



SANTÉ ET SOLIDARITÉ DU VAR

Association Santé et Solidarité du Var

Service de Soins Infirmiers à Domicile et
Service d'Hospitalisation à Domicile



PROJET D'ETABLISSEMENT
2018 - 2022

Sommaire

PREAMBULE

CONTEXTE GENERAL

- 1- Contexte sanitaire et médico-social
- 2- Méthodologie d'élaboration
- 3- Historique général de l'Association
- 4- Les effectifs salariés
- 5- Les instances de pilotage
- 6- Les évolutions règlementaires
- 7- Les objectifs généraux du projet d'établissement
- 8- Une croissance à poursuivre dans une logique de territoire
- 9- Une gouvernance adaptée aux évolutions
- 10- Calendrier prévisionnel de mise en œuvre
- 11- Impact économique pluriannuel prévisionnel

ORGANISATION GENERALE, MANAGEMENT STRATEGIQUE ET GOUVERNANCE

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

PROJET MEDICAL

PREAMBULE

- 1- Coordination médicale
- 2- Prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées avec volet spécifique EHPAD
- 3- Soins palliatifs et fin de vie
- 4- Affections neurologiques et évolutives ou post traumatiques
- 5- Sorties précoces de chirurgie
- 6- Pansements complexes/soins de nursings lourds

PROJET DE SOINS

- 1- Préambule
- 2- Organisation générale du service
- 3- Descriptif général du service
- 4- Politique du Dossier Patient
- 5- Politique de Prise en Charge de la Douleur
- 6- Les objectifs en matière de lutte contre les infections
- 7- Ethique et déontologie

DROITS ET DEVOIRS

- 1- Politique des droits des patients
- 2- La bientraitance et maltraitance
- 3- Le respect des libertés individuelles

PROJET DE DEVELOPPEMENT ET RELATIONS AVEC LES HOPITAUX, ESMS ET MEDECINE DE VILLE

- 1- Préambule
- 2- Présentation générale du service
- 3- Les projets

PROJET LOGISTIQUE ET TECHNIQUE

- 1- La Gestion des équipements au domicile du patient
- 2- L'organisation générale
- 3- Le parc automobile

POLITIQUE DU CIRCUIT DU MEDICAMENT

- 1- Avant-propos
- 2- Pilotage
- 3- Prise en charge médicamenteuse
- 4- Evaluation de la politique de prise en charge médicamenteuse

LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

- 1- Le cadre général du projet social
- 2- La Gestion Prévisionnelle des emplois et des Compétences
- 3- La politique de formation
- 4- Les conditions de travail et la qualité de vie au travail
- 5- La communication interne et le dialogue social

LE SYSTEME D'INFORMATION

- 1- Présentation générale
- 2- Gestion des flux d'information
- 3- Politique de sécurité du SI

LA QUALITE, GESTION DES RISQUES ET DEVELOPPEMENT DURABLE

- 1- Préambule
- 2- Politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques
- 3- Politique d'évaluation des pratiques professionnelles
- 4- Politique d'identitovigilance

LE PROJET DE SOINS DU SSIAD/ESA

- 1- Contexte médico-social
- 2- Historique du SSIAD
- 3- Les missions et le public du SSIAD et de l'ESA
- 4- Organisation générale du SSIAD et de l'ESA
- 5- Les objectifs de développement
- 6- Les effectifs et le secteur d'intervention géographique
- 7- Participation des usagers à la vie du service

CONCLUSION

ANNEXES : GLOSSAIRE SSV

PREAMBULE

L'Hospitalisation à Domicile 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 2 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 2018-2022 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 2013-2017.

Ce projet d'établissement 2018-2022 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 2 PACA.

Aujourd'hui, notre projet d'établissement 2018-2022 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 2 PACA.
- ✚ Dans les valeurs de l'association.

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

CONTEXTE GENERAL

1. Contexte sanitaire et médico-social

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 I et II (en cours de validation),
- Les programmes déclinant les schémas (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 médicotechniques (HAD, réseaux de santé, SSIAD, SAMSAH, Aide à domicile, prestataires ...),
- Le découplage ville/hôpital,

- La démarche qualité : certification et évaluations interne et externe,
- 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 260 places stabilisées à l'horizon 2022 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 250 places cibles.

Le présent projet d'établissement inclut également le projet de service du SSIAD et de l'ESA, les différentes structures de l'association SSV étant étroitement liées.

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 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 validé 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.

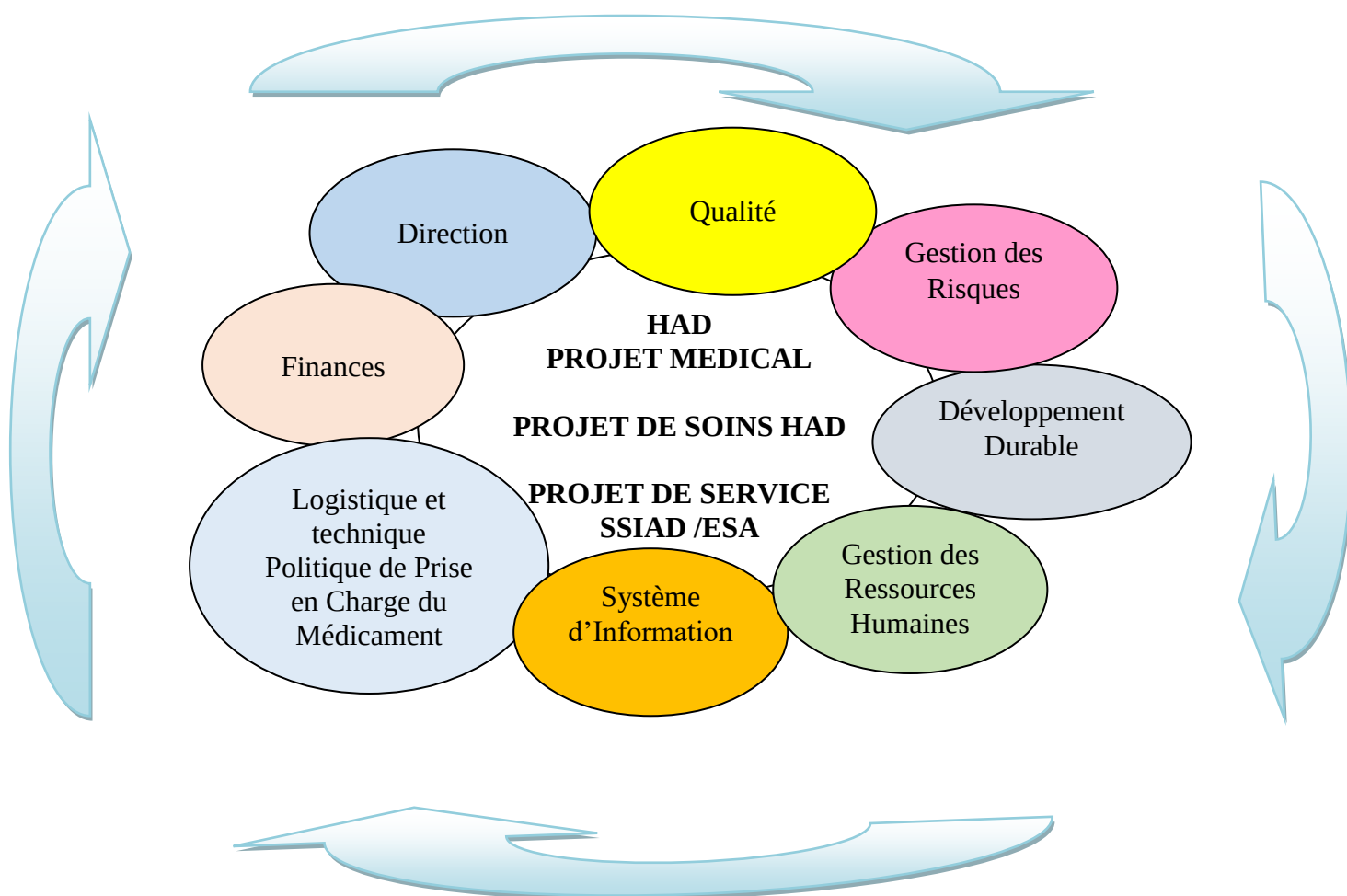
De plus, le projet de soins intègre les représentants des usagers dans la définition des objectifs à venir ainsi que le patient puisqu'il se base notamment sur l'exploitation et les axes d'amélioration des questionnaires de satisfaction.

Ainsi le projet de soins répond au Décret de JUIN 2016 relatif à la Commission des usagers qui prévoit la possibilité d'élaborer un projet des usagers.

Suite à une décision des membres de la CDU, il a été décidé de ne pas rédiger un projet des usagers en tant que tel mais d'intégrer dans le projet de soins les attentes et 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.

Le projet d'établissement finalisé a été porté à l'approbation du Conseil d'Administration le 12 avril 2018.

Architecture du projet d'établissement



Le projet d'établissement est construit autour des projets médico-soignants des services de l'Association. Les secteurs transversaux qui gravitent autour de ces projets centraux constituent des soutiens spécialisés d'activités de soins. L'interrelation est matérialisée par les zones de chevauchement et par les flèches qui soulignent la volonté de construire notre organisation sur le principe d'échanges multidirectionnels.

3- Historique général de l'Association

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 – BP 60025 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 ✉ had-toulon@wanadoo.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 ✉ had-toulon@wanadoo.fr 🌐 : www.sante-solidarite-var.fr

Historique des créations et extensions de capacité des services

Années	Evènement	Places HAD	Places SSIAD	ESA	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
2018-2022	Objectif	260	133	10	403

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 35 ans SSV par le biais de son service d'Hospitalisation à Domicile (HAD) et de son service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) 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.



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 35 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 démontrée sa capacité à faire des projets et à les conduire à leur terme.

Tableau récapitulatif de l'activité HAD SSV de 2014 A 2017

	2014	2015	2016	2017
Nombre jour	60562	66201	66168	76806
Nombre patient	628	704	795	978
Nombre séjour	916	1101	1240	1415
Durée moyenne d'un séjour	72.94	75.32	57.58	59.06

Tableau récapitulatif de l'activité SSIAD/ESA SSV de 2014 A 2017

SSIAD	2014	2015	2016	2017
Nombre de journées réalisées	33638	43196	44779	44256
Nombre de Journées autorisées	47815	47815	47815	47815

Taux d'occupation En %	70.35%	90.33%	93.65%	92.55%
-----------------------------------	--------	--------	--------	--------

ESA	2014	2015	2016	2017
Nombre de séances réalisées	605	941	1157	1209
Nombre de Séances autorisées	1488	1488	1518	1524
Taux d'occupation En %	40.65%	63.22%	76.21%	79.33%

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 a plus que doublé depuis l'an 2000 et les ETP ont suivi parallèlement un chemin identique.

Le seuil des 50 ETP est allègrement dépassé depuis l'année 2004 ce qui a demandé à la structure de mettre en œuvre toutes les instances sociales obligatoires en rapport avec son effectif et dans le respect des dispositions légales et conventionnelles qui ont bien sûr pris une nouvelle dimension.

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

OBJECTIF

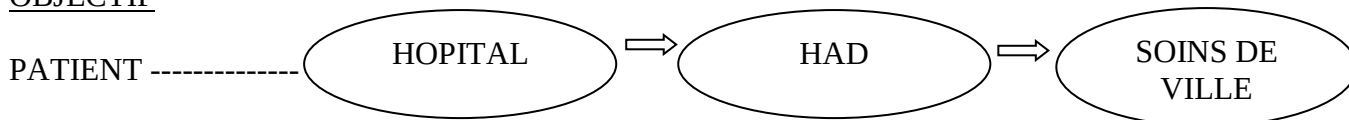


Tableau récapitulatif des effectifs salariés
au 31 Mars 2018

SERVICE	QUALIF,	ETP 31/03/2018
HAD		
<u>DIRECTION CENTRALE</u>	Directeur Général	1
	DAF	1
	DRH	1
	DSI	1
	RSSI	1
	Secrétaire générale de direction	1
		6
<u>DIRECTION OPERATIONNELLE</u>	Directeur	1
		1
<u>MEDICAL</u>	Med co	4,6
	Pharmacienne	0,8
		5,4
<u>FINANCES/COMPTA</u>	Controleur gestion	0,8
	Comptable	1,5
	Techn Adm	1
	Empl Adm	1,8
		5,1
<u>QUALITE</u>	RAQ	1
		1
<u>RESSOURCES HUMAINES</u>	RRH	1
	Assistante RH	1,6
		2,6
<u>SECRETARIAT</u>	Sec Dir	1
	Sec	5
	Sec med	2
		8
<u>MAGASIN</u>	Resp. Magasin	1
	Magasinier	3,55
		4,55
<u>INFORMATIQUE</u>	INFO/LOG/ECO	2
		2
<u>SERVICE PSY</u>	Ass, sociale	2

	Psychologue	0,75
		2,75
<u>SERVICE COORDINATION</u>	Responsable adif	2
	Cadre de santé	1
	IDEC	7
	IDE DE SUIVI	2
		12
<u>DEVELOPPEMENT</u>	Chargée du développement	1
	Assist Chargée du développement	1
		2
HYGIENE		
<u>HYGIENE</u>	IDE	0,3
IDE TERRAIN		
<u>IDE TERRAIN</u>	IDE	16,5
	POOL IDE	2
		18,5
AIDE SOIGNANT	AS	28,6
	AS POOL	3
		31,6
TOTAL HAD		102,8

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 (COPIL)

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

- Directeur d'établissement
- Médecins coordonnateurs (représentant le pôle médical)
- Cadre de santé (représentant le pôle des soins)
- Responsable des Ressources Humaines (représentant le pôle des ressources humaines)
- Responsable Administratif et financière (représentant le pôle financier)
- Adjoint de Direction, Responsable assurance qualité et gestion des risques
- Secrétaire de direction
- Responsables d'Antenne
- Infirmiers coordinateurs des antennes du SSIAD

Il se réunit mensuellement. Ces réunions reposent sur un ordre du jour élaboré par le Directeur. Des procès-verbaux de réunions sont rédigés.

Le Comité de Direction intègre un point qualité 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 repercussion sur la prévention du risqué infectieux
- Mettre en place un programme interne de formation sur la prévention du risqué 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 preventions à mettre en oeuvre 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 membre 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, la 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 titulaire
- 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
- Représentant du S.S.I.A.D titulaire
- Représentant du S.S.I.A.D suppléant

Copil développement durable (C2D) 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 condition 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

Commission EPP

En 2012, une Commission EPP a été mise en place au sein de la structure. Elle a pour principales missions de :

- Participer à l'évaluation des pratiques professionnelles
- Contribuer à l'élaboration de la politique qualité et sécurité des soins
- Elaborer le programme d'évaluation des pratiques professionnelles
- Assurer la validation individuelle des programmes ou actions réalisés par les praticiens
- Recenser les actions d'évaluation réalisées ou en cours
- Formuler des recommandations (de choix) de thématiques
- Assister méthodologiquement à la réalisation des évaluations
- Informer la CME de l'avancée du programme et de l'impact des actions mises en œuvre
- Assurer l'information en matière de dispositif d'EPP à destination des équipes médicales
- Planifier la réalisation des différentes EPP
- Assister au comité de pilotage

LES INSTANCES SOCIALES

Le Comité Social et économique (CSE)

Le comité économique et social (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 publiques



- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
- Agence Régionale de Santé (ARS) – Délégation territoriale
- Observatoire du médicament et des innovations thérapeutiques (OMIT)
- 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 ...

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

1- La démarche qualité

Depuis plus de 15 ans (depuis 2003), l'Association SANTE ET SOLIDARITE DU VAR (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 et ce afin de garantir au mieux la qualité et l'efficience de la prise en charge des patients.

L'Association SANTE ET SOLIDARITE DU VAR a la volonté de renforcer et structurer sa démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge et des soins prodigués ainsi que sa maîtrise des risques liés au fonctionnement de l'établissement.

La politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques se décline en plusieurs orientations, fortement inspirées par l'environnement réglementaire et normatif, les recommandations auxquelles les établissements de santé doivent répondre ainsi que les résultats de la dernière procédure de certification.

La politique qualité de l'association SSV a pour objectif la satisfaction de ses usagers et de leur entourage, ainsi que celle de son personnel et de l'ensemble des acteurs externes avec lesquels l'établissement collabore (médecins, paramédicaux, fournisseurs ...).

L'Association SSV a reçu la visite des experts visiteurs en SEPTEMBRE 2017. Les objectifs et caractéristiques de cette visite V2014 étaient de :

- Vérifier l'appropriation des risques par les professionnels de terrain et leur niveau de maîtrise
- Mesurer le niveau de maturité par processus
- Vérifier que les procédures sont connues, appropriées, et faciles d'accès
- Centrée sur le cœur de métier : les soins
- Centrée sur le terrain
- Méthode de base : audit de processus
- 6 thématiques/processus investigués : Droits du patient/Dossier du patient/Parcours du patient/Management Qualité Gestion Des Risques /Prise En Charge Médicamenteuse/Gestion des équipements au domicile du patient

La Haute Autorité de Santé a décidé pour Santé et Solidarité du Var UNE **CERTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT – Classe A.**

2- La gestion des risques

Corollaire de la démarche qualité, la gestion du risque devient une priorité pour tout établissement. Il s'agit également d'une évolution culturelle majeure qui requiert méthode, expertise et anticipation.

Le risque est appréhendé au sens le plus large possible puisqu'il concerne aussi bien les patients et leur entourage que les professionnels de santé mais également les risques liés aux partenaires et fournisseurs des services, les risques liés aux infrastructures et dispositifs techniques et les risques induisant une situation de crise.

S'il est cohérent de confier le pilotage de la gestion du risque au service qualité pour les patients, il est nécessaire d'associer le service RH pour le volet des salariés tout en veillant à impliquer tous les acteurs et tous les secteurs d'activité pour avoir une approche la plus exhaustive possible.

Dictée par un souci d'amélioration continue de la qualité, la prise en compte conjointe (QUALITE/RH) de la gestion des risques semble également répondre aux risques contentieux.

Cela demande en tout cas une évolution de l'établissement en même temps qu'un renforcement de son expertise juridique sur ce volet.

La déclinaison pratique de la gestion des risques se traduit principalement par :

- L'évolution des instances existantes afin d'en assurer la pérennisation dans le temps (CREX, RMM, REMED...)
- Une implication collective (Enquêtes diverses, EPP...)
- L'élaboration d'un programme global de gestion des risques, le PGR
- La désignation interne de vigilants
- L'optimisation du système de gestion des incidents et événements indésirables
- L'optimisation du système de gestion des plaintes et réclamations

Plus largement, la direction de l'Association SSV a parfaitement pris conscience de l'importance d'intégrer le volet assurantiel dans toutes les réflexions conduites (opérationnelles et stratégiques).

3- 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

4- La loi du 26 JANVIER 2016 de modernisation du système de santé

L'objectif de cette LOI SANTE est de s'attaquer aux inégalités de santé en affirmant la place déterminante de la prévention et de l'éducation en santé et en illustrant un parcours de soins c'est-à-dire une prise en charge dans la proximité et la continuité.

La loi propose ainsi de rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée et s'articule autour de titres :

- Titre 1 : renforcer la prévention et la promotion de la santé
- Titre 2 : faciliter au quotidien le parcours de santé des français
- Titre 3 : innover pour garantir la pérennité de notre système de santé
- Titre 4 : renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire
- Titre 5 : mesures de simplification et d'harmonisation

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.

Il s'agit d'une Loi dont la portée concerne tous les champs d'activité de l'Association et dont il faudra suivre la parution des décrets d'application afin d'ajuster notre fonctionnement.

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

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

Objectifs généraux	Commentaire
Déployer et mettre en œuvre les 260 places d'HAD	Le niveau d'activité cible devra être atteint en 2022. La couverture de l'ensemble du Var Ouest par le service a été mise en œuvre : • La Garde • La Seyne sur Mer • Brignoles La polyvalence du service HAD doit être conservée.
Déployer et mettre en œuvre les 143 places de SSIAD/ESA	Selon un rythme pluriannuel progressif, la capacité d'accueil de 143 places devra être atteinte en 2022.

Adapter les dimensions humaines, managériales, matérielles et financières au développement de l'Association	Le développement à venir devra passer par la mise en place d'une organisation qui s'adaptera aux évolutions attendues de l'Association.
Soutenir l'évolution de la démarche qualité, de l'outil d'évaluation vers la culture d'établissement	La culture de la qualité devra se poursuivre et ce afin de maintenir la dynamique engagée.

Objectif thématique : le projet médical	Commentaire
Prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées avec volet spécifique EHPAD	La prise en charge des personnes âgées et ou handicapées sera donc un axe principal de l'HAD au cours des prochaines années. Les liens avec les EHPAD et les ESMS devront être renforcés
Soins palliatifs et fin de vie	La prise en charge des patients en soins palliatifs et en fin de vie se développera à travers les liens avec les établissements hospitaliers partenaires
Infections neurologiques et évolutives ou post traumatiques	Il s'agit de proposer une alternative conjuguant la rigueur économique avec le souhait d'un retour à domicile même dans des situations complexes et favoriser une réadaptation dans le lieu de vie du patient avec un entourage familial porteur à travers la mise en place d'un projet de vie.
Sorties précoces de chirurgie	Développement de la prise en charge précoce des patients issus des services dans l'objectif de raccourcir la durée de séjour et d'apporter les soins au domicile en restant e lien étroit avec les services d'amont.
Pansements complexes/soins de nursings lourds	Développement de la prise en charge des soins non réalisables en ville car trop complexes ou trop techniques

Objectif thématique : Le projet de soins HAD	Commentaire
	Le projet de soins décline les axes du projet médical en rendant ce dernier transversal (quel que soit les modes de prise en charge) et opérationnel pour les équipes paramédicales et les services de support (logistique, psycho-social, etc.). Il couvre l'ensemble du processus de soins permettant ainsi d'optimiser la sécurité et la qualité des soins : - <u>Les prises en charge de patients</u> : l'objectif

	principal est développer l'activité ainsi que les types de prises en charge en ciblant sur les actions de formation, communication et information auprès de nos partenaires. L'objectif sera également d'améliorer notre réactivité de prise en charge d'un patient dans les meilleures conditions (24h/48h) - <u>La démarches qualité</u> : SSV entend poursuivre sa dynamique qualité notamment par la mise à jour régulière de de nos processus de soins conformément aux évolutions des pratiques et de la réglementation. Les axes de travail concernent principalement les droits des patients, la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, la gestion du risque infectieux et le dossier patient.
--	---

Objectif thématique : 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 Optimiser les circuits d'achat afin d'améliorer le rapport qualité/prix
Parc automobile	Optimiser les durées d'immobilisation des véhicules Optimiser la gestion des spear Anticiper la mise en place des équipements « NEIGE » l'hiver

Objectif thématique : Politique de circuit du médicament	Commentaire
Poursuivre le projet d'informatisation du circuit du médicament	Suite à la mise en production du module CM en juin 2017, développement de l'utilisation de cet outil à compter de la mise à disposition de la version 2. Ensuite, formation des tous les médecins coordonnateurs puis proposition de test à des médecins traitants volontaires (1 par site) pour utiliser l'outil de prescription au quotidien .En parallèle, incrémentation de la base des protocoles par le pharmacien coordonnateur pour faciliter d'acte de prescription des médecins.
Poursuivre la réflexion sur la traçabilité de l'administration des médicaments	Passage d'une traçabilité papier d'un tryptique à une traçabilité informatisée exhaustive via Athome® Mobile sur smartphone par les IDE salariées et libéraux. Les prérequis à cette traçabilité sont le fait d'avoir des prescriptions complètes informatisées saisie dans Athome® et ayant fait l'objet d'une analyse pharmaceutique préalable à l'administration.
Déployer la conciliation médicamenteuse	Création d'un groupe de travail dédié avec approbation préalable de la CME et de la Direction. Définition d'un type de patient et de prescripteurs cibles pour débiter une

	expérimentation en 2018 avec une montée en charge progressive du nombre de conciliations réalisées de 2019 à 2022.en parallèle demande d'évolution du logiciel métier pour inclure la traçabilité de cette activité dans At'Home®.
Mener une réflexion sur l'antibiothérapie en HAD	Mise en place d'un suivi des carbapénèmes en 2018 avec indications puis montée en charge progressive de la validation d'antibiothérapie (indication, documentation bactériologique) pour les autres classes d'antibiotiques notamment ceux réservés à l'usage hospitalier.

Objectif thématique : RH	Commentaire
Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	L'outil de GPEC sera développé et généralisé à tous les personnels,
La formation professionnelle et l'évolution	Améliorer la communication sur les dispositifs de formation et poursuivre la politique dynamique de formation
La qualité de vie au travail	Poursuivre l'identification, la quantification et l'analyse des facteurs de risques professionnels
La communication et le dialogue social	Le service RH devra poursuivre à maintenir le dialogue social avec les RP.

