Qualnet
- Gère et suit le tableau de bord des indicateurs mensuel
- Gère et suit les Fiches d'événements Indésirables
- Gère et suit les FEI dans le cadre du CREX/RMM
- Gère et suit les évaluations (dont les évaluations des pratiques professionnelles) à mettre en place, s'assure de leur réalisation et de l'exploitation des résultats
- Gère et suit le programme d'actions et le bilan annuel fixant les grandes orientations de la démarche qualité et de gestion des risques
- Gère et suit le registre des risques
- Gère et suit les groupes de travail/ projet...
- Gère et suit la démarche de communication au niveau de la QGRSS.



Les différentes instances représentées apportent leur concours technique

- Conférence Médicale d'Établissement (CME),
- Comité Qualité Gestion Des Risques Sécurité Des Soins (CQGRSS)
- Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS),
- Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH),
- Commission de la Prise en Charge Médicamenteuse et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS),
- Commission Des Usagers (CDU),
- Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
- Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)
- Cellule d'Identitovigilance (CIV)
- Comité de Retour d'Expérience (CREX)
- Revue Morbi-mortalité (RMM)
- Comité Social et Economique (CSE)
- Qualité de Vie au Travail et Développement Durable (QVT et DD)
- Comité Ethique

Groupe projet

- Résout une problématique
- Élabore ou met à jour une procédure
- Évalue la bonne application d'un protocole / d'une organisation

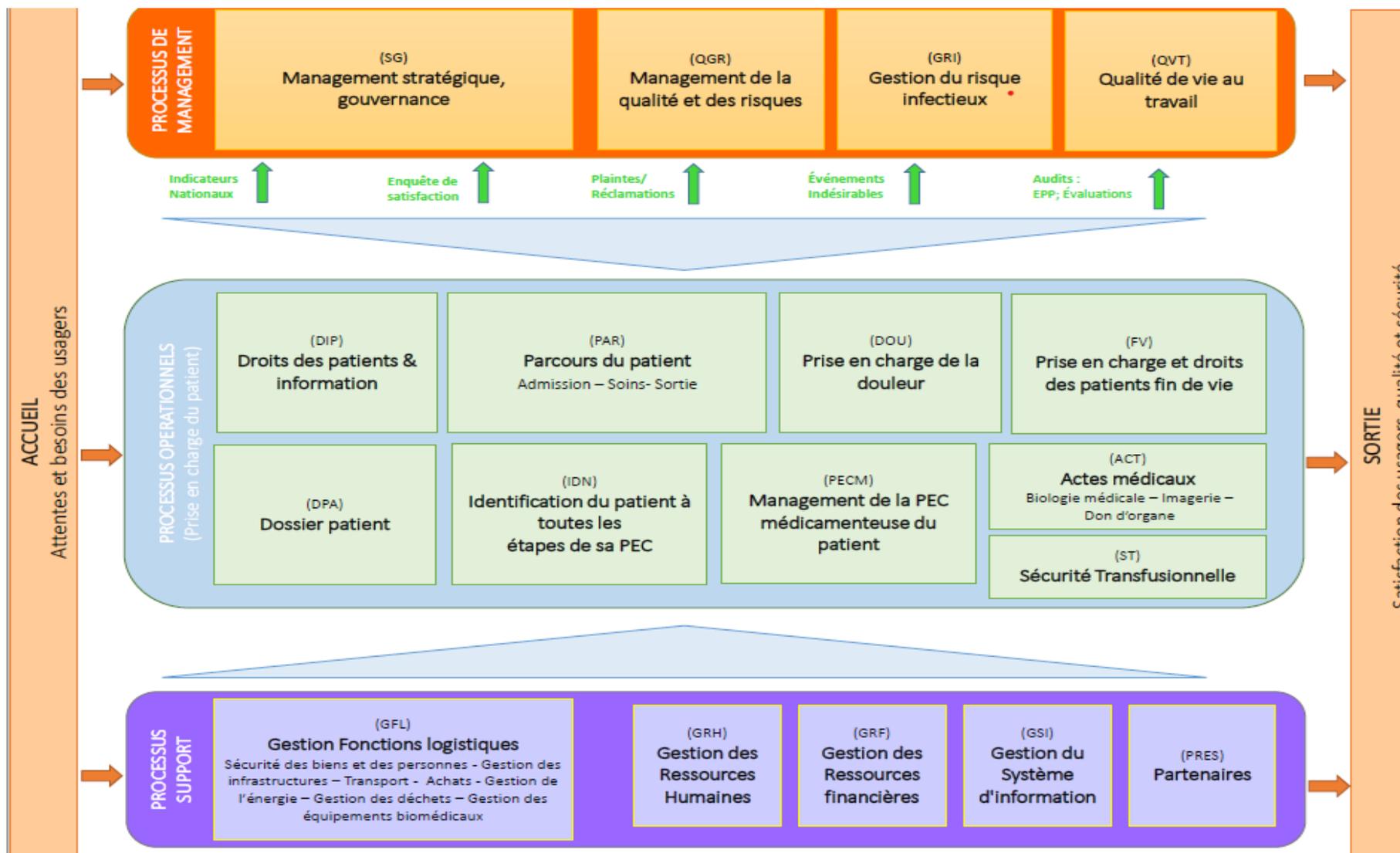
Ensemble du personnel

- Se tient informé de la démarche qualité et de gestion des risques (affichage, mail, sensibilisation)
- Signale tout événement ou risque d'événement indésirable
- Prend connaissance des procédures le concernant et les met en œuvre
- Informe le responsable qualité gestionnaire des risques des points devant être améliorés dans l'établissement

Organisation par processus

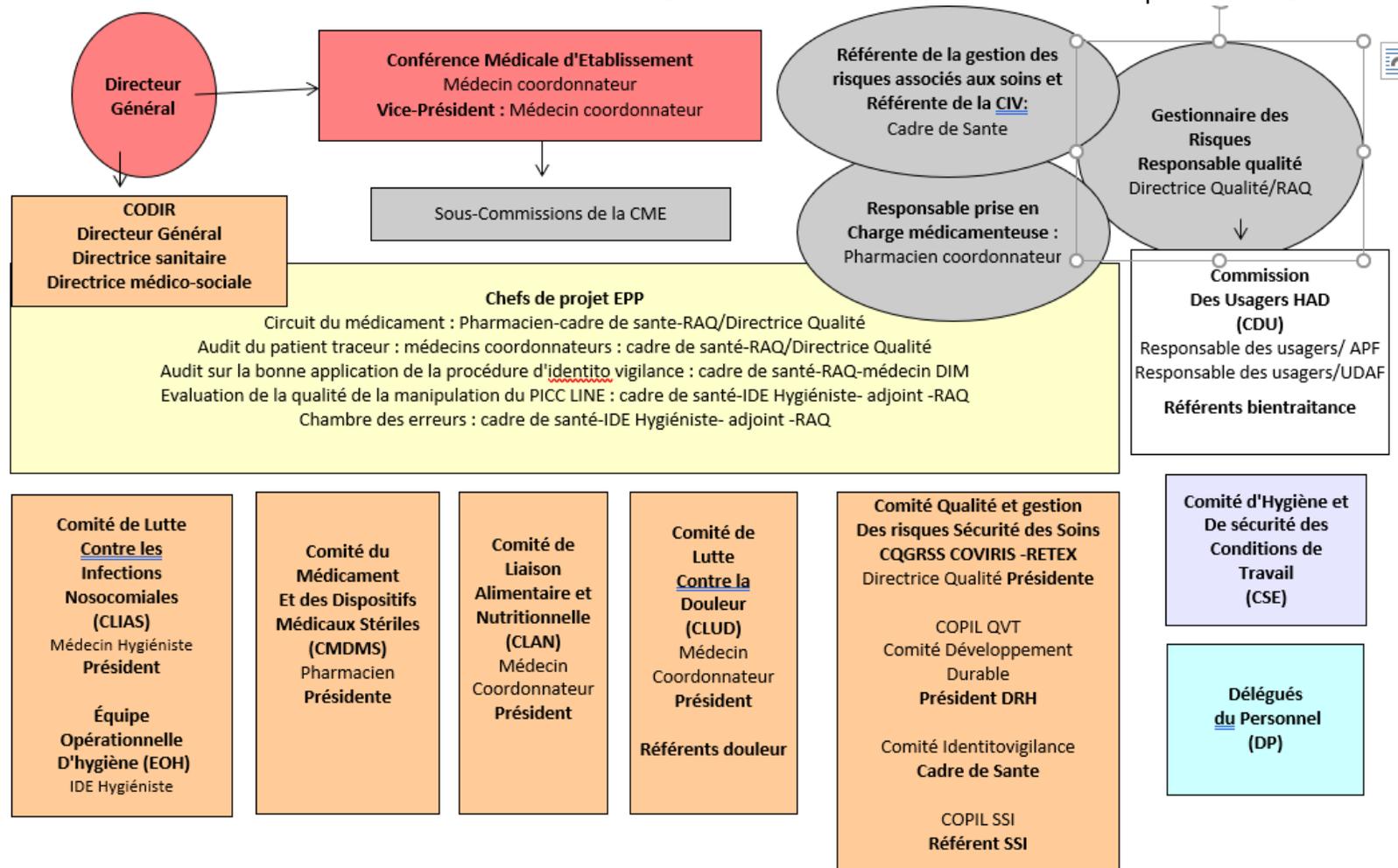
L'organisation est répartie en différents thèmes articulés sous forme de processus. Chaque processus doit être piloté par un responsable et doit répondre à la logique d'amélioration continue « Plan, Do, Check, Act ». **Le service qualité a pour mission de coordonner l'ensemble des processus de l'établissement.**