Objectif thématique : Le projet de soins SSIAD/ESA	Commentaire
	Poursuivre le développement de l'activité des SSIAD et de l'ESA Développer la coopération avec les partenaires extérieurs par le biais de conventions (Hôpitaux, CLIC, etc.) Répondre aux appels à projets de l'ARS PACA liés au développement ou aux projets innovants des SSIAD/ESA (SSIAD de nuit, etc.) Développer les prises en charge communes SSIAD-HAD : guide méthodologique Mars 2018 Elaborer, mettre en œuvre et assurer le suivi du CPOM SSIAD afin d'atteindre les objectifs quantitatifs et qualitatifs qui seront fixés Poursuivre la démarche qualité initiée lors de la dernière évaluation externe au SSIAD/ESA

8- Une croissance à poursuivre dans une logique de territoire

Un historique réglementaire particulier

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 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.

- *Juin 2008 : le projet médical de territoire*
- *Le PRS 2 PACA (2018-2022)*

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.

« III - Evaluation des besoins

1. *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, Sept.*
 - *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 :*

*« **L'objectif principal est de permettre à l'ensemble de la population de la région d'avoir accès à une alternative à l'hospitalisation complète [...]***

*[...] **les structures existantes, ou à créer, auront un caractère polyvalent et assureront la diversité des prises en charges proposées.***

*[...] **Dans les territoires dont l'importance de la population ne justifierait pas, à elle seule, une HAD d'une capacité suffisante, il conviendra de rechercher une cohérence organisationnelle et géographique qui pourra consister, pour une structure, à intervenir sur plusieurs territoires (un site principal avec des antennes délocalisées) ou encore à mutualiser les moyens de structures intervenant sur plusieurs territoires.***

- ⇒ *Le service d'hospitalisation a su préserver son caractère polyvalent par une large diversité des typologies de patients pris en charge.*
- ⇒ *Son implantation a respecté les engagements pris dans le cadre de son autorisation et du CPOM signé avec l'ARS PACA.*
- ⇒ *Les activités du service HAD ont été déployées conformément aux orientations définies dans le SROS avec le souci permanent d'offrir un service de santé de qualité et un égal accès aux soins à la population du territoire.*

Les nouvelles orientations de santé publique

Il s'agit dans ce chapitre de présenter sommairement les analyses et objectifs des autorités sanitaires régionales qui vont constituer les grands axes stratégiques en matière de santé pour les prochaines années et qui ont un impact direct sur le projet d'établissement de l'Association SSV.

La poursuite du développement du service d'HAD représentant un point fort du projet d'établissement de l'Association SSV, les liens avec les politiques publiques de santé sont donc ici particulièrement mis en évidence.

Notre analyse prend donc appui sur le Projet Régional de Santé Provence Alpes Côte d'Azur 2012 - 2016 arrêté par M. DEROUBAIX, Directeur Général de l'ARS PACA le 30 janvier 2012 :

- Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)
- Le Schéma Régional de Prévention (SRP)
- Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)
- Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociales (SROMS)
- Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)
- Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)
- Le Programme régional de télémédecine
- Le Programme pluriannuel régional de gestion du risque
- Le 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

1- CPOM 2012-2017

⇒ Orientations stratégiques du CPOM 2012 - 2017

1. Déployer et mettre en œuvre une activité sur l'ensemble du Var Ouest
2. Développer de la prise en charge des personnes âgées et handicapées.
3. Développer de la prise en charge des Soins palliatifs
4. Développer de la prise en charge de la Cancérologie
5. Développer de la prise en charge de la périnatalité
6. Développer de la prise en charge de la Médecine Physique et de réadaptation.

Un nouveau CPOM pour l'HAD sera contractualisé courant 2018 au regard des objectifs du PRS II. De même, le SSIAD et l'ESA contractualiseront un CPOM en 2019.

2- 2018 : Vers un nouveau projet d'établissement lié au nouveau PRS 2

Le précédent projet d'établissement couvrait la période 2013-2017. et le nouveau concerne la période 2018-2022

Nous sommes toujours dans l'attente de la parution du PRS II actuellement en cours de validation 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 2017 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 nouvelles orientations quinquennales de santé publique :
 - La publication courant 2018 du nouveau jet Régional de Santé constitue une référence essentielle de convergence des projets internes et des politiques de santé.

Cette nécessaire cohérence donne autant de force que de crédit aux propositions de l'Association SSV.

- Parallèlement, 2018 marque également l'année du renouvellement du CPOM de l'HAD.

Il était également opportun de baser les éléments du CPOM sur les projets d'établissements

- Enfin, la signature fin 2017 du CAQES (ex. Contrat de Bon Usage des Médicaments).

- c- Enfin, l'HAD est entrée en 2016 dans une nouvelle démarche de certification par la Haute Autorité de Santé dont la visite a eu lieu en septembre 2017. Il a été important pour l'établissement de faire coïncider la phase d'autoévaluation avec la mise à jour du projet d'établissement. Les évolutions ont été nombreuses ces dernières années et les projets ont une incidence directe sur la politique qualité déployée.

3- *Projet Régional de Santé II- Volet HAD*

Le PRS II est en concertation publique à partir du 15 Mars pour une publication en Juillet 2018.

Le plan stratégique régional de santé a fixé 6 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 2 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

Pour les SSIAD PA : prévision de mesure de l'activité et de révision des agréments – Expérimentation de SSIAD de nuit

4- *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 **30 places pour 100 000 habitants**.

Secteurs d'implantation	2018	2019	2020	2021	2022
Population du territoire	1062939	1069121	1075321	1081557	1087830
Taux de progression annuel (Source PSRS PACA)	0.58%				

Capacité théorique du VAR	318	320	322	324	326
Capacité totale retenue	240	245	250	255	260

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 260 places à l'horizon 2022. 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 35 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 et du SSIAD.

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 et la Direction ont donc mis en place en 2017-2018 une organisation nouvelle.

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

Ce modèle s'appuie notamment sur le renforcement de l'équipe de direction et la mise en place d'une Direction Générale.

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- Calendrier prévisionnel de mise en œuvre

2018-2022 : Nouvelle gouvernance : Mise en place de la Direction Générale. Consolidation et adaptation de l'organisation en fonction de l'évolution de l'activité.

2018-2022 : Développement de l'activité HAD-SSIAD/ESA :

- Montée en charge progressive de l'HAD : 260 patients/jours en 2022, soit 91 250 journées
- Montée en charge progressive SSIAD/ESA : taux d'occupation de 95 %

11- 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 2018 à 2022	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021	Année 2022
Places	240	245	250	255	260
Total des journées	87600	89425	91250	93075	94900

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. La progression annuelle moyenne est de 5 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 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021	Année 2022
Total des produits versés par l'Assurance Maladie	16 644 000	16 990 075	17 375 500	17 684 425	18 031 000

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.

Plan pluriannuel de financement du SSIAD/ESA PH/PA

Le SSIAD/ESA SSV s'inscrit dans une perspective de développement quantitatif de ses activités comme l'HAD en fonction des appels à projet de l'ARS PACA. Au cours des 5 prochaines années, l'objectif du SSIAD/ESA sera d'atteindre les objectifs de taux d'occupation de l'ARS et de conduire une démarche continue d'amélioration permanente des prestations fournies.

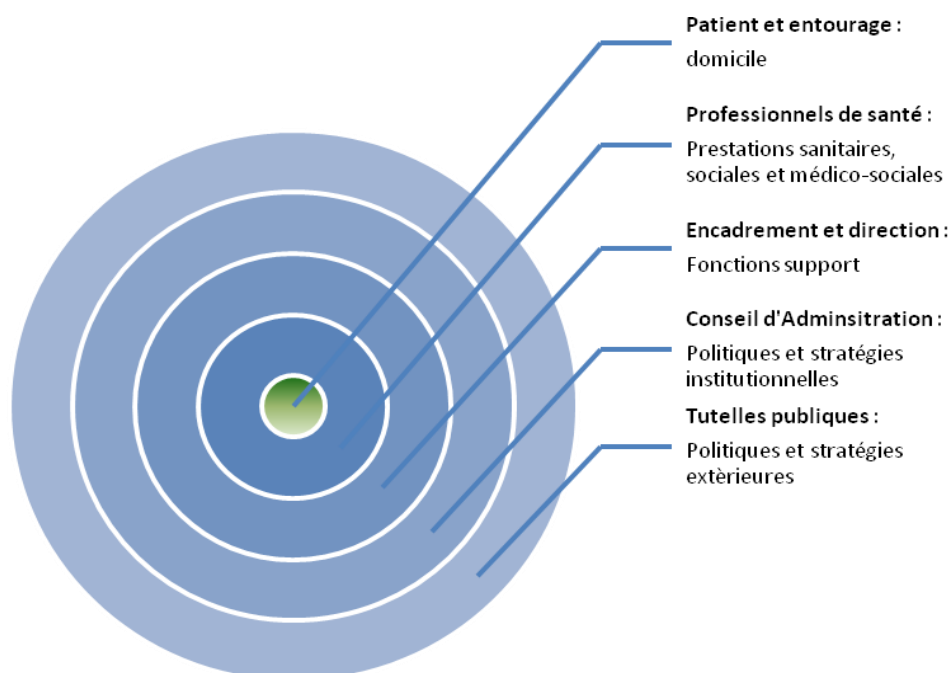
	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021	Année 2022
Base reconductible n-1	1 836 024	1 845 204	1 854 430	1 863 702	1 873 020
Evolution de la base reconductible : + 0.5 % par an					

La projection économique pluriannuelle démarre donc avec, pour base de référence, le Budget Exécutoire 2018.

ORGANISATION GENERALE, MANAGEMENT STRATEGIQUE ET GOUVERNANCE

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.

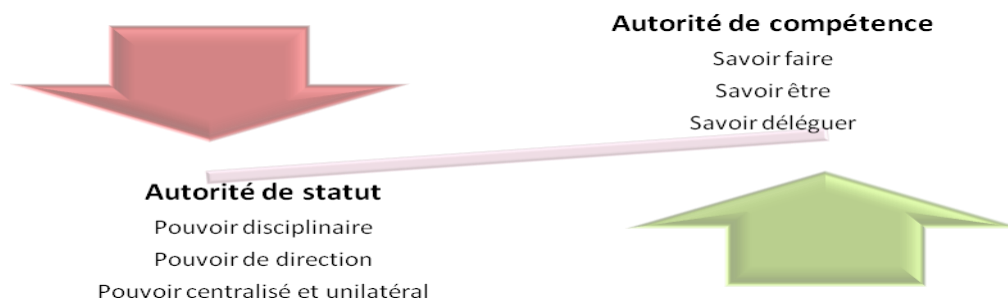
Les fonctions support peuvent être définies comme étant l'ensemble des services d'administration générale qui soutiennent les services qui mettent en œuvre les politiques sanitaires et sociales définies par le Conseil d'Administration. Elles apportent un appui et une aide opérationnelle et méthodologique.

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

- Ressources Humaines
- Finances

- Logistique
- Système d'Information
- Qualité

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 managements, 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.

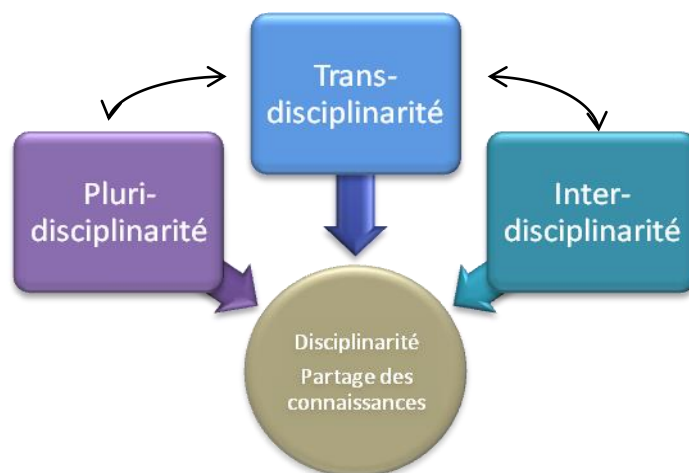
Pour les managers de l'Association SSV, il s'agit donc de faire coïncider leur parcours professionnel avec l'objectif d'un accroissement régulier de leurs compétences, soutenant ainsi l'élévation individuelle et collective des capacités et aptitudes.

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.

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

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.

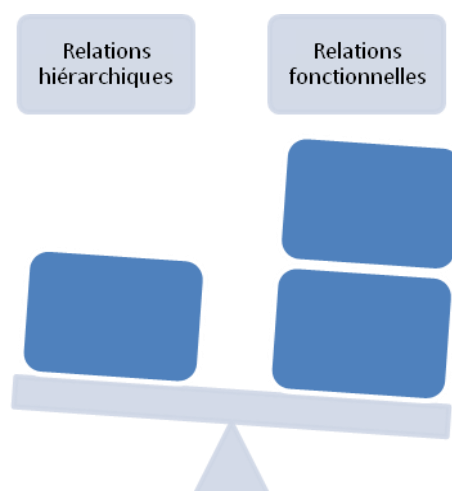
Ainsi la transdisciplinarité est multidirectionnelle et complète les dimensions du partage des connaissances entre les individus.

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.

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

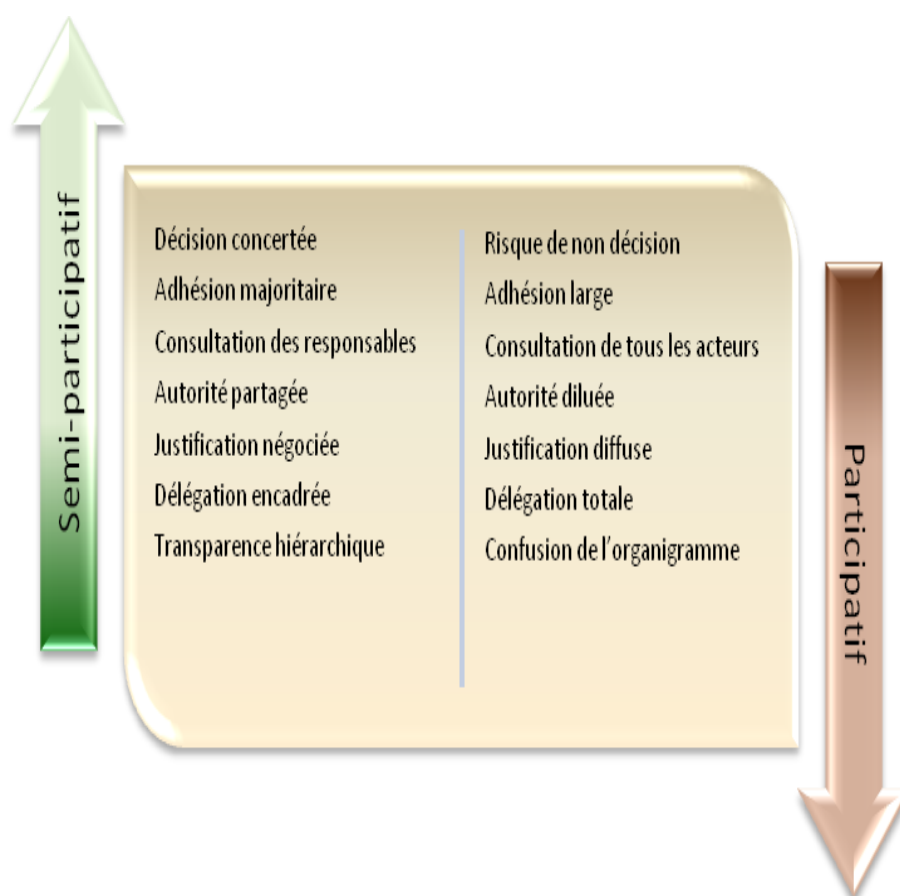


Pour espérer atteindre ces objectifs, les managers doivent privilégier les liens fonctionnels entre les individus et recourir avec discernement et parcimonie à l'autorité.

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.

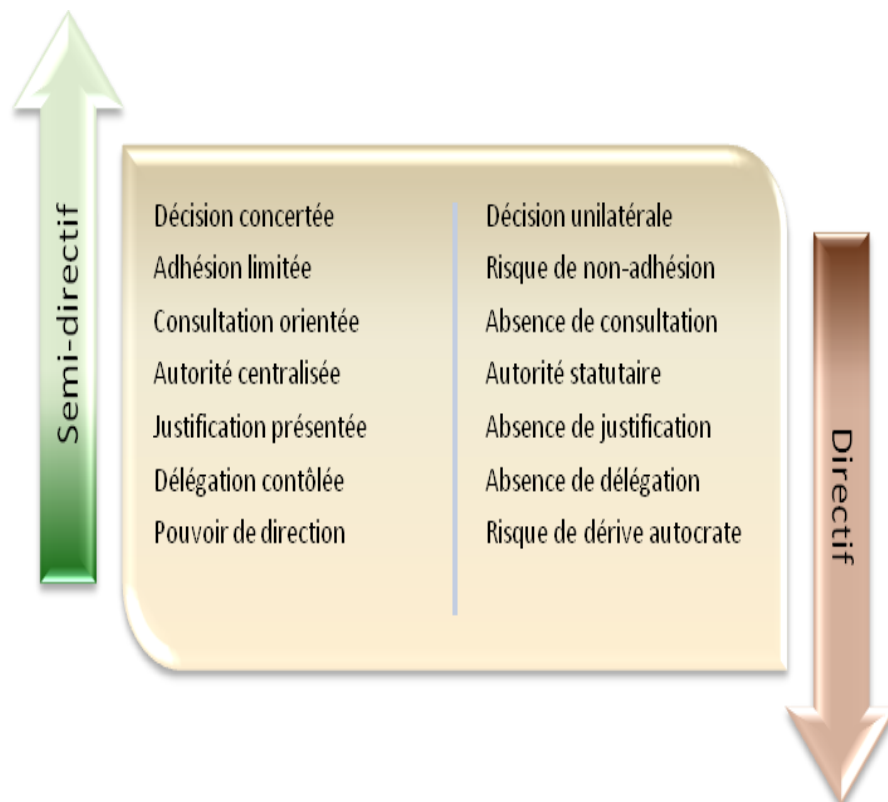
La réalité est bien différente et la diversité des modes managériaux déployés est fonction de la diversité des sujets abordés, des acteurs concernés, de l'époque, des enjeux et du contexte institutionnel.

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.

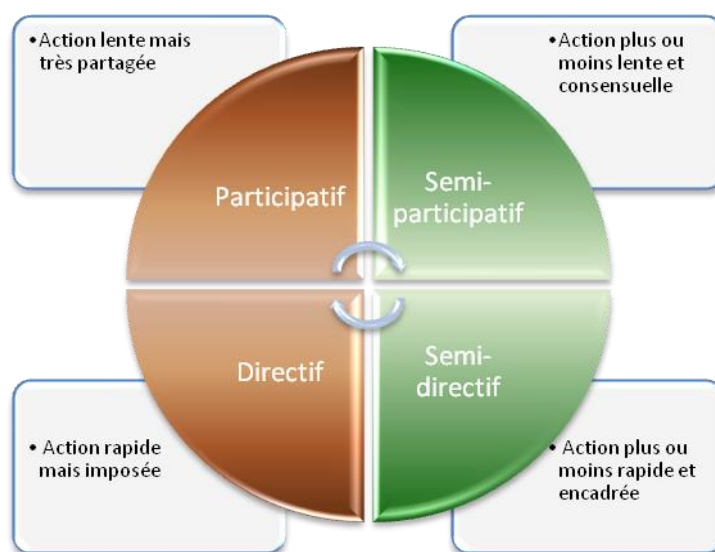


La démarche participative s'appuie sur le concept de « démocratie sociale », spontanément très partagé. Il convient cependant de mesurer les limites situées aux extrémités d'un tel modèle.

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

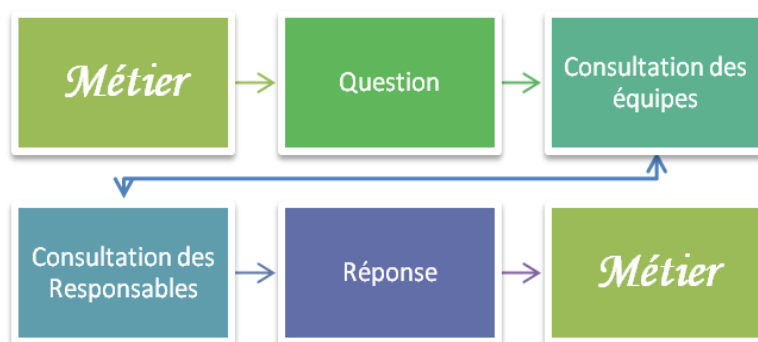


L'opportunité d'un management directif s'analyse également en connaissance de la force du modèle et de ses limites. Il convient à l'Association SSV de recourir préférentiellement au mode semi-directif et de faire de toute décision unilatérale et imposée une exception.



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.



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.

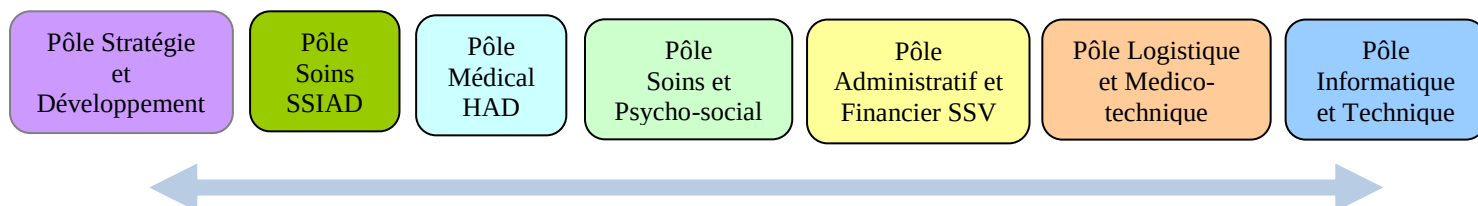
La recherche du consensus doit être un objectif mais pas un impératif car la décision prime sur l'absence de décision ; la direction donnée prime sur l'incertitude de positionnement.

2- Organisation managériale et de gouvernance

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 sept 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.

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.

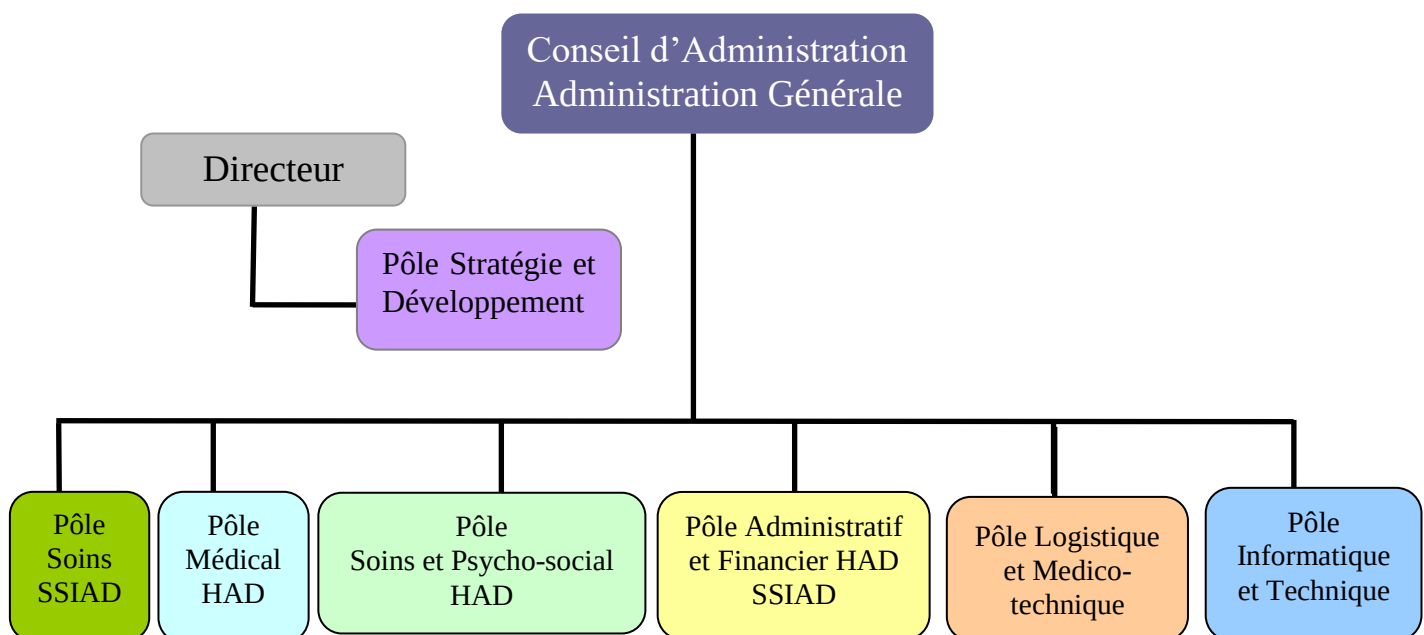
Cette organisation permet également à tout le personnel de bien repérer sa position dans une unité et dans un ensemble.