Les processus principaux ont été définis comme suit



ORGANIGRAMME DES INSTANCES ET SOUS COMMISSIONS EN HAD

Les démarches collaboratives associant tous les acteurs de terrain en HAD se concrétisent au sein des instances en place dans l'Établissement :



Equipe qualité élargie

L'équipe qualité élargie de l'HAD SSV est composée de :

- Directrice qualité, Coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins.
- RAQ, coordonnatrice de la démarche qualité.
- Cadre de santé, référente de la gestion des risques associés aux soins et Référente de la CIV.
- Présidente COMEDIMS, Responsable du management de la prise en charge médicamenteuse et de la matériovigilance.
- Le RSSI, Responsable de la Sécurité du SI dans le cadre de la CIV et du COPIL SSI.

La gestion des risques associés ou non aux soins est une démarche essentielle pour améliorer la qualité et la sécurité en établissement de santé. Les politiques sont élaborées sur la base d'une identification des besoins et des risques propres à l'établissement.

2. Le Management opérationnel Qualité et gestion des risques

Ressources Humaines

Cf Organigramme des instances

Documentaires

La gestion documentaire est définie dans la procédure des procédures. Elle repose sur un outil de gestion informatisée (Qualnet). Les documents qualité permettent la diffusion des bonnes pratiques opposables dans l'établissement.

3. Outils opérationnels de la démarche qualité gestion des risques

Instances

Les instances sont de véritables outils d'animation des processus. Elles permettent d'acter les avancées et de travailler de manière collégiale. Elles assurent le pilotage et garantissent le suivi de la démarche dans le respect du calendrier institutionnel. Elles impulsent une dynamique interne.

Tableau de suivi des actions PAQSS

Le PAQSS est l'outil de pilotage permettant de suivre et de tracer les actions à réaliser. C'est un outil qui permet le suivi de chaque processus.

Système de suivi des EI : CREX, REMED, RMM

Le système de déclaration des événements indésirables implique un traitement à plus ou moins long terme.

Pour les événements plus urgents, des groupes de travail pluridisciplinaire sont mis en place pour analyser les causes afin de mettre en place des actions de prévention ou d'atténuation. Ces groupes sont structurés par des méthodes et des outils qualité et font l'objet de bilans annuels.

Les méthodes utilisées sont :

- Le CREX Comité de Retour d'expérience traite les dysfonctionnements avec ou sans conséquence sur la prise en charge des patients (exemple : pour les événements indésirables non graves mais récurrents...),
- La REMED Revue d'Erreurs Médicamenteuses traite des erreurs liées aux médicaments et dispositif médicaux et tout ce qui concerne l'organisation de la PECM,
- Et enfin la RMM « Revue morbidité Mortalité » quant à elle, traite des événements indésirables graves associés aux soins.

Cartographie des risques et de priorisation des risques

La cartographie des risques permet de recenser les risques de l'établissement et de les présenter de façon synthétique sous une forme hiérarchisée. Cette hiérarchisation s'appuie sur les étapes suivantes :

1. Identification des risques a priori et a posteriori
2. Evaluation et hiérarchisation des risques
3. Pondération de la criticité des risques par le niveau de maîtrise des risques, reflétant les pratiques de sécurité professionnelles : calcul du risque résiduel
4. Plan d'actions priorisé en fonction de l'importance des risques (améliorer leur niveau de maîtrise et/ou diminuer leur criticité)
5. Relai des plans d'actions aux instances et comités concernés
6. Communication
7. Formation

La combinaison de l'approche a priori et a posteriori des risques permet une meilleure exhaustivité de la cartographie.

La cartographie des risques est un véritable outil managérial de gestion du processus. La réactualisation de la cartographie des risques est faite à minima tous les 2 ans et avant si nécessaire.

Les évaluations et indicateurs

Evaluations

Les audits

Audit Système

L'audit de processus est une méthode qui consiste à investiguer l'organisation d'un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs.

- Toujours accompagné d'une vérification de son application sur le terrain ;
- Sens descendant de l'organisation du processus vers l'application terrain ;

Patient traceur

La méthode du **patient-traceur** permet d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.

Traceur ciblé

La méthode du **traceur ciblé** se différencie de la méthode de l'audit système ; elle est conduite en partant du terrain pour remonter vers le processus. L'évaluateur reconstitue le circuit et à chaque phase :

- S'entretient avec les professionnels impliqués ;
- Observe les pratiques ;
- Consulte la documentation.

Parcours traceur

Le parcours traceur évalue la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe ainsi que le niveau de la culture de l'évaluation des résultats.

L'évaluateur :

- S'appuie sur plusieurs dossiers de patients sortis de l'établissement ayant suivi le parcours identifié
- Réunit et s'entretient avec les équipes des différents services qui ont pris en charge les patients concernés par le parcours.
- L'évaluateur réalise le circuit physique du patient avec un professionnel
- L'évaluateur ne rencontre pas les patients.

Observation

La méthode d'observation est :

- En œuvre sur l'ensemble des entités de la structure ;
- Combinée avec les méthodes d'évaluation des traceurs ;
- Réalisée sur la base d'une grille d'observations....

Audit qualité interne

Méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques à des références admises, en vue de mesurer la qualité de la prise en charge avec l'objectif de les améliorer.

Les enquêtes

La politique d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en accord avec la CDU.

Pour s'assurer de la satisfaction des patients, des professionnels de santé et des correspondants sur la qualité de la prise en charge, un certain nombre d'enquêtes et outils ont été mis en place. Un planning annuel d'enquêtes et d'audits est défini.

Pour le patient :

- Questionnaire de sortie remis à chaque patient
- Enquête ciblée

Pour le personnel :

- Enquête de satisfaction annuelle
- Enquêtes ciblées
- Entretien professionnel

Pour les correspondants externes :

- Questionnaire de satisfaction sur le déroulement de la prise en charge du patient (maison de retraite, médecin traitants SSR...)

Le compte rendu des enquêtes est réalisé par le service qualité et transmis aux instances concernées (CDU, COPIL CIV, CME ...) pour en définir les actions d'amélioration.

Les enquêtes externes

- Rapport annuel de la CDU
- Recueil des IQSS
- Recueil des indicateurs IAS
- Recueil des indicateurs HOPEN
- Enquête du CPIAS
- Enquêtes diverses : ARS, OMEDIT, etc...

4. Politique EPP : Les objectifs

La volonté de l'HAD dans le choix de ses thèmes est de :

- Définir une stratégie de développement des EPP avec révision régulière
- Familiariser la démarche pour les professionnels et les usagers
- Développer des EPP transversales et des EPP en lien avec les pratiques cliniques.
- Répondre aux exigences des tutelles : HAS, ARS, etc...

Compte-tenu de la taille de l'établissement, la Direction, la CME et le CQGDSS ont décidé conjointement de s'appuyer sur les instances existantes pour le suivi des évaluations : COMEDIMS, CLIAS/EOH, CLUD, CODIR, ...

A. *L'organisation*

La Commission Médicale d'Etablissement organise l'évaluation des pratiques professionnelles, en cohérence avec le projet médical et les pratiques médicales de l'établissement. Elle consiste en **l'analyse des pratiques professionnelles**, en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé, en incluant **la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques**.

B. *Le choix des thèmes*

Le choix des thèmes est réalisé sur proposition des membres de la CME, des instances et de la Direction. Les instances et comités peuvent également être force de proposition dans le choix des thématiques au regard de leur programme d'actions annuel.