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

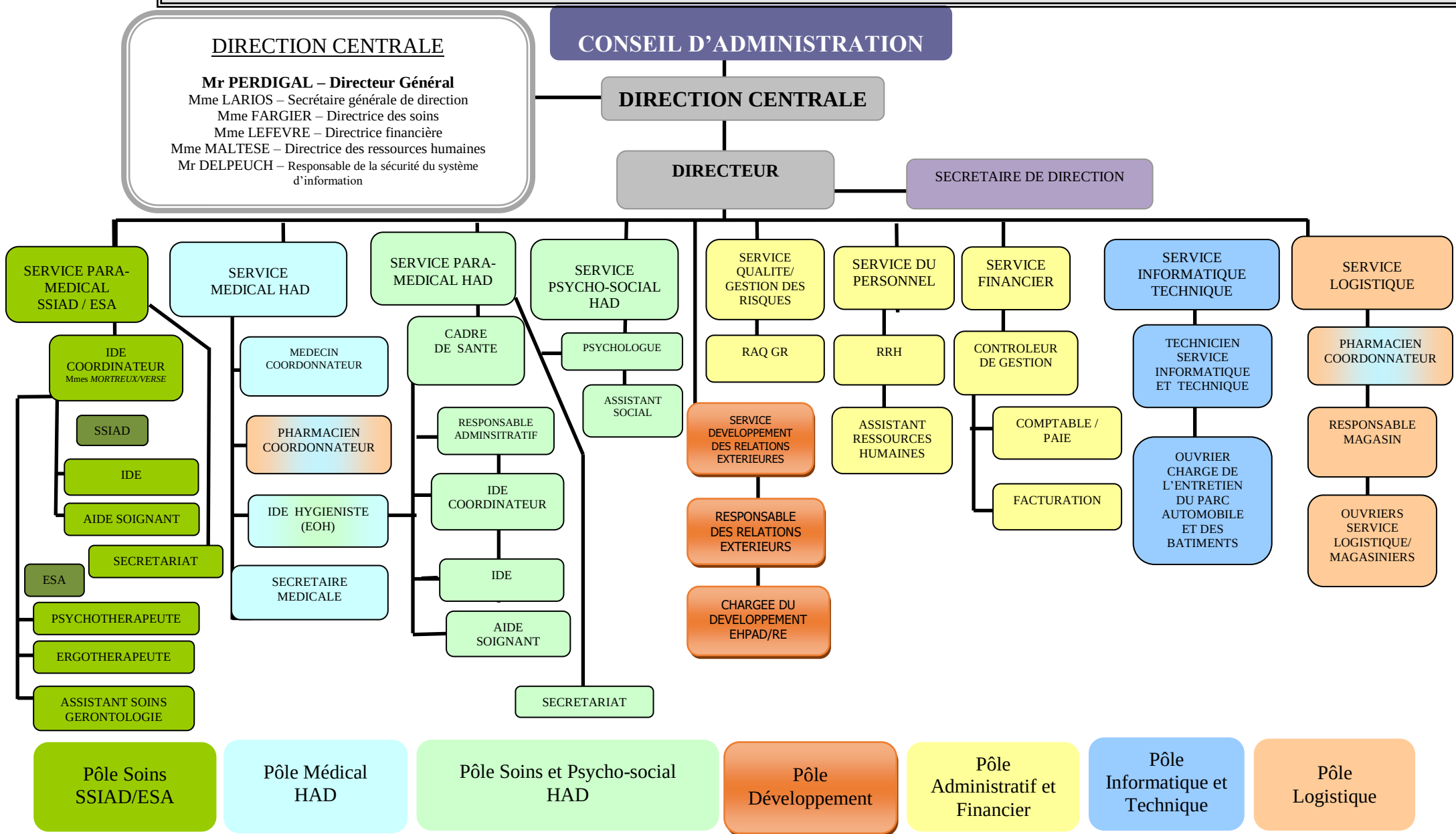
Organigramme fonctionnel par pôles

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

Organigramme des pôles



Organigramme fonctionnel par pôles

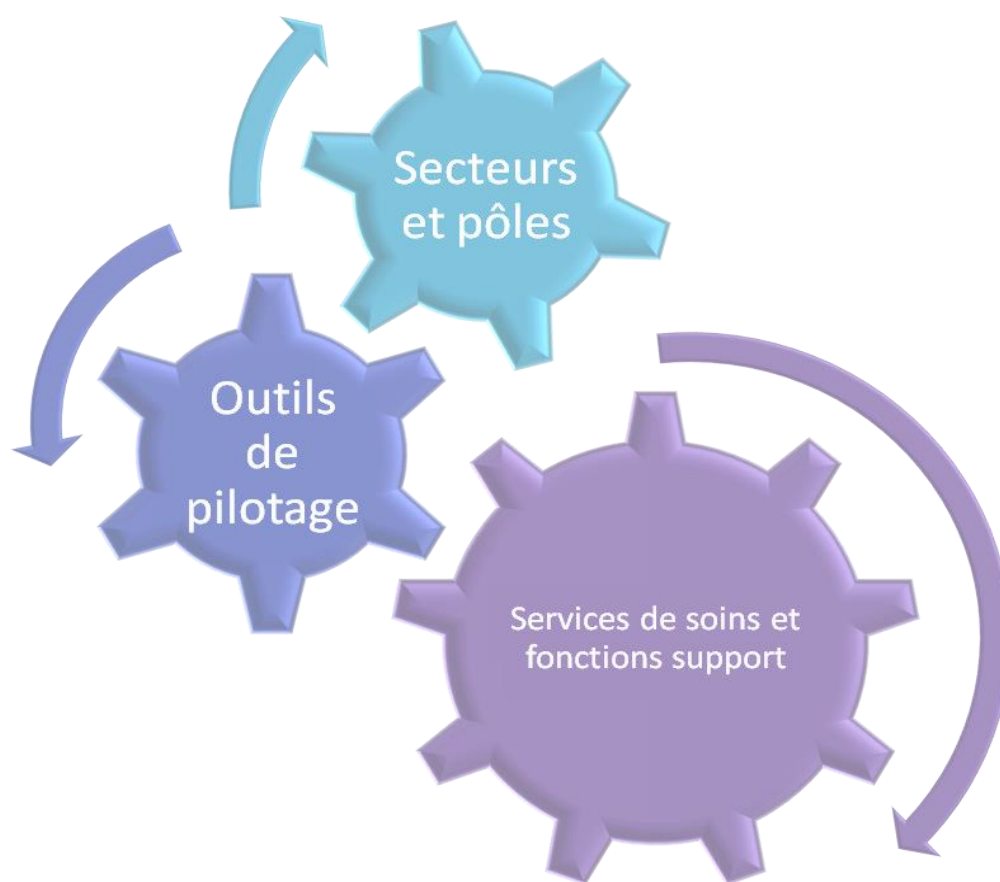


3-Les outils de pilotage de l'établissement

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

↳ Poursuivre l'amélioration de la gestion budgétaire

- Renforcer les activités du contrôle de gestion
- Poursuivre la mise en place d'une comptabilité analytique
- Conduire des analyses des coûts et responsabilisation budgétaire interne

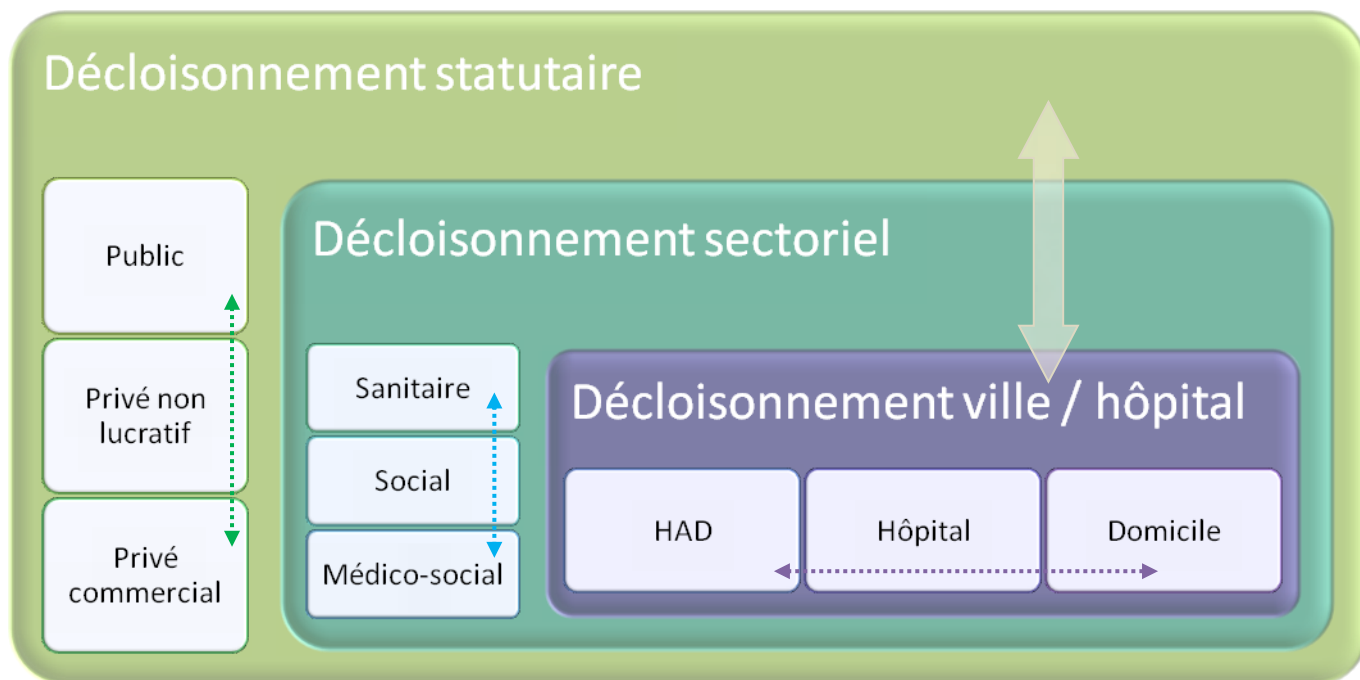
Ces actions permettront de mieux anticiper les évolutions d'activités, de mettre en adéquation les moyens humains et matériels pour réaliser les objectifs opérationnels tout en recherchant l'efficience.

↳ 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 mise en place de procédures internes relatives à la gestion des flux financiers
- Le renforcement de la procédure de validation des dépenses
- La mise en place de système et de procédure de contrôle :
 - Contrôle et suivi des encaissements
 - Contrôle et suivi des paiements
 - Anticipation des remarques URSSAF

5-La politique de coopération

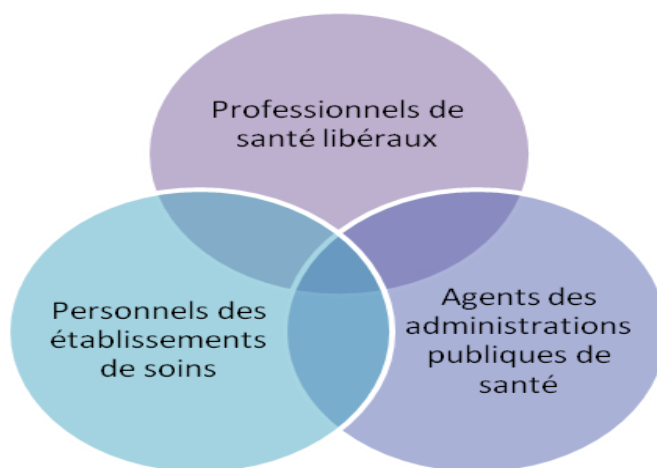
Coordonner c'est d'abord décloisonner



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.

Décloisonner c'est aussi se rencontrer



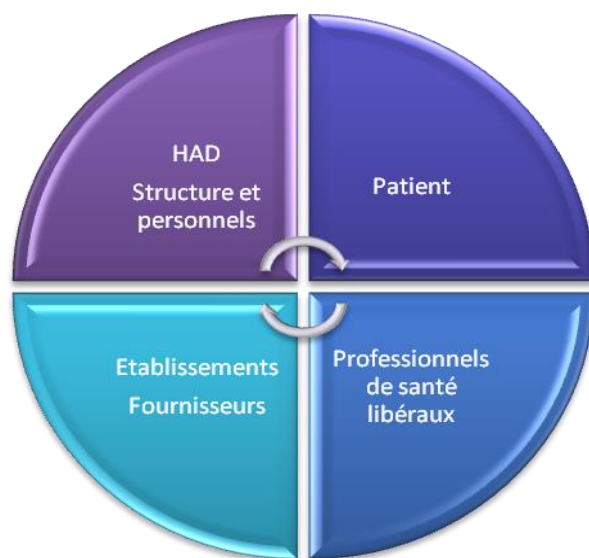
Le décloisonnement des pratiques repose sur la capacité des personnes à échanger, à communiquer autour d'un sujet commun : la prise en charge des patients.

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

Se rencontrer c'est reconnaître des relations d'interdépendance

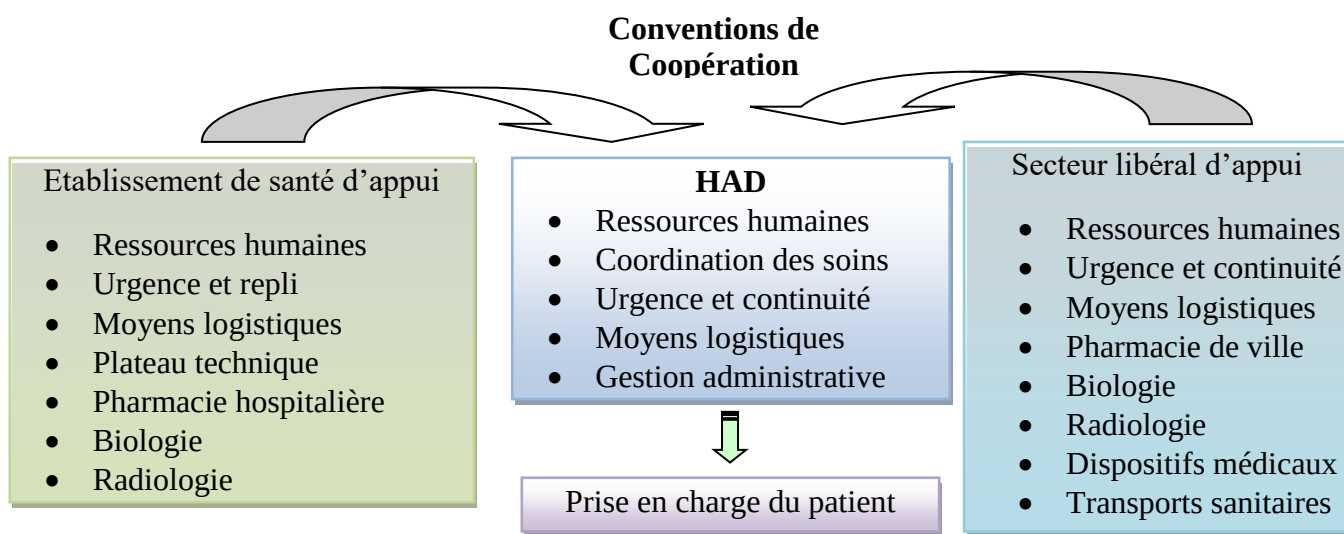
Cette interdépendance de l'HAD est permanente et la coordination des soins doit intégrer cette dimension.

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.

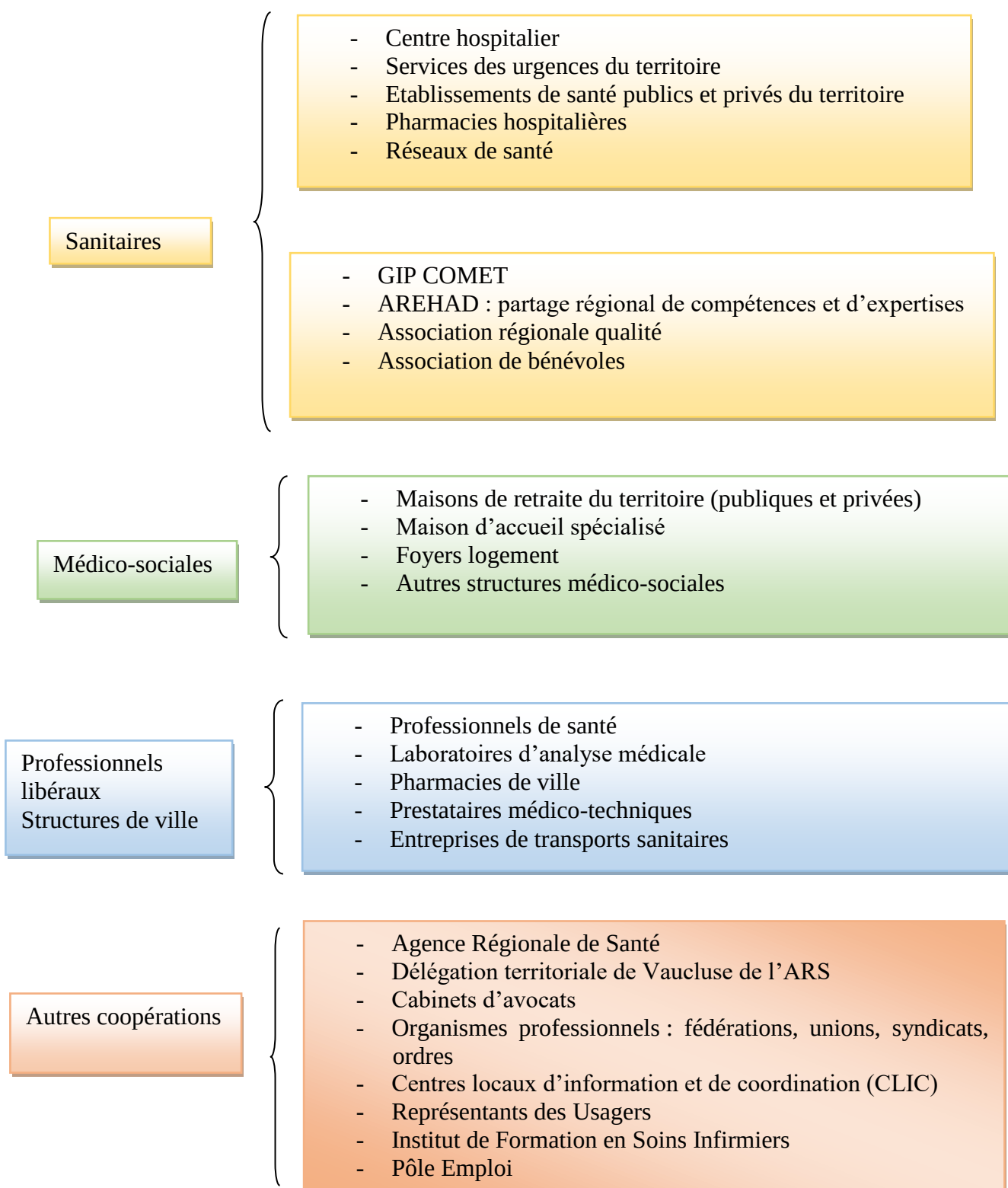


C'est donc le cadre des coopérations mises en œuvre qui établira la réalité de ces liens d'interdépendance et le juste équilibre entre droits et devoirs des uns vis-à-vis des autres.

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.



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.

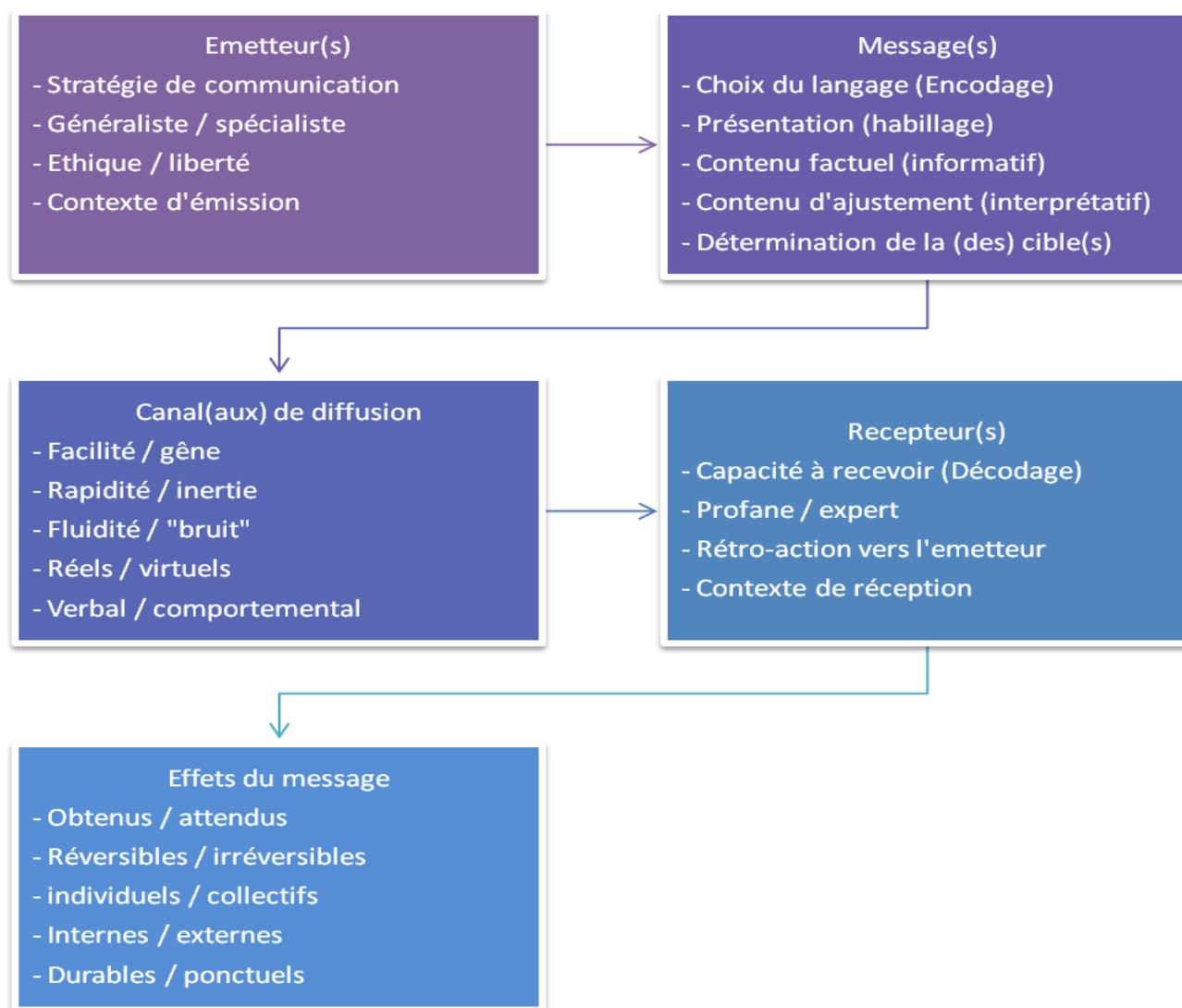
6-La politique de communication

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 ».

PROJET MEDICAL

1-Préambule :

Depuis l'élaboration du dernier projet d'établissement, l'Association SSV a vu sa capacité d'accueil augmenter de 42%. C'est dire le chemin parcouru et les adaptations qui ont été nécessaires dans l'appréhension de situations de plus en plus complexes et la recherche des moyens les mieux adaptés pour y répondre.

Répondre au mieux aux besoins des hôpitaux et aux attentes des patients est l'objectif principal que nous nous fixons pour les cinq années à venir.

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

L'admission d'un patient en HAD SSV est initialisée par une prescription médicale émanant le plus souvent d'un service hospitalier, plus rarement du médecin traitant, pour un patient déjà au domicile ou alors résidant en EHPAD.

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

Le logement du patient doit être situé dans le territoire de santé de l'établissement

Les critères médicaux avec évaluation des soins

L'accord du patient et de son entourage

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.

Suite à l'avis médical du médecin coordonnateur et à l'accord de la direction, une visite de « pré-admission » est réalisée afin d'établir la faisabilité de la prise en charge du patient. Cette enquête permet une analyse des besoins technique, matériel, social, familial et psychoaffectif.

En parallèle, l'accord du médecin traitant est recueilli par le médecin coordonnateur, afin d'informer de l'état de santé du patient et des modalités de prise en charge en HAD.

Tout cela contribuera, ensuite, à l'élaboration par le médecin coordonnateur du projet personnalisé de soins.