C. *L'accompagnement des équipes*

Le service qualité participant à toutes les réunions des instances et comités, dont la CME, et peut apporter son soutien aux équipes. Le Référent EPP, avec le soutien du service qualité, accompagne le déroulement de la mise en œuvre des études.

D. *Le suivi des démarches*

Un état d'avancement des démarches EPP est systématiquement réalisé en réunions de CQGRSS, CME et autres réunions d'instances concernées par ces démarches (CLUD, CLIAS...).

E. *La communication*

Les professionnels sont informés des démarches EPP par le biais :

- Du journal interne,

- Des comptes rendus d'instances et comités (mails et logiciel de gestion documentaire)
- Des réunions de service
- De leur participation aux groupes de travail.
- D'affichage dans les services

En fonction de l'état d'avancement de chaque étude, les résultats sont diffusés à l'ensemble des professionnels de l'établissement.

F. La révision de la stratégie

La révision de la stratégie de développement des EPP a lieu en CME et en CQDRSS, chaque année et à chaque fois que nécessaire, en fonction des pratiques cliniques et des enjeux de prise en charge des patients. Un retour est fait au sein des différentes instances et comités, ainsi qu'aux professionnels au moyen des comptes rendus de réunion.

5. Indicateurs Qualité et gestion des risques

La HAS développe et valide des **indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS)** en lien avec les professionnels de santé, les patients et usagers. Ils sont mis à disposition des professionnels de santé pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé.

L'élaboration des IQSS passe par plusieurs étapes pour qu'ils puissent être validés : cadrage, développement qui comprend une expérimentation. Une fois validés, ils font l'objet de mesures nationales. **Ils sont également utilisés dans la procédure de certification des établissements de santé, et peuvent l'être pour la diffusion publique et pour la régulation par la qualité.**

Cinq indicateurs ont été recueillis en 2022 :

- [Tenue du dossier patient](#)
- [Suivi du poids](#)
- [Évaluation du risque d'escarre](#)
- [Coordination de la prise en charge](#)
- [Évaluation et prise en charge de la douleur](#)

L'objectif du tableau de bord mensuel des indicateurs internes est de garantir le maintien des principales exigences réglementaires :

- Suivi mensuel de la consommation de SHA
- Suivi du Projet Personnalisé de Soins (PPS)
- Suivi des délais d'envoi du courrier de sortie
- Suivi du taux de retour mensuel des enquêtes de satisfaction
- Suivi du nombre de directives anticipées.
- Suivi des demandes d'accès au dossier patient
- Suivi des fiches d'événements indésirables
- Suivi des plaintes
- Suivi du délai d'inclusion des patients (Indicateur du CPOM)
- Suivi des indicateurs INS

6. Programme et plans d'actions Qualité et gestion des risques

Le programme annuel qualité et gestion des risques

Un programme d'amélioration de la qualité et gestion des risques est élaboré par le service qualité et validé en CME et la Direction, il reprend les principaux objectifs et sous objectifs de la politique par processus (circuit du médicament, qualité et gestion des risques...). La mise en œuvre et le suivi du programme sont réalisés en Comité Qualité Gestion Des Risques Sécurité des Soins (CQGRSS) auquel participent les pilotes de chaque processus.

Le plan d'actions

Un plan d'actions qualité et gestion des risques (PAQSS) permet de tracer et de suivre toutes les actions permettant de réaliser les objectifs de la politique.

Le principe de remplissage est simple, il faut saisir :

- La source : référence du manuel, de la réglementation, du décret...
- La thématique concernée,
- L'objectif du politique associé,
- La description de l'action,
- Le responsable de l'action,
- L'échéance fixée et la date réelle de réalisation,
- L'indicateur associé à l'action,
- L'état d'avancement de l'action.
-

Ce tableau permet au service qualité et aux pilotes de chaque processus de connaître à tout moment l'état de la démarche qualité, il est l'outil de base de suivi et relance.

7. Communication

La communication institutionnelle utilise différents moyens de communication selon le public destinataire. Elle permet de relayer les informations, les objectifs, les évaluations et les résultats de la politique qualité et gestion des risques.