La coordination (lien Ville – Hôpital) est une véritable spécificité de l'HAD SSV, et implique toute l'équipe et plus particulièrement le médecin coordonnateur responsable de la prise en charge globale du patient et le cadre de santé.

2-COORDINATION MEDICALE

Médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur est **le référent médical de la structure**. Il veille au respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur. Il émet un avis médical pour toute admission et sortie de patient. Il contribue à une prise en charge globale et coordonnée, a un rôle de formateur auprès de l'équipe soignante. 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 rendu de fin de séjour qui sont envoyés aux médecins hospitaliers et libéraux référents.

Médecin traitant

Qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD SSV, il est **le pivot de la prise en charge du patient à domicile**. Il est responsable du suivi du malade. De fait, le retour à domicile ne peut se réaliser qu'avec son accord. 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 médecin coordonnateur HAD. Il conserve des liens avec le service hospitalier référent. Il décide de la ré-hospitalisation du patient si nécessaire.

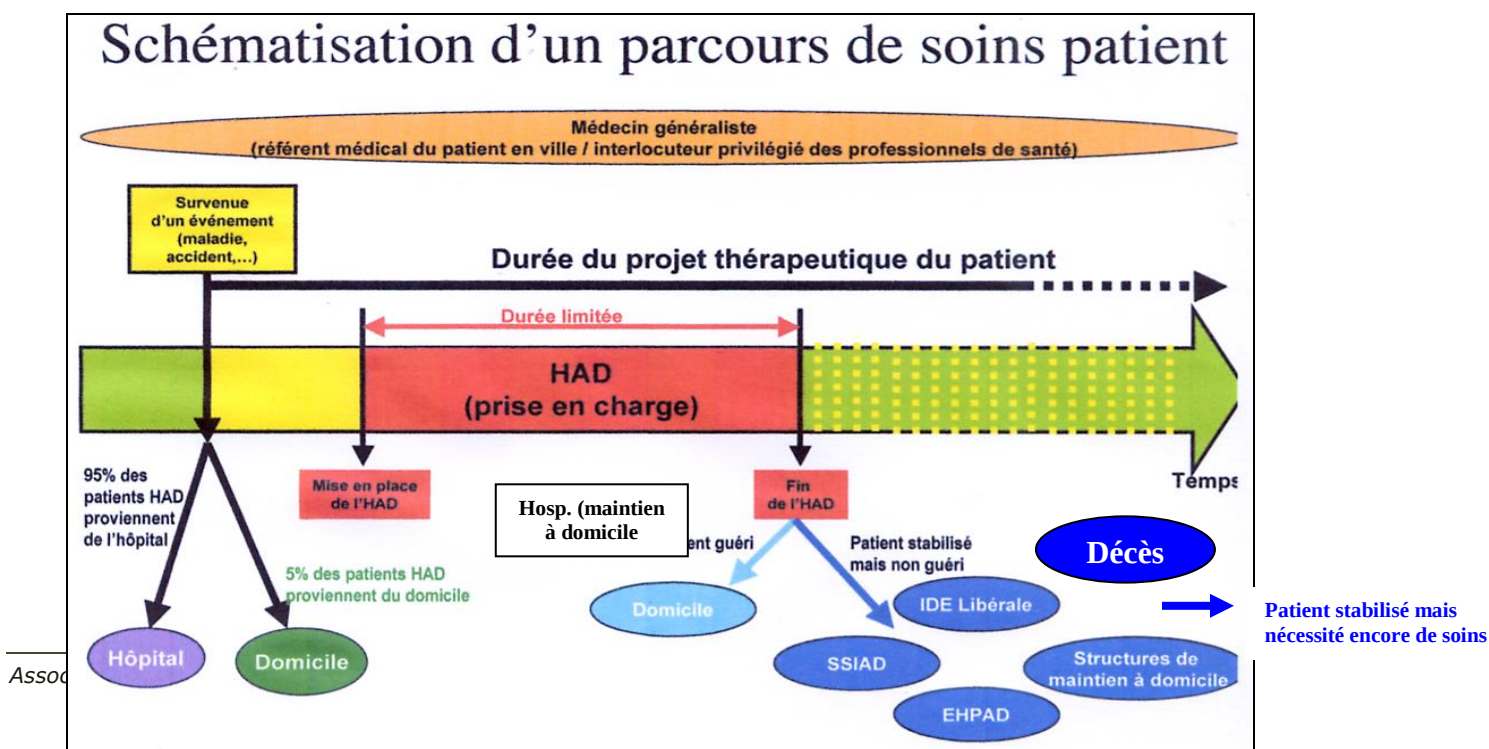
Médecins hospitaliers

La prise en charge en HAD permet une meilleure collaboration des services hospitaliers avec les professionnels intervenant à domicile. Le médecin hospitalier, s'il est prescripteur de l'HAD :

- Transmet les informations médicales lorsque le patient sort de son service,
- Elabore un projet thérapeutique en lien avec l'équipe HAD
- Est expert de la pathologie et organise avec la structure HAD la mise à disposition de procédures et protocoles thérapeutiques
- Peut être joint par le médecin traitant et s'engage à suivre le patient au niveau hospitalier et à le réhospitaliser si besoin.
- Les structures de santé de proximité partenaires du service

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 » mise à disposition au chevet du patient.

Le Centre Hospitalier Ste Musse, le HIA sainte Anne, le CH de Hyères, le CH de Brignoles... et de nombreux établissements sont tous conventionnés avec notre service.



Le projet médical s'appuie sur 5 axes

Axe 1 : Prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées avec volet spécifique EHPAD

Axe 2 : Soins palliatifs et fin de vie

Axe 3 : Infections neurologiques et évolutives ou post traumatiques

Axe 4 : Sorties précoces de chirurgie

Axe 5 : Pansements complexes/soins de nursings lourds

3-Axe 1 : Prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées avec volet spécifique EHPAD ».

Il s'agit de la prise en charge à domicile (y compris en EHPAD et en ESMS) de patients atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (démences par exemple), grabatairisés, dont l'état se décompense à l'occasion d'une affection intercurrente, créant des besoins de soins plus importants.

Cette prise en charge, limitée dans le temps 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.

Ce mode de prise en charge permettant d'éviter à des personnes âgées, souvent en perte de repère, une hospitalisation conventionnelle et de mettre en place des soins techniques lourds.

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...

Depuis Mars 2016, le guide méthodologique a été modifié et les modes de prise en charge des patients en EHPAD sont désormais identiques que ceux des patients pris en charge à domicile.

Cette modification nous a permis d'augmenter le nombre de prises en charge de patients âgés et handicapés en EHPAD.

Plus largement et parallèlement à l'évolution de la société, l'HAD SSV est sollicitée pour réaliser des soins chez des patients résidants dans d'autres lieux de vie que le domicile « classique » mais considéré comme tel : foyer-logement, maison paisible...

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

Les axes d'amélioration

- Poursuivre le développement des prises en charge en EHPAD
- Développer une action visant à développer un partenariat plus étroit entre MCO/Urgences et les HAD et les EHPAD
- Poursuivre la participation à l'ensemble des commissions gériatriques des EHPAD partenaires
- Développer les partenariats avec les SSIAD dans le cadre des prises en charges communes
- Développer une action de communication annuelle auprès des acteurs médico-sociaux PA/PH sur une thématique définie
- Développer les liens avec les ESMS PH afin de promouvoir et développer les prises en charge communes sur le champ du handicap

4-Axe 2 : Soins palliatifs et fin de vie

Cette prise en charge représente 14% de l'activité de l'HAD SSV.

Depuis sa création, l'HAD a toujours répondu favorablement à des demandes de prise en charge de patients en soins palliatifs et/ou pour accompagnement de fin de vie à domicile.

Par ses diverses actions (conventions avec réseau soins palliatifs, EMSP locale,) enveloppe soins palliatifs CPAM, intervention de psychologue, formations du personnel soignant...), l'Association s'efforce d'améliorer sans cesse la qualité de ce type de prise en charge.

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.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le patient comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.

Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. ».

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 actifs dispensés est ici de privilégier la qualité de vie et de soulager les symptômes du patient (et son entourage) dans une approche globale incluant la dimension psychologique et sociale. 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, IPAQSS, EPP, FEI...) ainsi que de l'évolution réglementaire et des recommandations de bonnes pratiques.

Les axes d'amélioration

- Développer les prises en charge soins palliatifs en HAD en accentuant les liens avec les services prescripteurs
- Réaliser au moins une EPP sur ce thème tous les 4 ans
- Mener une réflexion sur un soutien médical du médecin coordonnateur au médecin traitant, au regard des recommandations sur les soins palliatifs
- Mettre en place une dispensation d'informations autour des soins palliatifs par les médecins coordonnateurs auprès des soignants et de la coordination
- S'assurer de l'harmonisation des pratiques de prise en charge de la douleur au sein de l'établissement
- Mener une réflexion sur la mise en place de prescription anticipée 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
- Améliorer le fonctionnement du CLUD

5-Axe 3 : Affections neurologiques, évolutives ou post traumatiques

Les patients peuvent émaner de 2 types de filière, selon la pertinence des soins au regard de leur âge, de leur état médical et de leur situation sociale. L'évaluation globale multifactorielle du patient prend ici, tout son sens.

Filière directe HOPITAL

Le retour au domicile après un séjour hospitalier pour un problème de santé aigu peut présenter des difficultés amenant à prolonger les séjours des patients dans des unités d'hospitalisation dont ils ne relèvent plus.

L'HAD SSV doit pouvoir proposer une alternative et favoriser une réadaptation dans le lieu de vie du patient avec un entourage familial porteur.

Deux situations peuvent alors se présenter :

- Phase aigüe de récupération
- Phase tardive de maintien ou entretien

Filière post SSR

Il s'agit de répondre à des demandes de prises en charge de patients rendus très dépendants de façon brutale et durable.

Au domicile, la vie doit continuer avec la nouvelle donne du handicap. Le patient doit alors s'inscrire dans un nouveau projet de vie intégrant l'ensemble des intéressés en faisant appel à toutes les ressources du service d'HAD SSV.

Différentes typologies de patients sont retrouvées :

- Les patients en situation de post-AVC sortis de la phase aigüe. Le potentiel de récupération justifie de déployer des moyens rapides et durables en vue de progrès qui améliorent grandement la vie quotidienne du patient à domicile.

Le retour à domicile constitue alors un effet « booster » à utiliser pour pallier les risques de « décrochage » d'un patient âgé maintenu en institution sur une période plus prolongée.

- 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 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 lesquelles 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 opératoires. Il est alors préférable qu'ils soient au domicile pour une meilleure rééducation et une réadaptation. Dans ce domaine, on peut rapprocher les prises en charge des « syndromes de post-chute », même en l'absence de fracture, 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

- Développer les prises en charges des affections neurologiques, évolutives ou post traumatiques, en lien avec les partenaires hospitaliers (MCO, SSR, etc....)
- Présence des médecins coordonnateurs à la CME DES ssr du GIP COMET
- Développer des actions de communication et de sensibilisation auprès des kinésithérapeutes libéraux afin de développer leur intervention au domicile
- Participer à la mise en place d'un projet de filière en réponse d'aval afin d'anticiper la T2A en SSR
- Mener une action annuelle de communication sur cette thématique

6-Axe 4 : Sorties précoces de 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 est d'apporter les soins nécessaires directement au domicile du patient (prise en charge de la douleur par traitement spécifique, soins post-opératoire complexes...) tout en restant en lien étroit avec les services d'amont (transmissions, coordination...).

Des critères généraux d'admissibilité des patients transférables en HAD portent sur l'état médical du patient :

- 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) au rythme d'au moins 2 fois par jour
- 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

- Poursuivre le partenariat déjà engagé avec les services de chirurgie, principalement avec l'HIA Sainte Anne et le CHITS
- Développer les liens pour les autres pathologies chirurgicales (exemple : chirurgie digestive)
- Etablir des protocoles de sortie en lien avec les médecins hospitaliers
- Améliorer le retour d'information sur les prises en charge vers les médecins hospitaliers
- Mener une action annuelle de communication sur cette thématique

7-Axe 5 : Pansements complexes/soins de nursings lourds

La prise en charge des patients en pansements complexes au sein de HAD SSV représente actuellement 38% des journées en mode de prise en charge principale et 5% en mode de prise en charge associée avec une part croissante des admissions émanant des EHPAD.

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 « de plaies complexes et/ou multiples ou de complications de stomie, nécessitant une intervention de soins et de coordination de l'équipe soignante pluriquotidienne (ou >

30 minutes) ou nécessitant une réévaluation régulière de la stratégie thérapeutique incluant la prise en charge de la douleur ».

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 par hyperappui, troubles de la sensibilité aggravés par les troubles sphinctériens associés...
- Patients victimes de plaies traumatiques d'évolution défavorable
- Patients en post-chirurgie présentant un défaut de cicatrisation plus ou moins étendu (déhiscence, kyste sacro-coccygien...) ou chronique ou une complication locale infectieuse, nécrotique...
- Patients présentant des fistules compliquées (post-chirurgicales, post-radiothérapie, infectieuses, cancéreuses...)
- Patients atteints de cancer avec plaie néoplasique dans un contexte plus ou moins palliatif

Malgré cette diversité, la prise en charge des pansements complexes au sein de l'HAD SSV conduit à nous engager pour les 5 années à venir dans une démarche globale d'amélioration des facteurs de cicatrisation à visée thérapeutique mais aussi pronostic :

- Lutte contre la dénutrition (détermination du statut nutritionnel, conseils diététiques, compléments alimentaires)
- Lutte contre l'hyperpression sur les zones lésées par des changements de position fréquents, en repérant les saillies osseuses, éducation aux mobilisations du patient et de son entourage, analyse des conditions de transferts, source de blessure, mise en place de supports adaptés si nécessaires (matelas à air, coussin à bille, coussin anti-escarres...)
- Gestion des troubles sphinctériens urinaire et anal
- Lutte contre la sédentarité, programme de marche pour les artéritiques ou les insuffisants veineux
- Lutte contre la stase veineuse par la bonne mise en place de bas de contention chaque jour
- Prise en compte des zones cicatricielles anciennes : antécédents d'escarre, de chirurgie, de radiothérapie... sur la zone à cicatrifier.
- Concertation avec les différents intervenants médicaux sur les différents traitements pouvant ralentir la cicatrisation avec réflexion sur les bénéfices/risques (corticothérapie au long cours, AINS, antinéoplasiques, immunosuppresseurs, anticoagulants, psychotropes sédatifs...)
- Dans tous les cas, 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 confié par :

- Le strict respect du protocole de pansement du spécialiste demandeur et/ ou prescripteur et ce, dans le cadre de bonnes pratiques recommandées par l'HAS
- Si ce prescripteur n'existe pas, des conseils sur les pansements selon l'évolution de la plaie, possibles par la présence au sein de l'HAD SSV d'une référente pansement IDE.

- L'emploi de technique autorisé uniquement à l'hôpital ou en HAD selon les recommandations strictes de l'HAS : il s'agit là de la Thérapie par Pression Négative prescrite uniquement par certains spécialistes, pour un temps déterminé et dont le suivi de cicatrisation est assuré par un spécialiste.
- Une prise en charge coordonnée et multidisciplinaire incluant médecin traitant, médecin spécialiste, médecin coordonnateur HAD, IDE libéral / IDE salarié de l'HAD, référente HAD plaie et cicatrisation, pharmacienne HAD.
- La prise 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 qu'elles soient dues à la plaie elle-même, plus ou moins continues ou ponctuelles lors des mobilisations ou dues uniquement à la réfection des pansements

En dehors de la présence d'une IDE HAD référente en plaie et cicatrisation, la poursuite des efforts de formation en matière de cicatrisation passe la participation à une journée de formation ou à un congrès sur le sujet par l'un ou l'autre de nos médecins coordonnateurs. L'HAD SSV organise depuis 1 an dans son enceinte sous forme de petites sessions, des formations destinées aux infirmières libérales ou salariées prodiguées par notre IDE référente. A terme, le souhait serait de former une IDE référente plaie et cicatrisation sur les 3 antennes de l'HAD SSV.

Les axes d'amélioration

- Poursuivre le développement des prises en charge pansements complexes et soins de nursing lourd, en lien avec les partenaires hospitaliers
- S'assurer du respect du protocole de pansement du spécialiste demandeur et/ou prescripteur et ce, dans le cadre de bonnes pratiques recommandées par l'HAS
- 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
- Poursuivre les actions de communication sur cette thématique

Actions transversales

- Présence des médecins coordonnateurs dans les CME des partenaires hospitaliers
- Réponse systématique et inclusion des patients dans les 24-48h
- Mener une réflexion sur le développement de la télémédecine
- Mener une réflexion sur la mise en place d'une astreinte médicale au sein de SSV

PROJET DE SOINS

1-PREAMBULE

« Les structures dites 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.

Ces soins sont techniques (pansements, injections, perfusions, pompes à nutrition entérale ou parentérale...) auxquels s'ajoutent des soins de nursing et d'accompagnement souvent importants ainsi qu'une permanence permettant les interventions nocturnes.

Dans un souci permanent de permettre aux patients d'être soignés chez eux, dans leur environnement, la structure HAD Santé et Solidarité du Var a connu un accroissement significatif depuis sa création.

Garante d'une prise en charge de qualité, tout en obtenant l'adhésion et la confiance des prescripteurs, la structure examine scrupuleusement chaque demande d'admission, et tente de répondre aux nombreuses sollicitations qui lui parviennent. Pour ce faire et au-delà des techniques en tant que telles, certaines conditions sont requises pour exécuter des soins corrects et de qualité. L'équipe de coordination s'assure de l'existence de cette adéquation.

La forte croissance que connaît l'HAD en France devrait perdurer dans les années à venir, répondant ainsi aux besoins des usagers, des professionnels de santé, et aux attentes des pouvoirs publics.

Aussi, afin de remplir notre mission, et continuer à dispenser des soins de qualité, cadrés et sécuritaires, plusieurs axes de travail sont proposés dans le développement ci-dessous.

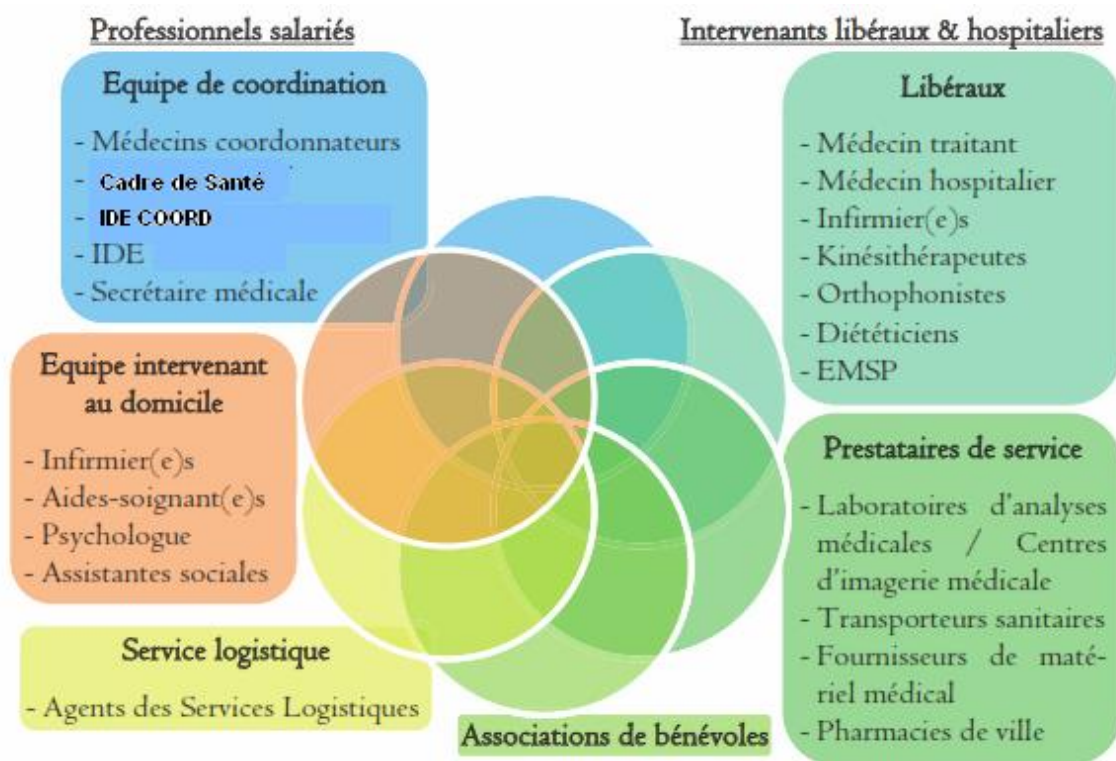
Le projet de soins de l'HAD SSV développe les objectifs à moyen terme que le service souhaite mettre en œuvre pour :

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

Le projet de soins décline les axes du projet médical en rendant ce dernier transversal (quel que soit les modes de prise en charge) et opérationnel pour les équipes paramédicales et les services de support (logistique, psycho-social, etc.)

2- ORGANISATION GENERALE DU SERVICE

SCHEMA DE L'ORGANISATION DU SERVICE



Au quotidien, le service HAD est une équipe pluridisciplinaire qui mobilise ses efforts pour offrir aux patients une prise en charge globale.

LA COORDINATION PARAMEDICALE

Les services de soins de l'HAD SSV sont supervisés par le cadre de santé et la Directrice des Soins

Sous la responsabilité de la Directrice des Soins et du Cadre de Santé, la coordination des soins paramédicaux est assurée par des Infirmiers Coordinateurs, eux-mêmes assistés par des infirmiers (chargés du Suivi et qualité des soins pour les antennes).

Les soins sont réalisés à domicile par les infirmiers salariés et/ou libéraux, aides-soignants salariés, professionnels de santé dont certains sont identifiés comme référents sur certaines spécificités.

- Directrice des Soins
- Cadre de santé
- IDE Coordinateur
- IDE admission / suivi soin
- IDE salarié

Assurent le 24h24 par le biais de garde et/ou de permanence au domicile.

- IDE hygiéniste / médecin hygiéniste
- Partenaires libéraux

IDE, kinésithérapeute, ergothérapeute... sont sous convention de partenariat avec l'HAD SSV. Une Lettre de Mission est rédigée pour les IDE libéraux par la cellule de coordination, afin de déterminer les actes à réaliser et leurs cotations en regard.

En effet, l'intégration d'un partenariat libéral plus conséquent dans notre organisation future est devenue notre objectif prioritaire en termes d'organisation.

Cette stratégie de développement devra bien sûr s'accompagner par un renforcement des équipes de coordination et plus particulièrement des IDE chargés du suivi et de la qualité.

Le contrôle par le cadre de santé de toutes les lettres de missions a pour objectif de superviser l'aspect médico-économique de la prise en charge

- Aides-soignants
- La coordination psycho-sociale

Pour répondre aux objectifs de la DGOS et aux attentes de la population varoise, notre objectif est d'atteindre en 2023 près de 248 patients/jour.

Afin d'atteindre cet objectif, l'Association SSV a créé en 2016 un Département chargé du Développement et des relations avec les partenaires hospitaliers et les ESMS.

Ce service qui compte en 2018 deux salariés (un responsable du service et un chargé des relations) a 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).

LES OUTILS DE LA COORDINATION DES SOINS

Depuis le dernier projet d'établissement, la coordination s'est améliorée grâce aux transmissions en temps réel par l'équipe du terrain par l'intermédiaire des Smartphones mis en place. Ce qui permet une actualisation réactive des dossiers informatisés.

Chaque salarié et libéral peut aussi avec un code d'accès individuel et secret se connecter de chez lui au Module At'Home Domicile.

Les informations collectées permettent à la fois de coordonner la prise en charge et de constituer une base de données complète sur l'évolution du séjour du patient au sein de l'établissement. Il permet d'assurer la continuité, le contrôle, l'organisation et la planification des soins.

Une réévaluation régulière du dossier avec les soignants et la cellule qualité est faite.

Transmissions hebdomadaires soignants

Les soignants doivent 1*/semaine le Lundi effectuer des transmissions hebdomadaire a la cellule de coordination, à l'aide d'une trame faite par la CDS.

Les informations sont insérées dans le dossier de soin patient informatises ce qui permet de avoir en temps réel les informations sur l'état général du patient

Les staffs hebdomadaires

Une réunion de suivi hebdomadaire (médecins, IDEC...) est réalisée. Elle permet un échange entre les médecins coordonnateurs, les IDE coordinatrices... sur l'état de santé des patients.

Réunion d'équipe pour le personnel soignant

La réunion d'équipe en moyenne une fois par semaine permet de faire un point sur l'état des patients, les difficultés que rencontrent les équipes sur le terrain, du temps de formation...

3-DESCRIPTIF GENERAL DU SERVICE

L'ADMISSION DES PATIENTS EN HAD SSV

Les dossiers qui arrivent à l'HAD SSV sont traités par le médecin coordonnateur, le cadre de santé et les IDE coordinateurs et l'admission est validée par le Directeur.