Communication interne	Communication externe
<ul style="list-style-type: none"> - Journaux internes - Notes d'information - Staffs des antennes - Comptes rendus de réunions - Affiches de communication - Projet d'établissement, procédures, protocoles ... - Rapports d'évaluations - Logiciel de gestion documentaire informatisée 	<ul style="list-style-type: none"> - Affiches de communication - Site Internet - Réseaux sociaux - Mailing

Le système d'information qualité et gestion des risques repose notamment sur une gestion documentaire et un système de signalement d'évènement indésirable informatisés (Qualnet).

Communication des évaluations

L'ensemble des évaluations et des indicateurs sont communiqués aux instances et services concernés dans le but de mettre en place des actions d'atténuation et/ou de prévention.

Ces actions font parties intégrantes du plan d'actions qualité et sécurité des soins (PAQSS), formalisé et suivi par le service qualité, et validé par la direction et le Président de la CME.

Communication aux organismes de tutelle

La transmission des éléments obligatoires aux organismes de tutelle en lien avec la démarche qualité est réalisée par le service qualité après validation de la direction et des instances concernées. Il s'agit notamment des éléments suivants :

- Du rapport annuel de la CDU
- De la transmission des résultats des IQSS
- Des évaluations annuelles des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens CPOM
- Et du bilan final d'évaluation du CPOM
- Des dossiers de suivi de projet type « HOP'EN », « Ségur Numérique » ...

Mise à jour de la politique

La Politique de MQGDRSS est mise en place tous les ans à l'occasion lors de la rédaction du programme annuel et du bilan annuel. En l'absence de changement majeur, cette politique sera mise à jour intégralement à la fin de sa validité.

8. Objectifs de la politique Qualité et gestion des Risques Sécurité des Soins 2023-2027

Objectif 1 : Promouvoir la culture Qualité gestion des risques et des vigilances

- Poursuivre la démarche de gestion des risques pluriprofessionnelle.
- Identifier l'ensemble des risques, les analyser et les traiter.
- Assurer un retour d'expérience aux équipes.
- Maîtriser les vigilances sanitaires.
- Maîtriser les risques environnementaux et répondre aux enjeux du développement durable

Objectif 2 : renforcer la politique d'Identification du patient

- Garantir une identification correcte des patients tout au long de leur parcours de soins
- Déployer l'INS dans tous les usages, en conformité avec les attendus RNIV ;
 - Sécuriser les échanges d'informations personnelles de santé avec les correspondants extérieurs, dans le respect des droits du patient et des normes d'interopérabilité...
 - Garantir la formation des professionnels

Objectif 3 : Accroître la culture Qualité et sécurité des soins chez toutes les parties prenantes

- Renforcer la culture de sécurité des professionnels ;
- Développer la culture positive de l'erreur : déclaration et analyse des FEI

- Permettre l'accès à l'ensemble des professionnels au dispositif informatisé de déclaration des EI
- Accroître la participation de l'ensemble des professionnels aux analyses des causes profondes des EI
- Systématiser le retour d'expérience aux professionnels

Objectif 4 : améliorer la satisfaction du patient

- Poursuivre l'amélioration du taux de retour des enquêtes de satisfaction
- Suivre le traitement des plaintes et réclamations
- Suivre le traitement des demandes d'accès au dossier patient
- Renforcer l'engagement du patient et la place de l'utilisateur dans le dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Développer une culture de la pertinence et du résultat

Objectif 5 : Evaluer la gestion des droits et promotion de la connaissance des droits des usagers

- Mettre en œuvre des actions de formation, sensibilisations destinées aux patients et favorisant sa Prise en charge
- Impliquer le patient/aidant dans la mise en œuvre du projet de soins
- Réaliser un audit annuel sur la bientraitance
- Former et Sensibiliser l'ensemble du personnel à la prévention de la maltraitance

CONCLUSION

Les services d'Hospitalisation à domicile, de soins infirmiers à domicile, d'aide à domicile, de maintien à domicile..., sont autant de services témoins de la diversité du paysage des soins et de l'accompagnement à domicile.

Véritablement plébiscitées par les patients et les familles, ces prises en charge répondent au désir profond de chacun de préserver son cadre habituel de vie malgré la maladie, le handicap ou le niveau de dépendance.

Ce désir des personnes, désormais clairement identifié, concerne toutes les catégories socio-économiques et culturelles de la population et s'affirme ainsi avec force comme une nécessité d'évolution dans notre société, compte tenu du vieillissement de la population.

L'autorité politique se fait d'ailleurs l'écho de cette évolution en ajustant la réglementation du secteur et en dégagant d'importants moyens pour soutenir et favoriser la croissance et le développement de cette filière.

Les soins à domicile représentent une évolution majeure de notre société dans la manière d'appréhender la prise en charge de la maladie, du handicap et de la dépendance. Cette évolution n'a pas encore atteint son niveau d'équilibre et connaîtra sans doute dans l'avenir une croissance soutenue.

Le décloisonnement des secteurs sanitaires et médico-sociaux aujourd'hui amorcé, viendra soutenir le développement des collaborations interservices et inter-établissements s'inscrivant dans une politique de territoire cohérente et coordonnée.

L'Association Santé Solidarité du Var, établissement en première ligne dans ce contexte, a été autorisée à étendre sa capacité d'accueil de manière importante et va s'employer à présent à assurer son développement dans les meilleures conditions et pour le plus grand bénéfice des populations concernées.

L'offre d'HAD et de SSIAD/ESA/SAAD est aujourd'hui en pleine croissance en France. Ce développement doit se poursuivre et s'accélérer.

En effet, l'essor de l'HAD et du SSIAD/ESA/SAAD est essentiel pour que le système de soins réponde pleinement aux besoins médicaux et médico-sociaux des malades tout en respectant leur souhait de continuer à vivre le plus longtemps possible à leur domicile.

Le projet d'établissement de l'Association Santé et Solidarité du Var souhaite répondre :

- Aux efforts demandés par le gouvernement afin de combler le retard existant sur ce type de prise en charge (HAD), en fixant que le nombre de places d'hospitalisation à domicile atteigne 35 places pour 100 000 Habitants.
- Aux efforts demandés par le gouvernement afin de renforcer le développement des structures d'HAD.

- Aux efforts demandés par le gouvernement dans le plan « Vieillesse et Solidarité » afin de combler le retard sur ce type de prise en charge (service autonomie), afin de développer le nombre de places en autonomie (SSIAD/SAAD).

L'essentiel de la vocation de l'association est de considérer chacun des patients dans sa globalité (dimensions sanitaire, médico-sociale, sociale et psychologique).

C'est pourquoi, concrètement, l'Association Santé et Solidarité du Var entend :

- Développer son activité d'Hospitalisation sur l'ensemble du VAR OUEST et sur tout le secteur où l'ARS PACA le sollicitera.
- Développer son activité du service autonomie (SSIAD/SAAD) et de l'ESA
- Répondre aux appels à projet de l'ARS Paca
- Adapter les dimensions humaines, managériales, matérielles et financières au développement de l'Association
- Soutenir l'évolution de la démarche qualité, de l'outil d'évaluation vers la culture d'entreprise

Ce développement décrit dans notre projet d'établissement permettra :

- De continuer à apporter une réponse d'hospitalisation à domicile adaptée, en offrant une réponse en aval à l'hospitalisation traditionnelle publique et privée et à la médecine de ville.

ANNEXE : GLOSSAIRE GENERAL SSV

ABREVIATIONS	SIGNIFICATIONS
A	
ADELI	Automatisation Des Listes
AES	Accidents d'Exposition au Sang
AEV	Accidents d'Exposition Virale
AIST	Association Interprofessionnelle de Santé au Travail
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agences Régionales de Santé
AS	Aide-soignant
ASP	Association pour le développement des Soins Palliatifs
AT	Accident du Travail
AVQ	Aide à la Vie Quotidienne
B	
BMR	Bactéries Multi Résistantes
BNS	Brevet National de Secourisme
C	
CA	Conseil d'Administration
CAHPP	Centrale d'Achats Hospitalière Public et Privée
CBU	Cyto Bactériologie Urinaire
CCLIN	Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
CCN	Convention Collective Nationale
CDU	Commission Des Usagers
CE	Comité d'Entreprise
CERFA	Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs
CH	Centre Hospitalier
CHITS	Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon La Seyne sur Mer
CHSCT	Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIAS	Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CME	Comité Médical d'Etablissement
CODERPA	Comités Départementaux des Retraités et Personnes Agées
CODIS	Centres Opérationnels Départementaux d'Incendie et de Secours
COMET	Communauté d'Etablissements
COFIL	Comité de Pilotage
COPRIN	Coordination de Prévention des Infections Nosocomiales