L'inclusion d'un patient « requérable » en HAD doit se faire dans les 24h/48h.

Le projet thérapeutique élaboré par le médecin traitant et le médecin coordonnateur de l'HAD SSV est ensuite mis en œuvre. Le médecin coordonnateur de l'HAD, référent du patient, est le garant de sa bonne application. Le projet thérapeutique est la conséquence d'une évaluation pluridisciplinaire, au niveau médical, paramédical, matériel, social et environnemental.

L'ensemble des soins médicaux, la fréquence des interventions sur 24 heures et leur nature, sont décidés puis réévalués s'il y a lieu. Le but est d'atteindre au mieux les objectifs recherchés, en termes de résultats thérapeutiques, de lutte contre la douleur, ou tout autre symptôme tels que la perte d'autonomie, les effets secondaires dus à certains traitements spécifiques, l'inconfort consécutif aux maladies graves... L'HAD SSV coordonne une prise en charge médicale se fondant sur les acteurs internes et externes pour une médecine au service du patient.

CONDITIONS D'ADMISSION

Consentement des 3 parties

La première condition pour qu'une prise en charge en HAD SSV puisse se mettre en place repose sur un consensus contractualisé entre le patient et sa famille (ou la personne de confiance), le médecin traitant et l'HAD SSV. Lors de sa prise en charge en HAD, le patient est un acteur éclairé dans un cadre défini. En effet, 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.

La prise en charge n'est possible que pour les patients ayant un entourage (familial ou non) présent 24h/24. Un projet thérapeutique est alors élaboré en concertation avec le médecin coordonnateur de l'HAD SSV et le médecin traitant du malade afin de définir les objectifs médicaux du séjour.

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.

Critères géographiques, socio-économiques et situation psychologique de l'entourage

Le service HAD SSV intervient actuellement (cf. carte du secteur géographique d'intervention de l'HAD SSV). Selon l'arrêté du 16/3/2007 et du décret du 5/10/2007, sur l'ensemble du Var Ouest, l'HAD intervient depuis 2007 auprès de patients hébergés en EHPAD pour des soins bien spécifiques en collaboration avec l'équipe soignante en place.

PREADMISSION

Toute demande arrivant au service est enregistrée par le secrétariat. Quelle que soit son origine (entourage, médecin traitant, médecin hospitalier...), elle donne naissance à la création d'un dossier informatique, permettant, ultérieurement, une évaluation des demandes, de leur pertinence mais également d'apprécier les délais de prises en charge. Si la demande correspond aux critères d'admission en HAD SSV, une « fiche d'admission » est établie et transmise immédiatement pour avis au médecin coordonnateur qui se prononce sur les suites à donner.

Tant que possible une visite en service et/ou au domicile est organisée afin de :

Formaliser le transfert en collaboration avec les personnels du service d'origine.

Présenter le service, son fonctionnement et ses limites aux patients et/ou son entourage.

Récupérer les informations de type administratif.

Prévoir le matériel à mettre en place (lit médicalisé, fauteuil, lève-malade, pompe d'alimentation...) et l'intégrer dans le lieu de vie du patient afin de s'assurer que ce lieu de vie dispose du confort nécessaire à la prise en charge d'un patient en HAD (électricité, eau, chauffage, téléphone...).

Evaluer l'état psychologique de l'entourage face à la maladie du patient. L'accompagnement psychosocial durant l'hospitalisation à domicile est essentiel car l'entourage vit des situations difficiles.

Afin de renforcer la communication faite pour informer les patients et leur entourage, un livret d'accueil leur est remis (ce dernier a été mis à jour en 2012).

ADMISSION

Le jour de l'admission du patient en HAD SVV, 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.

La cellule de coordination va planifier les soins en fonction des besoins de chaque patient et sera réévalué dès que nécessaire.

Le médecin traitant est informé par le secrétariat du retour au domicile de son patient afin qu'il puisse programmer un passage dans les 48h au domicile.

Les axes d'amélioration

- Participation du cadre de santé aux réunions cadres des acteurs hospitaliers partenaires
- Participer à l'ensemble des commissions de gériatrie
- Participer aux expérimentations/projets innovants définis dans le Projet Régional de Santé
- Améliorer notre réactivité de prise en charge d'un patient dans les meilleures conditions
- Poursuivre la mise en place de protocoles spécifiques de soins en partenariat avec le CHITS et HIA (cardio-chirurgie thoracique)
- Poursuivre le partenariat avec les EHPAD et axer le développement de l'activité avec les ESMS (SSIAD, MAS, FAM....)
- Optimiser le suivi du patient au domicile, en lien avec tous les intervenants, notamment les partenaires libéraux
- Optimiser le département « Développement et relations avec les établissements » au sein des hôpitaux du secteur Var Ouest Poursuivre les actions d'information/sensibilisation sur le partenariat HAD/Libéraux (exemple « les pauses déj » thématiques, etc.).
- Développer les ressources en interne dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge et du lien avec les partenaires extérieurs (démultiplication du savoir par le biais de réunion d'information, rédaction de protocoles, participation aux instances, ...)
- Proposer aux patients des programmes d'éducation thérapeutiques validés par l'ARS PACA en lien avec nos partenariats hospitaliers
- Réfléchir sur l'implantation de relais des antennes sur les secteurs excentrés auprès des maisons de santé en lien avec les partenaires libéraux, en lien avec l'ARS PACA
- Améliorer la communication inter services par le biais de la mise en place d'agendas partagés (co/relation extérieures/responsable d'antenne/CDS/Médecins pour les admissions/réadmissions)

1-POLITIQUE DU DOSSIER PATIENT

Le dossier patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, au sein du Service d'Hospitalisation A Domicile SANTE ET SOLIDARITE DU VAR.

Le dossier patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients.

Le dossier patient contient :

- Le dossier administratif
- Le dossier médical
- Le dossier paramédical : dossier de soins

Le Dossier Patient permet 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.

Outil de partage des informations, il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

Des règles de tenue, de classement, de stockage pendant la prise en charge mais également des règles d'archivage et de communication du Dossier Patient sont formalisées et disponibles à tout le personnel dans la Gestion documentaire.

Le Dossier patient est évalué à périodicité définie. Cette évaluation a pour objectif d'améliorer la tenue des dossiers de soins et s'inscrit dans la logique d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des soins.

Pour ce faire, des critères permettant d'apprécier la qualité de la tenue de ce dossier ont été élaborés. La grille proposée est celle utilisée dans le cadre des IPAQSS.

La méthodologie d'évaluation mise en place à Santé et Solidarité du Var s'inscrit dans une démarche d'évaluation continue permettant de mesurer les évolutions du dossier de soins.

Tous les deux ans, le dossier de soins fait l'objet d'une évaluation dans le cadre de l'audit IPAQSS. Cette évaluation est menée conjointement par le cadre de santé, les secrétariats et le service qualité.

De plus, des tableaux de suivi des éléments constitutifs des dossiers administratifs, médical et soins sont tenus et mis en place au niveau des secrétariats.

Un suivi des pièces du dossier de soins en cours de prise en charge est également réalisé par les secrétariats

DOSSIER PATIENT INFORMATISE (DPI)

Le projet Dossier Patient Informatisé est inscrit au Schéma Directeur du Système d'Information 2013-2017. Le « DPA ATHOME » = DPI rassemble toutes les données informatiques médicales/paramédicales/logistique/social/psychologue.... Du patient

Il est alimenté par toutes les transmissions des soignants au domicile, les staffs pluridisciplinaires

Un projet de déploiement du module de prescription est en cours permettant ainsi de sécuriser de manière optimale le circuit du médicament.

Des fichiers associés permettent d'assurer une trace informatisée des documents papier (prescription-diagrammes e soins-projet personnalisé...).

Une procédure de gestion du DPI est en cours de réflexion.

LES AXES D'AMELIORATION

- Veiller à la conformité de la traçabilité du dossier de soin, par le biais de contrôle (cellule DSI)
- Axer sur le développement de l'informatisation du Dossier Patient et déploiement à l'ensemble des partenaires

2-POLITIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Définition de la politique d'Amélioration de la qualité de prise en charge de la douleur

La direction, en concertation avec la CME et le CLUD, définit la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur, conformément à :

- **La circulaire n°DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.**
- **Au manuel de certification de la HAS : référence 12 Prise en charge de la douleur.**

Cette politique s'adresse et s'applique à tous les professionnels de santé impliqués dans l'organisation fonctionnelle de la prise en charge de la douleur du patient accueilli au sein de l'Association SANTE ET SOLIDARITE DU VAR

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.

Le rôle et les missions du CLUD sont définis dans le règlement intérieur de ce comité.

Les objectifs de la politique :

a. L'information des usagers : le contrat d'engagement de la douleur

Dans le cadre de la prise en charge de la douleur, il convient de rappeler qu'une information écrite doit être fournie à la personne malade dès son arrivée.

Le livret d'accueil qui lui est remis, contient la charte du patient hospitalisé et **le contrat d'engagement contre la douleur**.

Au sein de l'Association SANTE ET SOLIDARITE DU VAR, nous nous engageons à prendre en charge la douleur de tous nos patients.

Le personnel soignant est formé **à mesurer l'intensité de la douleur** et à **éviter toute douleur à l'occasion des soins qui sont prodigués aux patients.**

Lutter contre la douleur c'est surtout proposer aux patients, en lien avec le médecin traitant, des traitements adaptés.

Les difficultés psychologiques en lien avec la douleur sont prises en compte et il est possible de rencontrer un psychologue de SSV.

b. Le programme de prise en charge de la douleur à SSV

Il est établi par le CLUD annuellement.

c. L'information et la formation continue des professionnels

L'objectif est double :

- Favoriser le développement d'une formation qui permet aux professionnels de faire face au quotidien à la douleur des patients
 - Favoriser l'amélioration de la prise en charge de la douleur aiguë et/ou chronique, physique ou psychique
- d. La mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur

LES AXES D'AMELIORATION

- Réflexion sur la modification des échelles de la douleur pour une meilleure évaluation
- Rapprochement de l'EMSP de BRIGNOLES pour échange de pratiques et amélioration de la prise en charge palliative
- Réflexion sur l'extension des tournées de nuit sur l'ensemble du territoire.

3-OBJECTIFS EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS

Organisation générale

L'organisation en matière de lutte contre les infections Associées aux soins est définie par la CME en concertation avec le CLIAS et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins désigné au sein de l'établissement.

L'établissement dispose d'un praticien en hygiène hospitalière et une Équipe Opérationnelle d'Hygiène est désignée et connue du personnel.

Elle met notamment en œuvre le programme d'actions défini en CME, et informe les instances et le personnel.

L'EOH s'assure de la mise à disposition et de l'actualisation des protocoles/procédures/plaquettes d'informations liés à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux. Elle s'assure du respect des règles d'hygiène dans l'organisation du parcours des consommables, des médicaments, et des matériels.

Les membres de l'EOH participent aux réunions de et sont en lien permanent notamment en cas de besoin d'avis spécialisé.

Le Comité de lutte contre les infections Associées aux soins (CLIAS) se réunit périodiquement pour suivre l'avancement des actions menées par l'EOH.

Des bilans réguliers sont effectués et présentés à la CME et un rapport annuel est établi et diffusé.

Indicateurs :

- Désignation du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- Nombre de réunions EOH / CLIAS / GT

Programme et bilan annuels

Chaque année, un bilan des actions menées et un bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales est établi par le CLIAS et l'EOH et est validé par la CME. Il en est de même pour le programme d'actions de l'année à venir. La CDU est consultée pour avis sur l'élaboration de ce programme, qui fait ensuite l'objet de diffusion au CHSCT pour information.

Des indicateurs de suivi sont dans la mesure du possible déterminés.

LES AXES D'AMELIORATION

- Poursuivre la politique engagée dans la prévention du risque infectieux

7-ETHIQUE ET DEONTOLOGIE

L'HAD SSV intervient dans une situation médicale précise et dans un contexte relationnel médecin-patient-entourage déjà installé. La connaissance et la confiance mutuelle de cette relation doit être prise en compte et doit être préservée.

Elle veillera, par les conseils d'accompagnement qu'elle peut être amenée à prodiguer, à ne pas créer de doute dans les esprits ou instaurer la confusion dans les responsabilités de chacun.

L'ensemble du personnel soignant et tous les intervenants au domicile du patient sont tenus à la discrétion et doivent traiter des interrogations éventuelles sur la prise en charge avec le cadre de santé ou le médecin coordonnateur, évitant ainsi toute attitude risquant de déstabiliser le patient et/ou l'entourage ; les mises au point éventuelles devant se faire entre professionnels.

Les décisions thérapeutiques doivent être prises en cohérence avec le projet personnalisé de soins autour duquel est construite la prise en charge.

L'HAD SSV, de par son expérience, peut faire des propositions pour optimiser les attitudes au regard des critères de bonne pratique médicale qu'elle doit promouvoir.

La prise en charge des patients en phase palliative de leur maladie (et les phases terminales) ouvre à des situations complexes sur lesquelles on ne peut proposer d'attitude standard et qui peuvent donc conduire à un questionnement éthique.

Ici, toute l'attention est portée sur l'analgésie et les soins de confort. La législation permet d'instaurer un cadre garantissant les bonnes pratiques médicales et le respect des droits des patients.

Au vu de la spécificité du domicile, il a été décidé de créer au sein de Santé et Solidarité du Var, un Comité Ethique.

Le Comité Ethique a donc été créé en 2017 avec 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

DROITS ET DEVOIRS

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 2012–2016 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, ANESM...) 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 dans l'éventualité d'une situation de fin de vie
- 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 passera 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 et le règlement de fonctionnement général pour les patients du SSIAD SSV
- Le livret d'accueil pour les patients de l'HAD SSV (chapitre 3) et ses 8 annexes :

-  Accords et autorisations
-  Contrat engagement douleur
-  Charte du patient hospitalisé
-  « Zoom sur vos droits » instauré par la FEHAP
-  Recommandations en hygiène au patient et à son entourage

- + Information Risque Escarre
- + Communication Indicateurs Qualité
- + Présentation des instances - Plaintes et réclamations
- Les documents affichés au sein de nos locaux :
 - + Règlement intérieur
 - + Charte des valeurs de la FEHAP
 - + 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
 - + Charte des droits et libertés de la personne accueillie

PILOTER ET EVALUER LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS

Le pilotage : la CDU en première ligne

La CDU représente l'outil de pilotage institutionnel principal en charge du respect des droits des patients. Elle facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables et professionnels de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

L'évaluation : des outils internes, des audits externes

- Le questionnaire de satisfaction du patient et/ou de l'entourage en fin de séjour
- Le registre des plaintes et recours
- Les procédures de certification (HAS, ANESM)

LES AXES D'AMELIORATION

- 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 usagers
- Poursuivre la mise sous assurance qualité des processus de soins
- Actualiser et/ou réviser le livret d'accueil patient
- Créer un questionnaire de satisfaction spécifiques aux prises en charge en EHPAD, au regard de la forte part d'activité (20 %)

2-BIENTRAITANCE ET MALTRAITANCE

Pour le dictionnaire Larousse la maltraitance correspond à des « mauvais traitements envers une catégorie de personnes (enfants, personnes âgées...) ».

L'encyclopédie Universalis nous précise que « [...] considéré en français comme un néologisme jusque dans les années 1990-1995, ce terme commence en réalité à être utilisé dans le langage courant dès le début des années 1980. Les médias s'emparent du mot, à la suite des professionnels concernés, qui en font évoluer le sens de la notion de sévices à celle de carences et de négligences, jusqu'à l'approche récente des abus sexuels.

[...] Le sentiment que la maltraitance est largement répandue n'est pas étranger à l'arrivée d'un autre néologisme, que notre société s'approprie aujourd'hui avec une rapidité imprévue : celui de bientraitance. »

Pour appréhender le sujet il convient de répondre aux questions suivantes :

- Quoi ?
- Sur qui et par qui ?

- Comment ?
- Pourquoi, pour quoi ?

Il n'existe pas de définition juridique stricte de la maltraitance.

L'encadrement de ce « fait social » revêt une multitude de réalités et d'approches qui se traduisent par une grande diversité de textes et de sources de droit qui abordent, directement ou indirectement ce sujet.

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 civique : cette catégorie concerne la violation des droits élémentaires du citoyen (détournement de procuration, privation de papiers d'identité, enfermement)

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

3-LE RESPECT DES LIBERTES INDIVIDUELLES

La contention est une pratique qui porte atteinte à la liberté d'aller et venir, elle expose le patient à de nombreux risques, et elle peut soulever des problèmes éthiques ou déontologiques. Le recours à la contention doit rester exceptionnelle et mise en place après avoir analysé le « bénéfice-risque ». Elle doit être utilisée lorsque les autres alternatives ont été un échec.

« Le moins souvent possible, le mieux possible, le moins longtemps possible ».

La contention physique comprend :

- La contention posturale, utilisée dans les traitements orthopédiques et rééducatifs (plâtre, attelles, corsets...)
- La contention active, utilisée par le kinésithérapeute dans la rééducation à la verticalisation ou à la marche.
- La contention physique passive s'effectue avec du matériel qui empêche ou limite la mobilisation volontaire (totale ou partielle). Elle a pour but de sécuriser un patient lorsque sa mobilité peut être dangereuse. Cette contention est obtenue par l'utilisation :
 - De gilets, attaches de poignets ou de chevilles, ceinture
 - Sièges gériatriques, sièges adaptables fixés
 - De barrières de lit
 - Du matériel détourné de son usage (drap, vêtement...)

La crainte de la chute est le principal motif d'utilisation d'une contention en HAD. La déambulation excessive et l'agitation sont les deux autres motifs le plus souvent retenus.

Ces motifs invoqués sont des symptômes mais ne sont pas des indications car la cause n'est pas recherchée d'emblée.

Les publications scientifiques faites sur le risque de chute montrent que les chutes sont plus fréquentes chez les patients soumis à une contention (17% versus 5% chez les patients sans contention) et que ces chutes sont toujours plus graves.

LES DANGERS DE LA CONTENTION

Les publications médicales effectuées dans ce domaine montrent que la contention :

- Augmente le risque d'infection nosocomiale.
- Augmente le risque de chute grave.
- Peut faire apparaître un syndrome confusionnel ou une agitation.
- Favorise l'apparition d'escarres, de fausses routes, de contractures.
- Favorise la perte de masse osseuse et musculaire.

Concernant les barrières de lit, le patient tentant de se lever cours plus de risque de chute grave si les barrières de lit sont installées. Par ailleurs le patient cours un risque de strangulation et d'asphyxie si en tentant de se lever il glisse entre le matelas et la barrière.

DECISION DE LA CONTENTION

Elle nécessite une réflexion multidisciplinaire et elle implique :

- Une connaissance du risque liée à la contention.
- Une évaluation régulière.
- Une prescription médicale motivée.

L'indication de la contention est portée par le médecin prescripteur après discussion avec les différents soignants intervenants, lorsque les autres alternatives ont échouées et après étude du « bénéfice-risque ».

L'INFORMATION DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE

Le patient et son entourage sont informés et un consentement sera recherché et tracé dans le dossier de soins. La prise en charge en HAD ne permet pas d'assurer une surveillance des risques et des besoins de contention de façon permanente, la présence de l'entourage est indispensable. Dans le même esprit la volonté de ne pas attacher un patient, fera l'objet d'une information de l'entourage pour expliquer le risque et participer à la surveillance.

LA PRESCRIPTION

La contention doit faire l'objet d'une prescription médicale tracée dans le dossier de soins, elle est horodatée et précise les motifs de la contention. La surveillance et l'évaluation de la contention sont faites quotidiennement. La mise en place des contentions ne se fait que sur prescription médicale du médecin traitant et/ou médecin prescripteur.

LA PREVENTION

Est faite par :

- Le choix d'un matériel adapté au type de contention, au patient, et à son état cutané.
- La surveillance, journalière, doit faire l'objet d'une traçabilité dans le dossier de soins.
- Surveillance respiratoire.
- Prévention d'escarre sur les points d'appui et les points d'attaches.
- Etat d'hydratation.
- La continence.
- Surveillance psychologique et des facteurs environnementaux.
- Arrêt de la contention

Elle sera prescrite au cours de la réévaluation journalière et elle fera l'objet d'une information du patient et de son entourage. Elle sera inscrite dans le dossier de soins pour information à tous les intervenants de l'HAD.

LA SPECIFICITE DES BARRIERES DE LIT

C'est pratiquement le seul moyen de contention utilisé en HAD. Elles sont considérées par le législateur comme un moyen de contention. Il faut savoir qu'en cas de risque de chute, la mise en place d'un lit médicalisé de type Alzheimer peut être mis en place par nos prestataires et être ainsi une alternative à la contention.

Cette alternative doit être systématiquement recherchée par les infirmiers coordinateurs au cours des visites d'admission et de réévaluation. En effet le lit Alzheimer permet de positionner le plan du matelas à 10 cm du sol et d'éviter ainsi les chutes graves.

PROJET DE DEVELOPPEMENT ET RELATIONS AVEC LES HOPITAUX, ESMS ET MEDECIN DE VILLE

1-Préambule

Un objectif stratégique national fixe un nouveau taux régional plancher de recours de 30 à 35 patients par jour pour 100 000 habitants, soit un doublement des capacités d'accueil à l'horizon 2018 des HAD de France.

L'objectif pour le Var est de 326 places d'HAD en 2022, soit une progression de 40-60 places en 5 ans.

La DGOS portera une attention particulière au devenir des structures d'HAD qui, en dépit d'un potentiel significatif, n'ont pu faire progresser le recours à l'HAD sur leur territoire.

Sans engagement express de développement, elles ne pourront être aptes à rendre efficacement le service attendu sur le territoire qui leur est dévolu et il faudra, dès que possible, en tirer les conséquences,

Le risque majeur pour l'Association SANTE ET SOLIDARITE DU VAR est donc la création d'un autre HAD dans le Var, en l'absence de résultats.

Compte tenu des objectifs quantitatifs fixés par la DGOS (Direction Générale de l'Organisation des Soins), nous devons atteindre impérativement un niveau d'activité de 260 places pour la fin de l'exercice 2022.

Notre stratégie repose sur la poursuite et le développement de notre partenariat fléché et étroit avec le CHITS, l'HIA Ste Anne, le CH de Hyères, le CH de Brignoles, les établissements sociaux et médico-sociaux, le GIE Sainte Marguerite, ...

La présence quotidienne des prestataires de matériel médical, des franchisés « santé de soins » dans les établissements de santé ne nous facilite pas « la tâche ».

Dans ce contexte, le Conseil d'Administration de Santé et Solidarité du Var a validé sur proposition du Directeur en 2016 la création d'un poste de Responsable des Relations avec les partenaires afin notamment d'assurer notre présence régulière au sein des structures afin de tisser des liens de confiance mais également d'assurer un feed back régulier du suivi du patient au praticien hospitalier prescripteur.

D'autres actions sont mises en œuvre depuis plusieurs années visant à :

- Améliorer notre capacité de réactivité et de réponse favorable à l'ensemble des demandes qui relèvent de l'HAD.
- Participer aux instances internes des CH (CME, réunion Direction des soins.....)
- Participer à l'ensemble des commissions gériatriques EHPAD
- Faire évoluer nos organisations et notre capacité à nous adapter aux changements....

2-Présentation générale du service

Le Département en charge du développement de l'activité, des liens avec les établissements partenaires et en charge des actions de communication, créé en 2016 avec le recrutement d'un poste de Responsable des relations avec les partenaires et face au bilan plus que positif s'est vu étoffer en 2017. En effet, un poste supplémentaire axée en particulier sur le développement des partenariats avec les ESMS et EHPAD a été recruté et pérennisé fin d'année 2017.

Des **partenariats « privilégiés »** avec l'HIA St Anne, le CHITS, le CH de Hyères, le CH de Brignoles et les nombreux EHPAD se sont créés et se poursuivent au cours de l'année 2018 et de nouvelles collaborations sont entérinées.

3-Les projets

Deux axes seront principalement développés au cours des 5 prochaines années :

- **Un axe relatif au développement :**

- Activité
- Réponse d'aval à l'hospitalisation
- Inclusion dans les 24h (si possible compte tenu de la prise en charge)
- Activité des EHPAD

- **Un axe relatif à la Communication :**

- Information /formation en lien avec l'ODPC

LA LOGISTIQUE ET TECHNIQUE- LE PARC AUTOMOBILE

1-La gestion des équipements au domicile du patient

SSV s'est engagé dans une gestion efficiente 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 au domicile 24h/24 7 jours sur 7 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.

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.

Lorsqu'il y a déjà du matériel en place au moment de la prise en charge, le complément, si besoin en est, doit être dans la mesure du possible installé par le prestataire déjà présent sous réserve qu'il soit conventionné.