COVIRIS	Comité de Vigilances et des Risques
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CR	Compte-rendu
CDU	Commission Des Usagers
CSTH	Comité de Sécurité Transfusionnel et d'Hémovigilance
C2DS	Comité pour le Développement Durable en Santé
D	
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DAOM	Déchet Assimilé aux Ordures Ménagères
DD	Développement Durable
DEP	Demande d'Entente Préalable
DIM	Département d'Infection Médicale
DP	Délégués du Personnel
DPA	Dossier Patient
DPCE	Délégué du Personnel et Comité d'Entreprise
DPI	Dossier Patient Informatisé
E	
EFS	Etablissement Français du Sang
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EN	Echelle Numérique (pour mesurer la douleur)
ENP	Enquête Nationale de Prévalence
EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière
EPP	Evaluation de Pratique Professionnelle
ETP	Equivalent Temps Plein
EVA	Echelle d'évaluation de la Douleur
F	
(F)EI	(Fiche) d'Événement Indésirable
FNEHAD	Fédération Nationale des Etablissements d'HAD
G	
GAR	Grossesse à Risque
GBEA	Guide de Bonne Exécution des Analyses
GED	Gestion Documentaire
GHT	Groupe Homogène Tarifaire
GRH	Gestion des Ressources Humaines
GRIHHS	Groupement Régionale des Infirmières en Hygiène Hospitalière du Sud
GIP COMET	Groupement d'Intérêt Public de Communauté d'établissement
GPEC	Gestion prévisionnelle des Emplois et des Compétences
H	
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HEMO	Hémovigilance
HYG	Hygiène
I	

IDD	Indicateur Développement Durable santé
IDE(C)	Infirmier Diplômé d'Etat (Coordinateur)
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
ILHUP	Intervenants Libéraux et Hospitaliers Unis pour le Patient
INPES	Institut National de Prévention et d'Education Pour la Santé
IQSS	Indicateurs Qualité et de la Sécurité des Soins
IRF	Institut de Rééducation Fonctionnel
IRP	Instances Représentatives du Personnel
L	
LATA	Limitation et Arrêt des Traitements Actifs
M	
MATERIO	Matéiovigilance
MCO	Médecin Chirurgie Obstétrique
MPR	Médecine Physique et Réadaptation
N	
NAO	Négociation Annuelle Obligatoire
O	
ODJ	Ordre Du Jour
OETH	Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés
OPC	Organisation de la Prise en Charge
P	
PACA	Provence Alpes Côtes d'Azur
PAQ	Programme d'Amélioration de la Qualité
PAPRIACT	Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnelles et d'Amélioration des Conditions de Travail
PC	Personal Computer (Ordinateur)
PDA	Personal Digital Assistant (Téléphone)
PDS	Produits Dérivés du Sang
PE	Projet d'Etablissement
PHARMACO	Pharmacovigilance
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PAQSS	Programme Qualité et Gestion des Risques Sécurité des Soins
PR	Protocole
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
PV	Procès-Verbal
Q	
QPR	Qualité Prévention des Risques
QSPC	Qualité Santé Paca Corse
R	
RAQ	Responsable d'Assurance Qualité
RDV	Rendez vous
RIVAGE	Réseau d'Intervenants Varois d'Accompagnement Généralisé
(R)RH	(Responsable) Ressources Humaines
RPSS	Résumés Par Sous-Séquences
S	

SAE	Statistiques Annuelles des Etablissements de santé
SAMU	Service d'Aide Médical d'Urgence
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SFEDT	Société Française d'Etude et de la Douleur
SHA	Solution Hydro Alcoolique
SI	Système d'Information
SITTOMAT	Syndicat Intercommunal du Traitement des Ordures Ménagères de l'Aire Toulonnaise
SLA PACA	Sclérose Latérale Amyotrophique Provence-Alpes-Côte d'Azur
SP	Soins Palliatifs
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Service de Soins de Rééducation
SSV	Santé Solidarité du Var
T	
TDP	Tenue du Dossier Patient
U	
UCIS-PP	Union des Compétences des Intervenants de Santé Public Privé
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
V	
VARSEF	Services Var Service Emplois Familiaux
VNI	Ventilation Non Invasive
VSL	Véhicule Sanitaire Léger