En cas d'impossibilité de conventionner un prestataire, une organisation de relais est mise en place : le retrait et la nouvelle installation sont coordonnés en accord avec le patient et /ou son entourage afin de limiter au maximum les désagréments d'un changement.

En ce qui concerne les consommables, SSV est adhérent à une centrale d'achat la CAHPP (centrale d'achat des hôpitaux publics et privés) lui permettant d'avoir accès un catalogue très large de produits.

Le référencement d'un nouveau DM est soumis à l'approbation du directeur sur proposition du pharmacien coordonnateur. Des essais ont toujours lieu au préalable afin de tester la fiabilité et la sécurité des nouveaux produits.

Pour certains dispositifs non référencés, des offres de prix en gré à gré peuvent être signés si cela s'avère nécessaire pour certaine prise en charge.

Les équipements et les consommables de qualité sont un gage de sécurité pour la réalisation des soins et une prise en charge optimale des patients.

2-L'organisation générale

Le service logistique est supervisé par le pharmacien coordonnateur. Il est assisté par le responsable logistique qui encadre l'équipe de logisticiens.

Le service logistique est situé au niveau au siège de l'Association ainsi qu'à la Direction Générale. Il est accessible par badge avec des niveaux différents d'accès..

Il est scindé en deux parties : une partie administrative et une partie stockage.

Un stock tampon a été mis en place au niveau des deux antennes dans une pièce de stockage dédiée

Les commandes aux fournisseurs sont sous la responsabilité du responsable logistique.

Les marchandises sont réceptionnées dans un lieu dédié, leur réception est enregistrée informatiquement (traçabilité exhaustive des lots et des péremptions) puis elles sont rangées dans la pièce de stockage.

Le stockage est organisé selon la méthode FIFO.

Les commandes des soignants sont ressaisies manuellement par les logisticiens dans le logiciel Athome® pour permettre une traçabilité des demandes et des préparations.

Le picking est organisé avec un système de gestion par emplacement. Le logisticien qui prépare une commande prend un bon à préparer, les produits étant classés par zone successive. et fait une fois le tour du stock.

Les colis sont préparés et stockés sur des armoires métalliques dans deux espaces distincts, l'un accessible aux soignants, l'autre aux livreurs.

Le service logistique assure également la gestion des équipements mis en place par les prestataires conventionnés. Cette gestion concerne la mise en place, les interventions si besoin en est ainsi que le retrait du matériel en fin de prise en charge.

Pour pallier aux demandes urgentes, un stock d'équipement de secours et de consommables est accessible pour les soignants 24h/24 7j/7 sur les 3 sites. Tout matériel pris doit faire l'objet d'une traçabilité écrite dans Athome® pour permettre un réassort le plus rapide possible. Un contrôle systématique des équipements est fait en fonction d'une fréquence définie.

Pour chaque patient pris en charge, une tour de rangement de consommables est livrée au domicile le jour de l'admission, permettant un stockage ad hoc des dispositifs tout au long de la prise en charge. En fin de séjour, la tour ainsi que les DASRI sont collectés au domicile du patient et ramenés à SSV. Les DASRI sont éliminés suivants la réglementation en vigueur et les tours sont nettoyées dans la salle de désinfection.

Bilan du Projet d'établissement 2013-2017

Le Projet d'établissement (PE) 2013-2017 avait défini 3 objectifs sur le thème logistique et technique.

L'un d'entre eux concernait l'optimisation de la gestion du parc automobile et ne sera pas évoqué dans ce point. Les deux objectifs fixés par la direction étaient les suivants :

- Réorganiser le service logistique afin d'assurer la collecte des **Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux (DASRI)**
- Mettre en place des camions dédiés à la livraison des consommables et à la récupération des déchets DASRI

Ces deux objectifs ont été assortis d'indicateurs sur le nombre de magasiniers en charge de la collecte ainsi que le nombre de camions mis en place.

Deux camions ont fait l'objet d'une acquisition en 2013 avec un aménagement spécifique ad hoc pour la collecte des DASRI. Les camions ont été compartimentés pour permettre une livraison des consommables ainsi qu'une collecte des DASRI de manière concomitante dans un esprit d'optimiser les tournées des livreurs.

Deux chauffeurs ont été embauchés avec une mise en place des collectes à partir de décembre 2013.

La collecte des DASRI et la livraison des consommables a été organisées sur le principe d'un passage tous les 15 jours avec des secteurs prédéfinis. L'organisation des tournées incombaient au responsable logistique.

Il a été décidé fin 2014 d'externaliser cette activité en dehors de l'Association SSV avec la création d'une société de type SASU **Sante Dasri Environnement SDE**.

Une période de transition entre janvier et mars 2015 a permis d'organiser le relais entre les deux structures avec la mise en place d'une convention définissant les engagements de chacun, SDE étant un prestataire pour SSV.

Depuis, une réunion annuelle est faite chaque année pour faire un bilan des difficultés respectives de chaque partie et de proposer des solutions dans une optique d'amélioration continue de la qualité

Les axes d'amélioration

- 1- Réflexion sur l'organisation du service logistique au regard de l'évolution de l'activité et des projets de l'association
 - 2- Poursuivre la mise sous assurance qualité du processus de gestion des équipements au domicile
 - 3- Réflexion sur la dématérialisation :
- **des commandes d'équipements auprès des prestataires**, création et organisation d'une adresse électronique dédiée aux commandes, aux demandes d'intervention et aux retraits de matériel avec une exigence de traçabilité exhaustive des échanges.
 - **des supports de commande** :
 - Dématérialisation des commandes hebdomadaires des soignants avec une commande directe vis les smartphones vis l'application At'Home® domicile pour les salariés et les partenaires libéraux.
 - Mise en place de la version 2 du module logistique par l'éditeur ARCAN au préalable puis formations de l'équipe logistique à ce nouvel outil avant déploiement pour les commandes par les soignants salariés enfin ouverture aux partenaires libéraux sous réserve de droits dans le logiciel mis en place par le service informatique.

- **des commandes aux fournisseurs** : Mise en place de la version 2 du module logistique par l'éditeur ARCAN au préalable puis activation d'une interface entre le logiciel de gestion AT'Home® et le site de la CAHPP (module HOSPILOG®) puis mise en place de cadenciers automatiques de commande.

4- Optimiser les locaux du service logistique

Réflexion à mener sur la réorganisation des locaux avec les nouvelles surfaces allouées et la gestion des équipements et des consommables des patients.

5- Poursuivre le partenariat et le suivi de l'ensemble des prestataires

6- Optimiser en lien avec la Direction Générale les circuits d'achat afin d'améliorer le rapport qualité/prix

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 permettra d'améliorer l'efficacité de notre système d'achat. La qualité des services et produits achetés reposera sur les dispositions prises, de façon coordonnée entre :

- Les prescripteurs exprimant leur besoin sous forme de cahier des charges ;
- les fournisseurs seront choisis en concertation avec le référent désigné.

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

3-Le parc automobile

Depuis, voici près de 10 ans, l'Association SANTE ET SOLIDARITE DU VAR a décidé d'équiper ses équipes de véhicules de service.

Afin de garantir un matériel récent de qualité entretenu par le constructeur, l'Association a opté pour la mise en place d'un contrat flotte au travers d'une location longue durée.

Dans le cadre de notre politique de développement durable, l'Association s'est engagée également à intégrer des véhicules rejetant un faible niveau de CO2 inférieur à 100g de CO2/kms.

Afin d'améliorer les conditions de travail, les véhicules sont systématiquement équipés d'une climatisation, d'un système bluetooth, , d'un système GPS connecté à ANDROID et pour le secteur de BRIGNOLES des véhicules type SUV.

L'Association a également acquis un véhicule électrique et nous disposons à ce jour de 2 bornes électriques.

Afin de compléter ce parc, l'Association a décidé de créer également une flotte de véhicules permettant ainsi de limiter l'impact sur l'organisation des soins en raison de l'immobilisation des véhicules.

A ce jour, nous comptons une flotte de 65 véhicules en location et achat de « SPEAR ».

L'ensemble du parc est donc renouvelé tous les 2-3 ans permettant ainsi de disposer d'équipements récents.

Afin d'assurer le suivi et le « petit » entretien e ces véhicules, l'Association SSV a également décidé de créer un poste d'agent d'entretien Bâtiment /Parc automobile afin d'assurer un suivi de ce parc de véhicules.

Les axes d'amélioration

- Optimiser les durées d'immobilisation des véhicules
- Optimiser la gestion des spear
- Anticiper la mise en place des équipements « NEIGE » l'hiver

POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE DU MEDICAMENT

Objet

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 (SMQ PECM) et est approuvé par la Direction de l'établissement, conjointement avec le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

La prise en charge médicamenteuse est un processus à risque 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 3 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 vers des autres établissements hospitaliers du patient. 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

Orientations et enjeux de la politique PECM :

- 1) Structurer le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse :

- a. Dispositions organisationnelles : Comité de pilotage qualité/gestion des risques/EPP, COMEDIMS, RSQPECM
 - b. Plan d'action du compte qualité PECM
 - c. Cartographie des risques de la PECM
 - d. Système documentaire – Intranet
 - e. Développer une politique d'évaluation : Audits, MédiEval, CAQES (rapport MEA), RMM/CREX
- 2) Promouvoir le bon usage des produits de santé et une culture qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse :
- a. Définir une politique et des outils d'aide à la juste prescription : CAQES Vidal, Thériaque, recommandations COMEDIMS, alertes et recommandations ANSM (ou autre agence), CLUD, CLIAS, CLAN.
 - b. Améliorer la qualité et la sécurité du circuit de la PECM concernant la bonne utilisation des produits de santé : Grille MEDIEVAL – OMEDIT PACA-Corse.
 - c. Renforcer la sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé en systématisant le retour d'expérience (CREX) et le signalement des événements indésirables : formation au retour d'expérience.
 - d. Développer la conciliation médicamenteuse tout au long du parcours patient
- 3) Poursuivre la modernisation de la prise en charge médicamenteuse :
- a. Optimisation de la politique d'informatisation du circuit du médicament en lien avec l'éditeur de logiciel métier et le système d'information en cours de déploiement
- 4) Développer la politique de la prise en charge médicamenteuse des populations spécifiques (gériatrie, cancérologie) et des médicaments à risques (liste spécifique SSV, never events)
- a. Identifier, formaliser et organiser la prise en charge médicamenteuse concernant les médicaments à risques
 - b. Formaliser et organiser la prise en charge médicamenteuse des populations spécifiques à risques (gériatrie notamment) : livret gériatrie, liste préférentielle des médicaments pour le sujet âgé...

Acteurs

LE PILOTAGE

1) La Commission Médicale d'Etablissement (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 et de la sécurité des soins.

2) Le Comité de Pilotage Qualité / Gestion des risques

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

3) 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. «

PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

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

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
- propose à la direction et à la CME les améliorations du système de management qu'il estime nécessaire

Les Revues des Erreurs liées aux Médicaments et Dispositifs médicaux apparentés (REMED) :

Selon l'ANSM, l'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte survenu au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient.

La REMED est une démarche d'analyse collective et rétrospective d'un cas anonymisé d'erreur médicamenteuse ou d'un groupe d'erreurs analogues.

Elle a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse des patients. Elle a vocation à promouvoir une culture pédagogique et non punitive de l'erreur médicamenteuse.

Un binôme référent est constitué au sein de SSV d'un pharmacien et d'un RAQ formés à la technique ORION et qui bénéficient de la confiance de l'ensemble des acteurs de l'établissement. Il est attentif aux problématiques de l'ensemble des acteurs.

Le rôle du binôme référent est de collecter les déclarations d'évènements, d'organiser, classer ces évènements et de les présenter aux membres du CREX de façon à permettre le choix de l'évènement qui sera analysé pour la CREX suivante.

EVALUATION DE LA POLITIQUE PECM :

1) Evaluations réglementaires dans le cadre du CAQES :

- Les autoévaluations
- Les audits
- Les résultats et les plans d'actions sont présentés en comité de pilotage qualité/gestion des risques/EPP pour validation.

Les résultats et les plans d'action sont communiqués en :

- COMEDIMS/CME
- Réunions soignants

2) Evaluations priorisées par l'établissement :

- Le suivi des indicateurs :

Nombre annuel de signalements concernant la prise en charge médicamenteuse
Nombre annuel de CREX
Nombre de personnes formées aux démarches de retour d'expérience
Médicament et chaîne du froid
Enquête OMEDIT sur la conciliation médicamenteuse (juin 2015)

- Le développement des EPP :

- Les thématiques sont priorisées et validées en Comité de pilotage Qualité/Gestion des risques/EPP.
- Les audits réalisés sont assurés par la cellule d'appui « élargie » (pharmacien, Cadre de santé, Médecin, cellule qualité).
- Les résultats et les plans d'actions sont présentés en comité de pilotage qualité/gestion des risques/EPP pour validation.
- Les résultats et les plans d'action sont communiqués en :
 - COMEDIMS
 - CME
 - Commission EPP

- Le plan d'action du compte qualité :

- L'élaboration du compte qualité a été réalisée à partir de l'approche par processus, l'analyse et la priorisation des risques liés à la PECM et l'approche par indicateur.
- Le suivi de la réalisation du compte qualité est réalisé par le RQSPECM
- Il est présenté par le RSQPECM, semestriellement, en comité de pilotage qualité/gestion des risques/EPP pour validation de sa mise en œuvre.

L'ORGANISATION GENERALE

1) Description des processus de Management

Les processus de management sont en interactions avec chacun des processus supports et de réalisations. Ils permettent de garantir la cohérence du système de management de la qualité. 3 sous-processus ont été identifiés:

- Direction / Pilotage/ Stratégie
- Communication
- Amélioration continue

LES AXES D'AMELIORATION

1/Poursuite du projet d'informatisation du circuit du médicament

Suite à la mise en production du module CM en juin 2017, développement de l'utilisation de cet outil à compter de la mise à disposition de la version 2. Ensuite, formation des tous les médecins coordonnateurs puis proposition de test à des médecins traitants volontaires (1 par site) pour utiliser l'outil de prescription au quotidien .En parallèle, incrémentation de la base des protocoles par le pharmacien coordonnateur pour faciliter d'acte de prescription des médecins.

2/Réflexion sur la traçabilité de l'administration des médicaments

Passage d'une traçabilité papier d'un tryptique peu utilisé à une traçabilité informatisée exhaustive via Athome® Mobile sur smartphone par les IDE salariées et libéraux. Les prérequis à cette traçabilité sont le fait d'avoir des prescriptions complètes informatisées saisie dans Athome® et ayant fait l'objet d'une analyse pharmaceutique préalable à l'administration.

3/Déploiement de la conciliation médicamenteuse

Création d'un groupe de travail dédié avec approbation préalable de la CME et de la Direction. Définition d'un type de patient et de prescripteurs cibles pour débiter une expérimentation en 2018 avec une montée en charge progressive du nombre de conciliations réalisées de 2019 à 2022.en parallèle demande d'évolution du logiciel métier pour inclure la traçabilité de cette activité dans At'Home®.

4/Réflexion sur l'antibiothérapie en HAD.

Mise en place d'un suivi des carbapénèmes en 2018 avec indications puis montée en charge progressive de la validation d'antibiothérapie (indication, documentation bactériologique) pour les autres classes d'antibiotiques notamment ceux réservés à l'usage hospitalier.

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

1-Cadre général du projet social

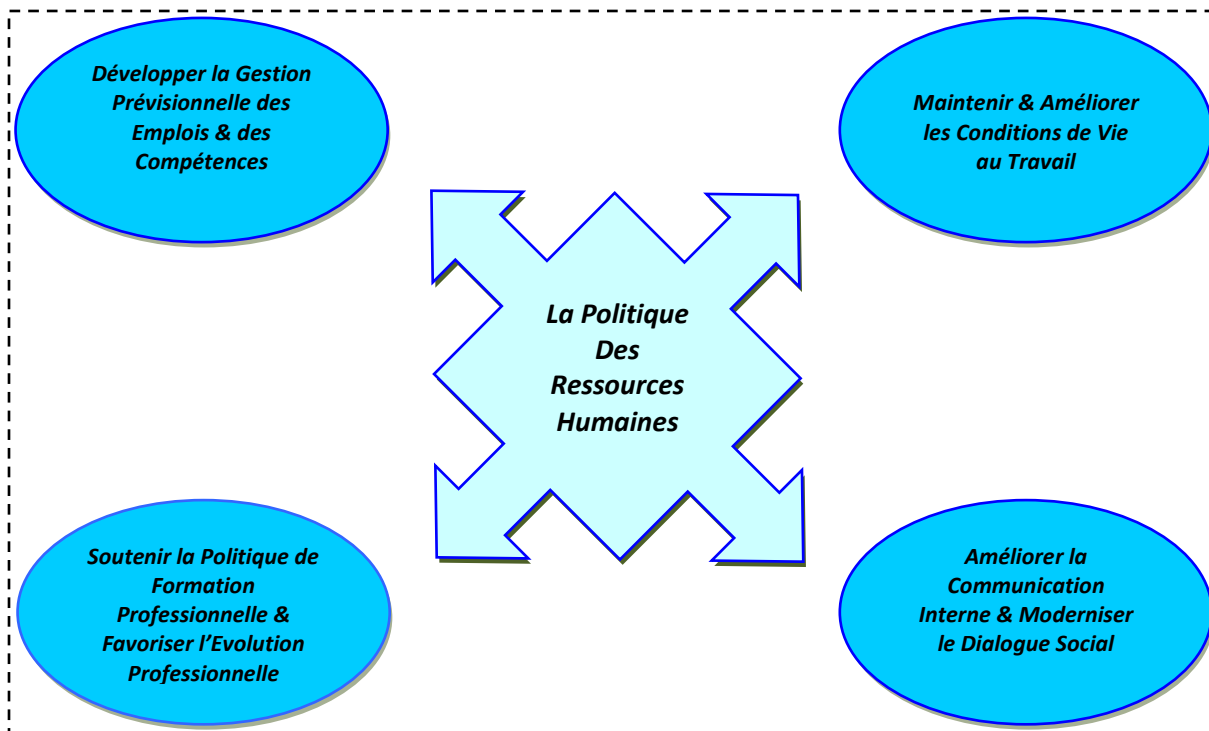
L'Association a connu depuis plusieurs années une augmentation de son activité et de ce fait une augmentation de son personnel. De nombreuses actions ont été menées afin de dynamiser et structurer la gestion des Ressources Humaines au sein de l'Association. Il est important de finaliser cette dynamique sociale.

Le projet social transcrit la politique sociale de l'Association en définissant des objectifs partagés par l'ensemble du personnel.

Notre projet social définira 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
- ⇒ La qualité de vie au travail
- ⇒ La communication et le dialogue social



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.

1- Ajuster qualitativement et quantitativement les effectifs actuels et futurs des services

La gestion des ressources humaines doit permettre la mise en œuvre des projets de l'Association et favoriser 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.

Des fiches de poste ont été réalisées. Elles sont révisées en fonction des évolutions et/ou de la réglementation. La fiche de poste est la personnalisation de la fonction. Celle-ci précise les missions et les tâches adaptées au contexte spécifique dans lequel le titulaire aura à exercer sa fonction.

Les entretiens professionnels sont réalisés par le Responsable RH et/ou les chefs de service, à l'exception des chefs de service qui sont réalisés par le Directeur /Directeur Général.

L'Association s'attache également à favoriser une politique active d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels et stagiaires.

Une démarche d'accueil et d'intégration est en place au sein de l'Association.

Pour les nouveaux professionnels, les informations sont abordées durant les entretiens d'embauche puis développées dans leurs aspects pratiques les premiers jours de prise de fonction. Pour les stagiaires, une présentation générale leur est faite à leur arrivée par le cadre de santé.

Un tutorat et un accompagnement spécifique des nouveaux professionnels et stagiaires sont mis en œuvre systématiquement durant les premiers temps dans l'Association sous la forme d'un dispositif de suivi et d'encadrement (tournées en double avec un salarié du service).

Il s'agit non seulement de recruter mais de fidéliser les professionnels soignants. Une procédure d'accueil des nouveaux professionnels est en place et se traduit par la remise d'un livret d'accueil du nouvel arrivant.

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 définition de propositions 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 traduira par un partenariat auprès de l'ESAT PAUL ARENE et l'Association ADAPT chargée de l'insertion des personnes handicapées.

2- 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.

De plus, le salarié peut demander une rencontre au Responsable RH afin de l'aider à construire son projet professionnel.

3-La politique de formation

La formation doit conjuguer et favoriser le développement des compétences collectives et individuelles et l'évolution professionnelle.

L'évolution de 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 à envisager au regard du projet d'établissement, des projets de service, des projets de soins et médicaux. Elles doivent être liées aux éventuels redéploiements ou réorientations d'activités prévus dans le projet de soins, le projet médical ou aux autres projets.

Elles doivent répondre aux besoins collectifs des personnels et aux obligations en vigueur en matière de formation et peuvent permettre de construire des projets professionnels.

La promotion professionnelle doit être une priorité de cette politique pour le personnel exerçant au sein de l'Association.

1- Evaluer et réajuster le dispositif existant

L'Etablissement mène en matière de formation une politique dynamique.

La politique de formation est construite sur l'équilibre entre les besoins induits par les évolutions de la législation, de l'activité de la structure et des parcours professionnels.

Le plan de formation annuel de l'Association permet de répondre aux obligations qui s'imposent à un établissement de santé en la matière, d'améliorer le niveau de compétence collectif et individuel 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 nous fait part de ses choix de formation par ordre de préférence.

Les demandes sont analysées, accordées ou refusées dans le cadre du Comité de Direction.

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.

L'entretien professionnel aborde également les besoins en formation du personnel.

La satisfaction des personnels sur les formations est envisagée à chaque fin de formation au travers de questionnaire de satisfaction du personnel

2- 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 peut prendre la forme d'actions :

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

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 préservant la qualité des soins dispensés aux patients.

Cette démarche doit s'initier 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.

1- Organisation du travail

L'organisation du temps de travail des salariés est un enjeu important pour l'évolution des conditions de travail des agents et l'amélioration de la qualité du service rendu.

La complexification du temps de travail en entreprise a accentué cette importance stratégique et la difficulté de gestion qu'elle implique : le travail à temps partiel, les amplitudes de travail, la législation sur les heures supplémentaires, le droit à la formation, les congés payés ... ont modifié la façon de considérer le temps de travail et les activités du personnel et ont donc des conséquences sur la façon de les gérer.

Dans cette perspective, l'analyse de la gestion du temps de travail permettra d'aborder les attentes du personnel en la matière, d'avoir une meilleure visibilité des phénomènes conditionnant les absences et présences au travail, d'adapter les effectifs tant au plan des qualifications que du nombre d'effectifs nécessaires à chaque amplitude, de déterminer les grilles de travail adéquates au regard des projets de service.

Suite à une réflexion sur le temps de travail engagée au sein de l'Association concernant les absences prévisibles et imprévisibles des salariés, une :

- Politique de remplacement du personnel au travers de la création de plusieurs « pool de remplacement » (aides-soignants et IDE) a été mise en place.

L'analyse approfondie des causes de l'absentéisme permet d'engager les actions visant à la réduire mais aussi d'identifier les moyens visant à y remédier.

L'Association a mis en place un pool de remplacement infirmier et AS, sous contrat à durée indéterminée, pour couvrir les besoins ouverts par l'absentéisme long et prévisible : maternité, maladies longues, congés payés, congé parental, formation professionnelle.

Mais ce pool ne permet pas de gérer les remplacements d'absence de courte durée et imprévisible.

La gestion du recours à l'intérim, aux heures complémentaires et supplémentaires devra être réalisée dans le cadre d'un budget préétabli et selon une procédure qui garantit le respect de la réglementation.

La réalisation d'un audit interne sur l'absentéisme et les conditions de travail favorisera la mise en œuvre d'actions adaptées en matière de lutte contre l'absentéisme, la gestion des remplacements.

2- Promouvoir la santé au travail et prévenir les risques professionnels

Promouvoir la santé sur le lieu de travail ne signifie pas simplement respecter les dispositions légales en matière de santé et de sécurité mais suppose également que l'Etablissement aide ses salariés à améliorer leur état de santé général et leur bien-être.

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

En permettant aux travailleurs de se sentir mieux sur le lieu de travail, cela se traduit par de nombreuses retombées positives telles qu'une diminution de la rotation du personnel et de l'absentéisme, un accroissement de la motivation et une amélioration de la productivité, ainsi qu'une meilleure image de l'employeur en tant qu'organisation positive soucieuse du bien-être de son personnel.

La Médecine du Travail et le CSE sont les partenaires privilégiés du « mieux être au travail ».

Le Service de Santé au Travail est assuré par le médecin du Service de Médecine du Travail de l'AIST 83. Ce dernier participe aux réunions du CSE.

L'évolution des conditions de travail a mis en évidence de nouveaux risques professionnels (psychosociaux) qui soulignent la nécessité de renforcer l'analyse préventive des risques.

L'évaluation des risques constitue un moyen essentiel de préserver la santé et la sécurité des salariés. Le Programme Global de Gestion des Risques de l'Association identifie des domaines de risques dont ceux liés aux professionnels de l'Etablissement : risques liés aux activités professionnelles et risques liés aux conditions de travail.

Le Document Unique de l'Association transpose par écrit l'évaluation des risques et transcrit les résultats de l'évaluation des risques à laquelle il a été procédé.

L'Association a mis en œuvre une procédure de signalement des accidents et incidents qui s'inscrit dans une démarche de qualité et de gestion des risques.

Les actions 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).

Une « chambre pédagogique de manutention » a été mise en place dans les locaux permettant d'organiser des sessions de formation sur les gestes et postures au domicile. Cette pièce est équipée de tout le matériel de manutention disponibles habituellement chez le patient, à savoir : lit médicalisé, lève malade, fauteuil, drap de glisse...

Des mises en situation sont abordées et le passage dans cette chambre est obligatoire suite à un accident du travail lié à la manutention.

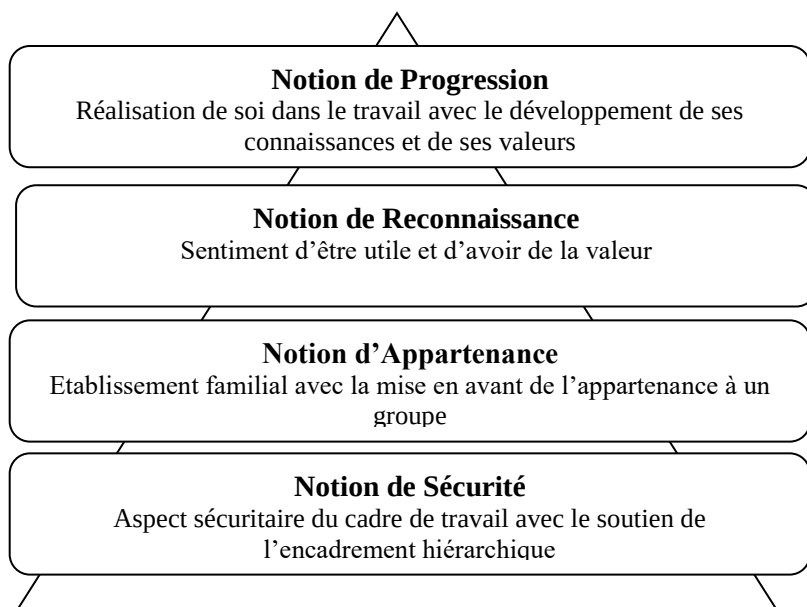
Afin d'améliorer les compétences et connaissances des soignants et toujours dans un souci de prévention des risques, l'Association a souhaité étendre l'utilisation de cette salle en créant une « chambre des erreurs ».

Il s'agit d'une méthode d'orientation vers des formations qui est innovante, basée sur la simulation et qui permet au travers de tests pratiques de déterminer les éléments sur lesquels les soignants pourront s'améliorer.

L'association donne également la possibilité de déclencher une aide psychologique libérale (une séance) financée par l'employeur en cas de difficultés.

3- Promouvoir la reconnaissance au travail

Un certain nombre de besoins spécifiques détermine les situations de travail. Ils sont présentés ci-dessous sous forme pyramidale en référence à l'échelle de la hiérarchie des besoins selon A. MASLOW, Psychologue américain :



Parmi ces besoins, le salarié et son désir de reconnaissance.

L'essor de l'Association doit engendrer une valorisation du salarié qui a fourni un travail et des efforts pour atteindre les objectifs souhaités.

Il s'agit là de montrer de la reconnaissance pour l'investissement dont le salarié a fait preuve.

L'Association a dynamisé et valorisé le professionnalisme, l'engagement, le présentisme des personnels investis via la rémunération et plus précisément par la prime décentralisée de la Convention Collective 1951 dont le seul critère d'attribution est lié à l'assiduité du salarié.

Afin que le salarié soit reconnu par d'autres moyens que le salaire, l'Association souhaiterait coupler le système de rémunération avec d'autres modalités de reconnaissance. Cela passe par la mise en place d'un système ponctuel et exceptionnel de reconnaissance.

Le développement d'un système de reconnaissance nécessite l'identification des besoins de l'Association, des attentes des salariés et le choix de leviers de reconnaissance adaptés.

5-La communication interne et le dialogue social

La clarification et la connaissance des valeurs, des stratégies de l'Association sont sources de cohésion sociale et permettent aux professionnels de se mobiliser et de s'investir à part entière 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.

1- Améliorer la qualité de la communication interne

La communication est un aspect fondamental de la stratégie de l'Association puisqu'elle contribue à son développement et au maintien d'un bon climat social.

Elle a pour objectif d'associer les salariés à toutes les actions de l'Association et de faire en sorte que ceux-ci se sentent pris en compte et reconnus afin de garder un climat social serein et un personnel motivé.

La politique de communication permet la transmission d'informations professionnelles pour atteindre les salariés en utilisant divers outils qui ont été mis en œuvre pour favoriser l'accès à l'information :

- Tableaux d'affichage
- Réseau informatique : Intranet
- Messagerie interne (mais pas au détriment de la communication directe)
- Lettres, notes d'information, notes de services.

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

Cependant la communication ne se résume pas à des moyens techniques mais touche aux comportements humains et à la capacité d'échanger en groupe ou individuellement.

En effet, savoir donner l'information « utile » - c'est-à-dire savoir la sélectionner, l'expliquer, la partager – conditionne l'efficacité d'une 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.

2- Renforcer le dialogue social

La qualité du dialogue social se construit autour de l'écoute et l'expression des salariés à différents niveaux :

- Institutionnel par le biais des institutions représentatives du personnel,
- Individuel par l'établissement d'un dialogue de qualité avec le cadre de proximité.

Le dialogue social se traduit ainsi au sein de l'Association par le fonctionnement régulier des instances représentatives du personnel : CSE, Délégués syndicaux.

Promouvoir l'expression et favoriser la participation des personnels constituent des enjeux importants pour l'évolution de l'Association.

La recherche de cette participation s'appuie notamment sur des enquêtes internes de satisfaction qui sont menées afin d'examiner et d'améliorer la qualité du dialogue social.

Les enquêtes, diligentées par le service RH se veulent être le baromètre social afin de connaître la santé sociale de l'Etablissement, d'être un moyen de libre expression de chacun.

Axes d'amélioration

- **Développer la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences**
 - Développer une politique active de recrutement du personnel soignant
 - Favoriser une politique active d'accueil de stagiaires en conformité avec la législation en vigueur
 - Créer les conditions d'un accueil et d'une intégration réussie des professionnels
 - Favoriser le recrutement et l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés
 - Poursuivre la totalité des entretiens professionnels
 - Faire évoluer le support des entretiens professionnels pour permettre une meilleure communication entre le N et le N+1.
- **La politique de formation**
 - Améliorer la communication sur les dispositifs de formation et poursuivre la politique dynamique de formation
- **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 la dynamique engagée en ce sens par l'Association
 - Utiliser l'entretien professionnel comme moteur de la reconnaissance
- **Communication interne et dialogue social**
 - Poursuivre un dialogue construit autour de l'écoute et l'expression des salariés
 - Poursuivre l'expression en réalisant des enquêtes par le service RH de satisfaction des personnels une fois par an sur des thèmes choisis

SYSTEME D'INFORMATION

1-Présentation générale

Durant les 5 années de mise en œuvre du projet d'établissement 2013-2017, l'Association a fait le choix stratégique d'investir prioritairement dans des applicatifs web à destination des différents pôles de la structure :

- **At'Home HAD** : logiciel de coordination de soins du service HAD utilisé par les pôles médicaux, de soins, psycho-sociaux et administratifs
- **Mobile HAD** : accessibilité au dossier des patients via Arcan Mobile, aux tournées, et au planning via Outlook à partir d'un Smartphone. Arcan Mobile, développé pour les infirmiers et aides-soignants de terrain, permet également la saisie des transmissions de soins pour une coordination efficiente et pour une traçabilité de l'information. Une déclaration CNIL a été effectuée après la mise en place de l'outil.
- **Outlook Web Access** : Page web sécurisé permettant d'accéder à sa boîte mail professionnel de l'extérieur de l'Association
- **E-Vidal** : logiciel web permettant une recherche des médicaments, codes de la CIM-10 ...
- **Catalogue CAHPP** : catalogue web de la Centrale d'Achat Hospitalière Privé et Public pour les commandes de consommables du pôle Logistique
- **Domicile HAD** : logiciel de gestion patients à destination des acteurs libéraux travaillant avec l'HAD SSV. L'outil leur permet d'avoir connaissance du dossier administratif, médical et de soins du patient, mais également de saisir leurs feuilles de soins.

Applicatif non web : **Apozème** → logiciel de coordination de soins du service SSIAD

DES OUTILS MODERNES ET FONCTIONNELS

Chaque salarié a accès à des logiciels de bureautiques modernes. Ainsi, est mise à disposition la suite Office 2010 et 2016 qui, tout en proposant de très nombreuses fonctions, est accessible au plus grand nombre grâce à une interface intuitive.

Pour maximiser la connaissance de ces outils de bureautique, le choix de l'outil de Gestion Electronique des Documents (GED) s'est naturellement orienté sur Excel de Microsoft, qui propose la même interface de navigation.

La mise en place de la flotte de téléphones portables pour le personnel de terrain et de coordination participe également à l'idée d'outils dans l'air du temps, offrant une plus-value métier très importante, et très intuitive à l'usage.

La gestion des ressources financières :

Notre logiciel de comptabilité traite de la comptabilité générale, et intègre un module spécifique de gestion des immobilisations.

Dans un contexte de croissance, la mise en œuvre d'un module analytique permettra une analyse plus fine de la répartition des coûts afin de mieux interpréter le résultat d'un exercice comptable, celui-ci est intégré à notre application métier : At'Home.

Ce dernier est à l'origine de la gestion du stock de consommables.

La gestion des ressources humaines :

A l'heure actuelle, notre Association ne dispose pas d'un logiciel de gestion des ressources humaines a proprement parlé. Un module RH est utilisé dans At'Home pour référencer l'ensemble du personnel qui sont autorisé à utiliser cette application, de même, notre logiciel de paie permet au service RH de consulter les informations personnels de chacun (HAD et SSIAD compris).

Des études ont été menées en collaboration avec le service financier pour l'acquisition d'un logiciel RH compatible avec le logiciel de paie. Celui-ci a été approuvé en investissement par le Conseil d'Administration.

ENGAGEMENTS EN FAVEUR DU DEVELOPPEMENT DURABLE

Les préoccupations environnementales sont des points non négligeables dans l'industrie de l'informatique. L'Association SSV participe également, à son niveau, à développer 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 Arcan 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, optimisées au niveau de leur consommation électrique et paramétrées pour une mise en veille dès que le poste de travail informatique est inutilisé depuis une certaine période (le parc est renouvelé au fil des années par des machines sous Windows 7).
- 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'auraient nécessitée ces mêmes machines si elles existaient physiquement.
- Une charte a été signée entre SSV et PRO CONSO pour ce qui est du recyclage des toners usagés pour toutes les imprimantes autres que les photocopieurs, concernant ceux-ci, SSV a signé une charte avec CONIBI.

POLITIQUE DE SAUVEGARDE

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 sur disque dur permettant une restauration de données rapide par le logiciel de Microsoft incorporé sur les serveurs « Windows Server Backup ».
- Sauvegarde sur bande magnétique des données essentielles via le logiciel CA ARCServe Backup.
- Sur l'antenne de Brignoles et la Seyne : Sauvegarde sur disque dur permettant une restauration de données rapide par le logiciel de Microsoft incorporé sur les serveurs « Windows Server Backup ».

ANTIVIRUS

Chaque poste au sein de l'établissement est équipé d'un agent « Trend Micro Security Agent » permettant la sécurisation des données, des logiciels, ceux-ci étant relié au serveur ayant en charge le logiciel antivirus. Les ordinateurs portables, eux aussi amenés à être utilisés en dehors de nos structures pour des présentations ou autres sont équipés quant à eux d'un antivirus Le logiciel se met à jour par le biais de la connexion Internet mise à disposition de tout matériel validé par le Système d'Information.

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, celle-ci définissant quels sont les types de communication autorisés sur ce réseau informatique. Il mesure la prévention des applications et des paquets.

Le choix s'est porté sur une solution matérielle de la marque STORMSHIELD dont notre structure est équipée.

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

- Par le biais d'une connexion aux ressources web en https (At'Home mobile, Domicile, Messagerie Outlook).
- Avec une connexion VPN (Virtual Private Network ou réseau privé virtuel) donnant l'accès à toutes les données de la structure à nos antennes.
- De l'extérieur par le biais d'une autre connexion VPN nomade.

ANTI SPAM

Un anti-spam est une solution indispensable de nos jours pour lutter contre les mails indésirables, frauduleux, ... Nous avons la solution anti-spam de Stormshield qui est en cours d'utilisation et nous allons migrer au cours du deuxième trimestre 2018 sur la solution de Mailinblack. Chaque salarié pourra gérer ses propres autorisations sur les mails jugés indésirables : 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.

HOPITAL NUMERIQUE

Le programme Hôpital Numérique vise l'ensemble des établissements de santé du champ sanitaire et a notamment pour ambition :

- De coordonner l'ensemble des acteurs (établissements de santé, agences régionales de santé, administration centrale, industriels) autour d'une feuille de route commune pour les systèmes d'information hospitaliers
- Amener l'ensemble des établissements de santé à un niveau de maturité de leurs systèmes d'information suffisant pour améliorer significativement la qualité, la sécurité des soins et la performance dans des domaines fonctionnels prioritaires, sur un socle assurant la sécurité des données
- Soutenir les projets innovants

Le programme Hôpital Numérique vise à amener l'ensemble des établissements de santé (publics, privés et ESPIC) vers un niveau de maturité de leur système d'information.

Ce palier de maturité est constitué :

- De 3 domaines de pré-requis :
 - Identités-mouvements
 - Fiabilité-disponibilité
 - Confidentialité
- De 5 domaines fonctionnels prioritaires
 - Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie
 - Le dossier patient informatisé et interopérable
 - La prescription électronique alimentant le plan de soins
 - La programmation des ressources et l'agenda du patient



- Le pilotage médico-économique

Un certain nombre d'indicateurs est défini pour chaque domaine et des seuils d'éligibilité et des valeurs cibles permettent de mesurer l'atteinte des indicateurs du palier de maturité.

Tous les indicateurs de prérequis sont intégrés au périmètre de la Certification HS V2014.

L'Association SANTE ET SOLIDARITE du Var a fait le choix de répondre de manière volontaire aux prérequis de l'HOPITAL NUMERIQUE afin d'améliorer son processus de gestion du Système d'information. Pour ce faire, elle a fait appel à un consultant externe qui a apporté son aide méthodologique et rédactionnelle en 2017 afin de :

- Vérifier et valider la conformité du système d'information de l'établissement, ainsi que des outils, des organisations et des procédures qui s'y rattachent, avec les prérequis du programme HN
- Vérifier et valider la conformité des documents justificatifs avec les attentes de l'ARS et de l'HAS
- Proposer des outils, des organisations et des procédures manquantes pour atteindre les prérequis du programme HN.

A ce jour, Santé et Solidarité répond totalement aux exigences de l'HOPITAL NUMERIQUE. Des procédures, politiques, tableaux de suivi ont été mis en place ainsi qu'un programme d'actions. Leur mise en œuvre et suivi sont assurés par le Responsable de sécurité des systèmes d'information

MESSAGERIE SECURITE

Depuis la mise en place du Projet Hôpital Numérique, un autre projet visant à rassembler les structures hospitalières a vu le jour et notamment leurs systèmes d'échanges de communication via le projet MS SANTE. Une messagerie sécurisée « imperméable » qui permet des échanges avec son interlocuteur au sujet de leurs patients communs.

SSV est rentré dans cette démarche depuis Juin 2017.

Les processus en interne vont être revus en 2018 pour que cette passerelle soit utilisée et plus démocratisée.

L'association Santé et Solidarité du Var a déployé au sein de ses services un ensemble de ressources matérielles et logicielles informatiques pour répondre à chacun de leurs besoins. Un SI permet de créer, collecter, stocker, traiter, modifier des informations sous divers formats. L'objectif d'un SI est de restituer une information à la bonne personne et au bon moment sous le format approprié.

L'établissement héberge par ses propres moyens informatiques l'ensemble des applications au cœur du processus de soins, objet de la Politique Sécurité du Système d'Information (PSSI).

Le RGPD

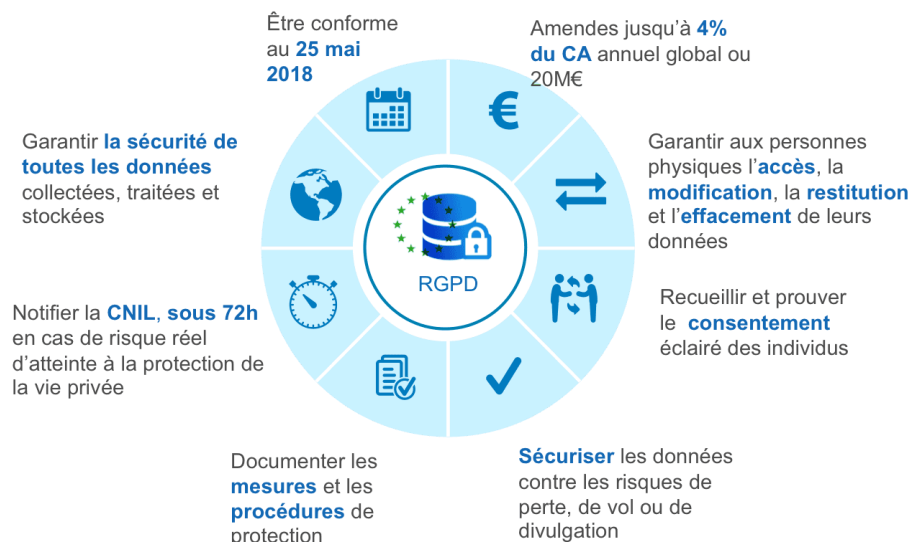
Depuis Mai 2018, le Règlement Général sur la Protection des Données personnelles est applicable au niveau européen et est obligatoire pour toutes les structures traitant ce type de données. Il s'agit d'une étape majeure dans la protection des données personnelles qui vise à jouer la transparence sur les données.

L'application du RGPD au sein de SSV se fera en 6 étapes :

1. Désigner un pilote
2. Cartographier les traitements de données personnelles
3. Prioriser les actions à mener
4. Gérer les risques
5. Organiser les processus internes
6. Documenter la conformité

Quelques exemples d'actions possibles : mettre à jour la charte informatique, contrôler la sécurité d'accès aux données, avoir une assurance contre la perte de données, créer et tenir un registre des traitements...

Le Service Informatique s'assurera de la bonne mise en place du RGPD au sein de l'établissement. Un Délégué à la Protection des Données (DPD) sera désigné afin de piloter le projet, comprendre et respecter les obligations du règlement, dialoguer avec les autorités de protection des données et réduire les risques de contentieux.



2-Gestion des flux d'information

Dans le cadre des missions propres à la prise en charge en HAD, un certain nombre de processus métiers sont mis en œuvre au cours du séjour d'un patient.

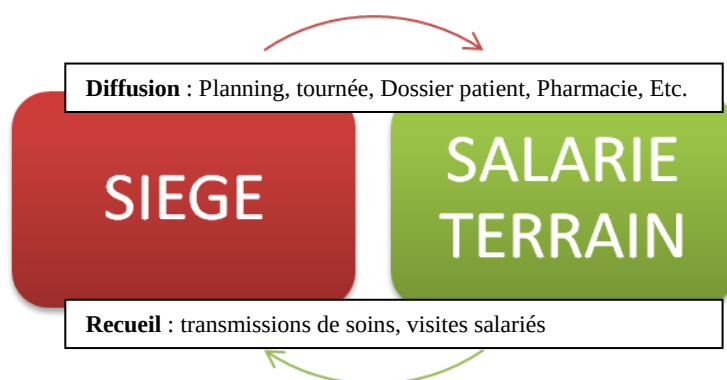
Chaque composante du métier réalise des tâches liées au fonctionnement de son service, échange des informations qui génèrent des flux.

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 (Bonnes personnes au bon moment).

LA DECLINAISON ACTUELLE

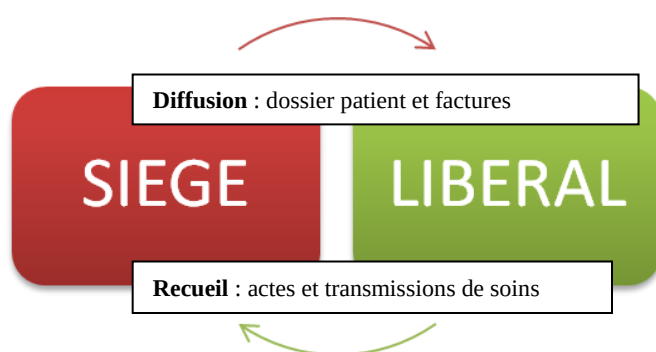
Mobile

Représentation des flux échangés entre le siège (principalement la coordination) et le personnel de terrain (infirmières, aides-soignantes, agents logistiques).



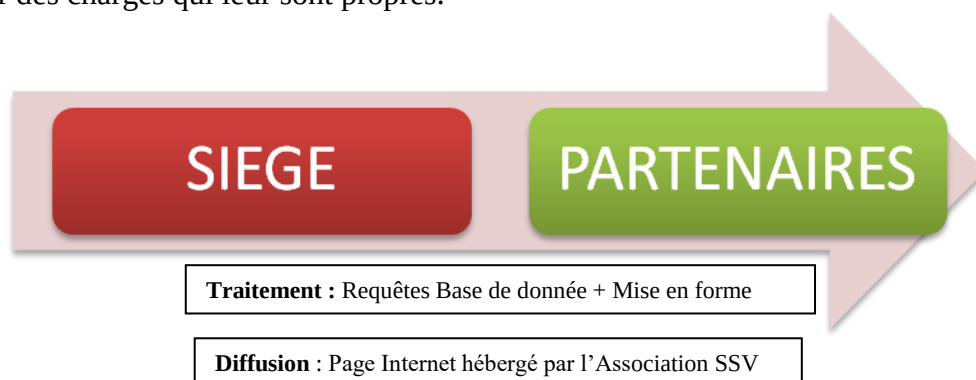
Le portail domicile

Représentation des flux échangés entre le siège et les infirmiers libéraux lorsque le projet aura été amené à son terme.



Le Portail partenaires (projet)

Représentation des flux qui seront échangés entre le siège (Données extraites de notre logiciel HAD de coordination patients) et certains de nos partenaires et organismes (SAMU, CDIS, DT 83 ARS), selon un cahier des charges qui leur sont propres.



LES SITES INTERNET ET INTRANET DE L'ASSOCIATION

Santé et Solidarité du Var dispose depuis plusieurs années d'un site Internet permettant aux patients, aux médecins ou tout autres personnes de se renseigner sur notre activité, nous localiser, avoir nos numéros de téléphones, avoir un fil d'actualité...

Ce dernier a été mis à jour au cours des 5 dernières années permettant ainsi une souplesse dans la gestion des données.

D'autre part, un portail Intranet a déjà été mis en place, étant configuré pour être la page d'accueil du navigateur Internet par défaut, celui-ci regroupant l'accès rapide à notre progiciel et à d'autres logiciels utilisés quotidiennement ainsi que la Gestion Documentaire et un Annuaire global de l'Association.

VEILLE TECHNOLOGIQUE

La veille technologique consiste à s'informer de façon systématique sur les techniques, les produits et les services les plus récents et sur leurs possibilités de mises en œuvre.

Dans un environnement informatique complexe et en constante évolution, il est fondamental de :

- Observer l'environnement technique, scientifique et technologique (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.

La démarche de veille technologique s'inscrit dans cette optique : l'objectif est de déceler les technologies-clés de demain.

Identification

La Carte de Professionnel de Santé (CPS) est une carte à puce utilisée en France afin d'assurer la confidentialité de l'accès aux données personnelles dans le cadre des applications de santé communicantes. Le NFC est une technologie de communication sans-fil à courte portée, permettant l'échange d'informations entre des périphériques. Le NFC pourrait être utilisé dans le cadre de l'identification sécurisée du patient lors des échanges de transmissions de soins entre les soignants du terrain et la coordination de soins.

Sa mise en place a été faite pour le personnel concerné directement par l'accès aux informations patients.

Une étude sera réalisée pour la mise en place des CPS à tout professionnel en lien avec MS SANTE.

LA TELEPHONIE FIXE

La Téléphonie fait partie intégrante du service de l'HAD. Sans cet outil, les communications entre les services et les patients entre autres se verraient extrêmement réduites et le fonctionnement totalement différent.

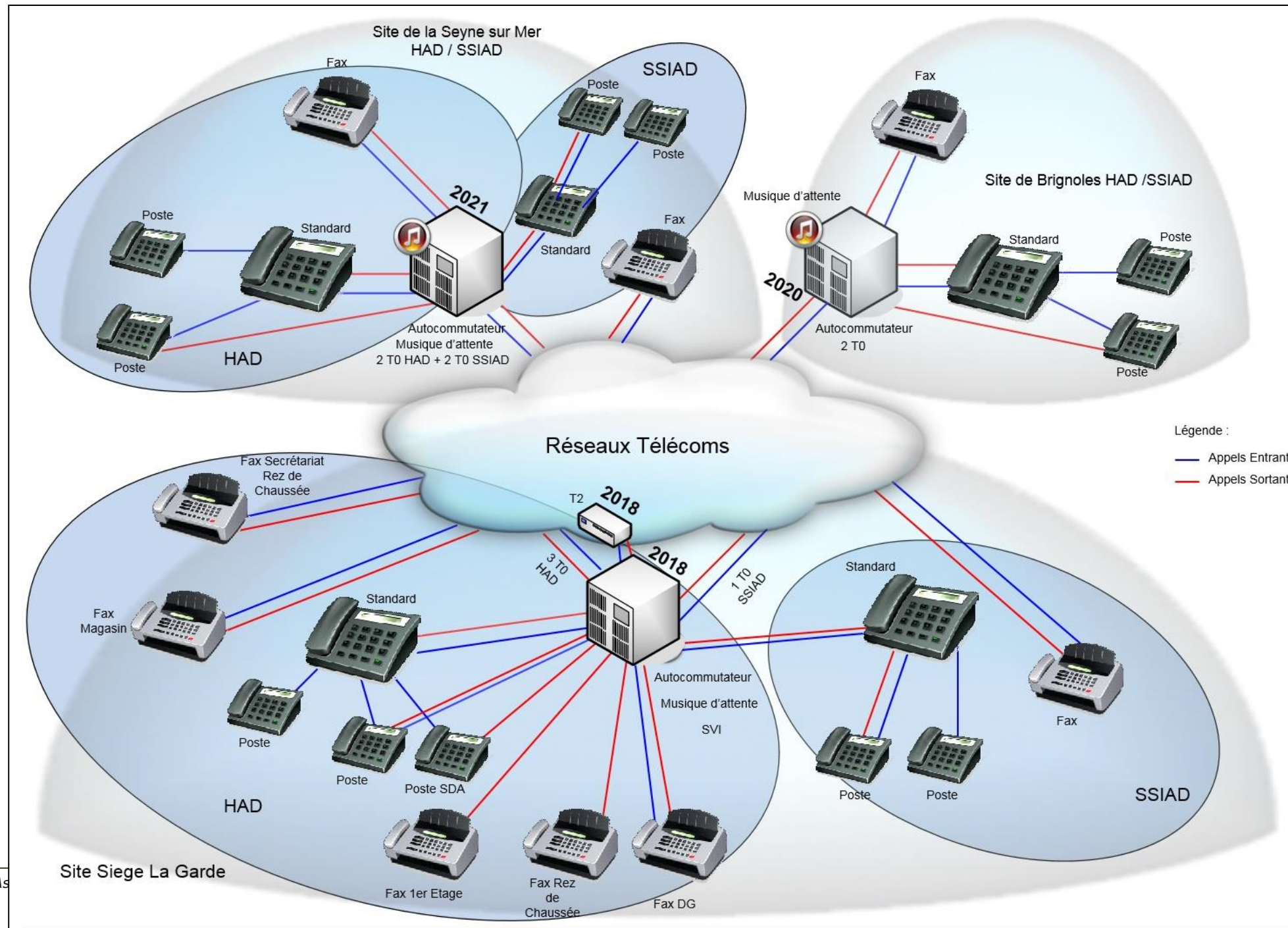
A ce jour, dans chacune de nos entités, des autocommutateurs appelé plus familièrement « autocom » servent à communiquer entre notre service et les patients. Chaque Autocom permet de recevoir et passer des appels, les transférer, envoyer un fax, ... L'autre particularité sur l'HAD de la Garde est que sont préprogrammés au sein de l'autocom des numéros dit « SDA » qui peuvent être joint par une personne extérieure à l'HAD. Par exemple : Un des Infirmiers libéraux avec lequel nous travaillons peut appeler directement le service de coordination à l'aide du numéro 04 94 27 01 10. De plus, nous avons mis en place un serveur local interactif (SVI) pour permettre de joindre l'interlocuteur désiré directement.

Le monde de la téléphonie évolue sans cesse tout comme celui de l'informatique.

Des nouvelles fonctionnalités ont également vu le jour, tel que la VoIP, dont l'intérêt qu'elle peut nous apporter est certain.

La VoIP ou « Voix sur IP » est une nouvelle technologie qui s'appuie sur une connexion internet classique pour permettre de communiquer par la voix à travers le réseau avec une partie de la bande passante dédiée à ce service. C'est à partir de cette technologie que la Toip (Téléphonie sur IP) est possible.

Représentation schématique du réseau téléphonique de SSV.



LA TELEPHONIE MOBILE

La Mobilité est également une partie très importante au sein de Santé et Solidarité du Var. Celle-ci permet à nos équipes de rester continuellement en communication, de gérer les urgences, les remplacements de dernières minutes... A ce titre chaque personnel sur le terrain dispose d'un téléphone professionnel pour passer ses communications.

L'évolution des technologies fait que de nos jours les téléphones sont devenus bien plus performants, à présent, nous parlons de Smartphones.

L'ensemble du personnel soignants et certains membres du personnel administratif des HAD se sont vu attribués un Smartphone, cela permet en plus de téléphoner, d'avoir à portée de main une boîte mail ainsi qu'un accès à notre base de données via une application créée par notre éditeur et un appareil photo pour le suivi des plaies par exemple.

Avec un abonnement 4G, le débit de connexion est deux fois plus rapide et permet un échange des informations plus efficace, l'application « Arcan Mobile » devient un incontournable au chevet du patient.

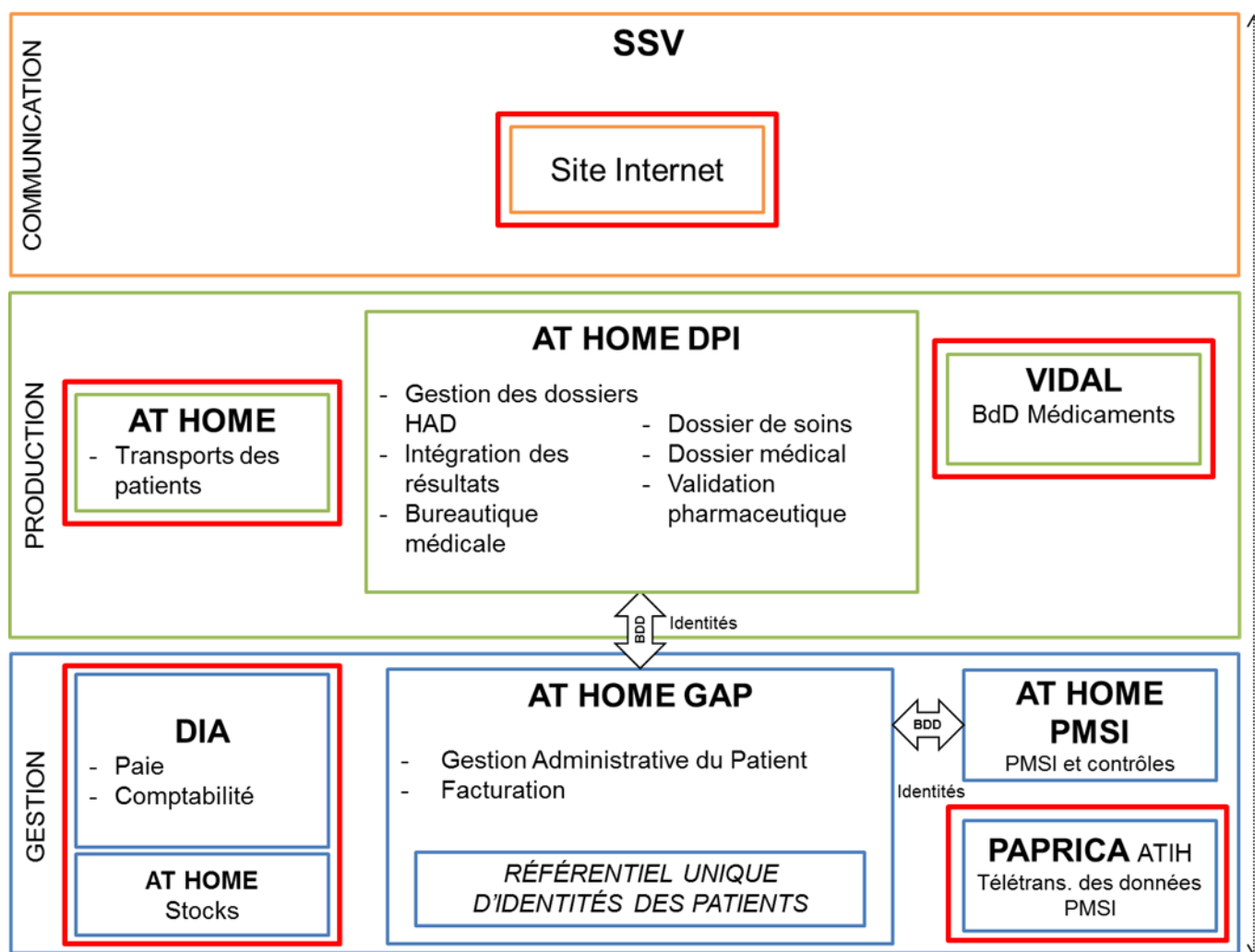
Le SSIAD quant à lui, à l'heure actuelle n'est pas équipé de Smartphones ni de forfait adapté à cette utilisation. Il dispose de téléphone classique avec un forfait voix. Il pourrait être envisageable de leur faire passer le cap du Smartphone, dans plusieurs années lorsque l'organisation leur permettra d'échanger par mail.

3-La politique de sécurité du SI

L'association Santé et Solidarité du Var a déployé au sein de ses services un ensemble de ressources matérielles et logicielles informatiques pour répondre à chacun de leurs besoins.

L'établissement héberge par ses propres moyens informatiques l'ensemble des applications au cœur du processus de soins, objet de la PSSI.

La responsabilité du déploiement, de l'exploitation et de la maintenance du SI est confiée au service informatique de l'établissement.



En raison de sa place prépondérante dans la conduite des activités quotidiennes de l'établissement, notamment celles relatives directement ou indirectement à la prise en charge des patients, 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. Une défaillance du système d'information conduirait à une désorganisation des activités de l'établissement, voire la dégradation de la sécurité des soins ;
- **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. Par ailleurs, les patients qui auraient subi des conséquences d'un dysfonctionnement des applications seraient en droit de poursuivre en justice l'établissement en vue d'obtenir réparation ou dédommagement ;
- **Des enjeux réglementaires :** Le système d'information traite, stocke et transmet des données dont la protection est régie par des textes réglementaires. La violation de ces exigences pourrait entraîner des poursuites judiciaires ou la remise en question de sa Certification par les organismes tutélaires ;

- **Des enjeux d'image :** L'efficacité du système d'information et 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. A contrario un événement indésirable causé par un dysfonctionnement du système d'information pourrait avoir des conséquences néfastes en termes d'image.

La nature des données traitées par l'établissement impose qu'elles soient particulièrement protégées. En effet la prise en charge d'un patient nécessite le recueil de données de santé à caractère personnel.

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 ainsi que l'état de l'art.

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 présente 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 chaîne organique de l'établissement, en premier lieu la Direction.

La Direction est aidée dans sa mission par un comité de pilotage (ComSSI) 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).

EXIGENCES ET REGLES DE SECURITE

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

Le RSSI élabore une charte regroupant les principales règles à respecter par les utilisateurs pour sécuriser l'accès et l'usage du SI.

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.

La gestion des incidents de sécurité peut être rattachée à celle d'autres événements comme par exemple les événements indésirables.

La procédure doit prendre en compte le fait qu'à partir du 1^{er} octobre 2017, les événements de sécurité majeurs devront être signalés à l'ARS conformément à l'article L. 1111-8-2 du code de la santé publique et au décret n° 2016-1214.

Le RSSI élabore et met en œuvre un plan de communication pour une période d'un an minimum, destiné à sensibiliser les utilisateurs aux enjeux de la SSI et à leur rappeler régulièrement les règles et les mesures de sécurité.

Les actions de communication doivent avoir lieu à minima une fois par trimestre et épouser toutes les formes nécessaires à une diffusion des informations la plus large et la plus efficace possible : intranet, journal interne, notes internes, supports de formation...

Le RSSI propose les modes de diffusion appropriés.

Le plan de communication intégré au plan de communication doit être mis à jour à minima une fois par an et être adapté en interne, en fonction des besoins aussi souvent que nécessaire.

Le RSSI élabore et met en œuvre des indicateurs de suivi de la démarche sécurité de l'établissement.

Il appartient au RSSI de veiller à la bonne tenue de ces indicateurs.

Les fournisseurs et les prestataires de services sont les entreprises qui regroupent les agents techniques externes assurant la fourniture, la maintenance, l'exploitation, l'administration technique ou de sécurité des matériels, des logiciels et des réseaux (prestataires informatiques, éditeurs, prestataires d'hébergement...). Y compris leurs sous-traitants et les personnels mandatés par ceux-ci dans ce cadre.

Le RSSI vérifie que les contrats passés avec les fournisseurs et les prestataires de services comprennent une clause de confidentialité conforme aux préconisations de la CNIL.

Le RSSI s'assure que la charte du SI a été adressée à tous les fournisseurs et des prestataires de services intervenant sur le SI de l'établissement et que ceux-ci l'ont acceptée.

Le RSSI élabore, avec l'aide du service informatique, une procédure encadrant les interventions des fournisseurs et des prestataires de services à distance ou sur site. Cette procédure s'inspire notamment des préconisations de l'ASIP Santé (cf. PGSSI-S – « Règles pour les interventions à distance sur les systèmes d'information de santé »).

Le RSSI veille au respect de cette procédure par les fournisseurs et les prestataires de services.

Tous les accès par des fournisseurs et des prestataires de services au réseau doit faire l'objet d'un engagement contractuel.

Les contrats avec les fournisseurs et les prestataires de services doivent contenir, selon les cas, des clauses de réversibilité.

Formation du personnel à la sécurité

Une organisation doit être mise en place pour former le personnel à l'utilisation des ressources du SI. Ces formations intègrent les thèmes permettant au personnel d'appliquer la PSSI, en fonction des tâches qu'il a à accomplir.

Les formations sont mises en œuvre auprès des différentes 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.

Au moins une action de sensibilisation à la SSI doit être inscrite dans le plan de formation annuel des personnels.

Plan de continuité d'activité (PCA)

La Direction, le service informatique et le service Qualité élabore 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 SI de nouveau disponible, notamment dans le souci de répondre au besoin d'intégrité des données.

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

La sauvegarde des données contenues dans le système d'information de l'établissement est placée sous la responsabilité du service informatique, assisté par la société Progetech.

Dispositifs de sauvegarde

Les dispositifs mis en œuvre au sein de l'établissement pour réaliser les sauvegardes du SI sont les suivants :

- Robot de Sauvegarde avec lecteur de bandes
- Boîtier RDX avec Windows Backup
- Disque dur Externe
- Windows Backup vers dossiers partagés sur le serveur membre
- Shadow Copy sur les serveurs

Ces dispositifs sont installés dans la salle informatique au RdC de l'immeuble, à l'exception de 1 NAS. Il est installé « l'atelier » informatique au 2^{ème} étage de l'immeuble.

Procédure de sauvegarde

Les sauvegardes sont paramétrées dans les logiciels de sauvegarde ci-dessus et lancées automatiquement selon le plan de sauvegarde.

De plus, le résultat des sauvegardes est consigné de manière journalière dans un registre tenu par le service informatique.

En cas de problème de sauvegarde le logiciel l'indique dans le rapport qu'il produit systématiquement. Le service informatique consulte les rapports de sauvegarde. 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

Processus de gestion des données à restaurer

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 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 (CF. Chapitre 8 du PRA)

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.

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.

INFORMATION DES UTILISATEURS EN CAS DE PANNE

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 référents applicatifs concernés, sans attendre son diagnostic.

Les référents applicatifs alertent les utilisateurs et 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 établi, un message est transmis par mail aux référents applicatifs concernés.

Les référents applicatifs informent les utilisateurs.

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 référents applicatifs concernés.

FONCTIONNEMENT EN MODE DEGRADE ET RETOUR AU MODE NORMAL (VOIR PROCEDURE DE FONCTIONNEMENT DEGRADE)

Les dispositions prévues pour le fonctionnement en mode dégradé des applications au cœur du processus de soins de l'établissement, et leur retour au mode normal sont décrites 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.

Ces procédures concernent les services suivants :

Service	Applicatif	Nom et référence de la procédure
---------	------------	----------------------------------

Admission - Facturation	AT HOME	Procédure de fonctionnement dégradé du SI et de retour au mode normal
Service de soins	AT HOME	Procédure de fonctionnement dégradé du SI et de retour au mode normal

ORGANISATION DE L'EQUIPE DE GESTION DE CRISE

L'équipe de gestion de crise

La cellule de crise analyse les situations critiques et prend les décisions 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.

Fonction	Nom Prénom	Mail
Directeur Général	Jean-Bernard PERDIGAL	dg@sante-solidarite-var.fr
Directrice	Marie LEROY	dir-adj@sante-solidarite-var.fr
DRH	Mélissa MALTESE	drh@sante-solidarite-var.fr
Gestionnaire Service Système d'Information et Technique, RSSI	Fabien DELPEUCH	rssi@sante-solidarite-var.fr
Médecin DIM	Patrick ANDREU	Pandreu@sante-solidarite-var.fr
Directeur des Soins	Léonie FARGIER	dds@sante-solidarite-var.fr
La pharmacienne Coordonnateur	Cécile HOUDARD	choudard@sante-solidarite-var.fr
Secrétaire de Direction Générale	Maryline LARIOS	sdg@sante-solidarite-var.fr

Rappel des horaires du service informatique :

Le service informatique est joignable **du Lundi au Vendredi** dans les horaires suivant :

09h00 à 12h30 et de 14h00 à 17h30

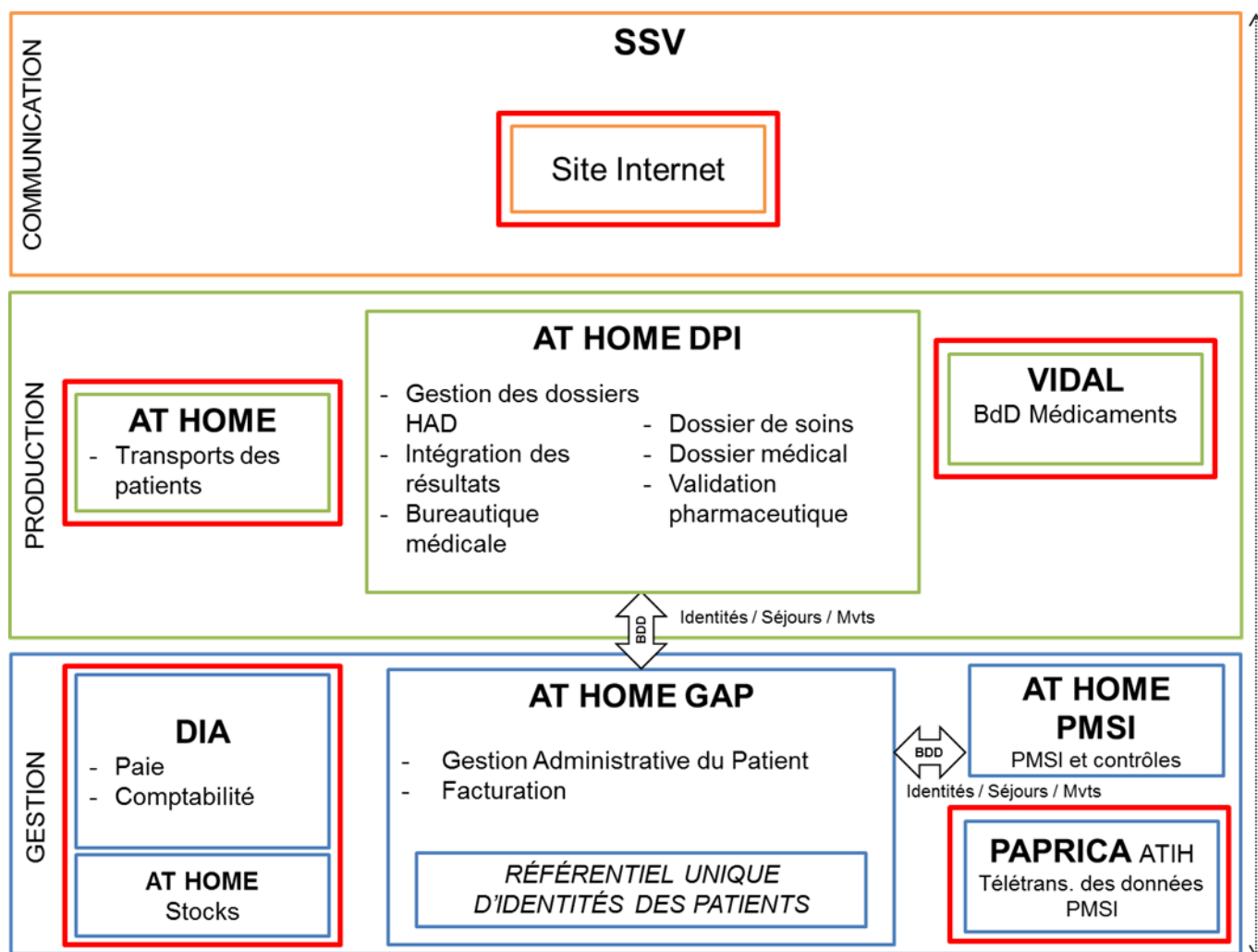
En cas d'absence du service informatique, la société Progetech est joignable du lundi au vendredi de (08h30-12h30 / 14h00-17h00)

Astreintes en dehors des horaires ouvrables de l'établissement :

- Samedi et Jours Fériés (7h30-12h30, 16h30-19h30) : Fabien DELPEUCH 06.80.83.75.53 ou Khaled BENHAMED

INFRASTRUCTURE FONCTIONNELLE

Cartographie du système d'information



MOYENS ET ORGANISATION DU SI

Les locaux hébergeant les ressources informatiques

La totalité des biens et des ressources informatiques sensibles de l'établissement est regroupée dans la salle informatique située au RDC de l'immeuble abritant le siège de la structure à La Garde.

Dans les antennes de Brignoles et de la Seyne, les serveurs sont installés dans des pièces dédiées.

Les paragraphes suivants décrivent les principaux dispositifs mis en œuvre pour la sécuriser physiquement.

Protection des accès aux locaux informatiques

L'accès physique à la salle informatique est protégé par une porte dont la serrure est commandée par un lecteur de badges. Seuls le service informatique, la direction de l'établissement et la secrétaire de direction disposent d'un badge permettant l'accès à la salle informatique.

Par ailleurs une caméra de surveillance est installée dans le couloir qui mène à la salle informatique.

Les accès au bureau et à « l'atelier » informatiques sont protégés par des portes fermant à clés. Seuls le service informatique et la secrétaire de direction disposent des clés pour accéder à ces locaux. L'accès aux locaux hébergeant les serveurs sur les sites de Brignoles et de La Seyne sont protégés par une porte fermant à clé. Seuls le service informatique, la secrétaire de direction et les responsables d'antennes présentent sur les antennes disposent des clés pour accéder à ces locaux.

Protection électrique

La baie principale (serveurs, routeurs...) installée dans le local informatique au siège est protégée par 2 onduleurs (3 et 5 kVA). La baie secondaire (switchs, brassage, ...) par un onduleur de 1,5 kVA.

Les serveurs installés à Brignoles et à La Seyne sont protégés par des onduleurs.

De plus chaque poste de travail est équipé d'un onduleur individuel permettant de le maintenir en fonctionnement.

Les onduleurs sont équipés d'un système d'autocontrôle des batteries. Ils sont renouvelés tous les 3 ans.

Climatisation

La salle informatique du siège est maintenue à une température de 18 ou 19°C par un système de climatisation sous contrat de maintenance par la société MENERO. Le contrat prévoit une intervention sous 4 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.

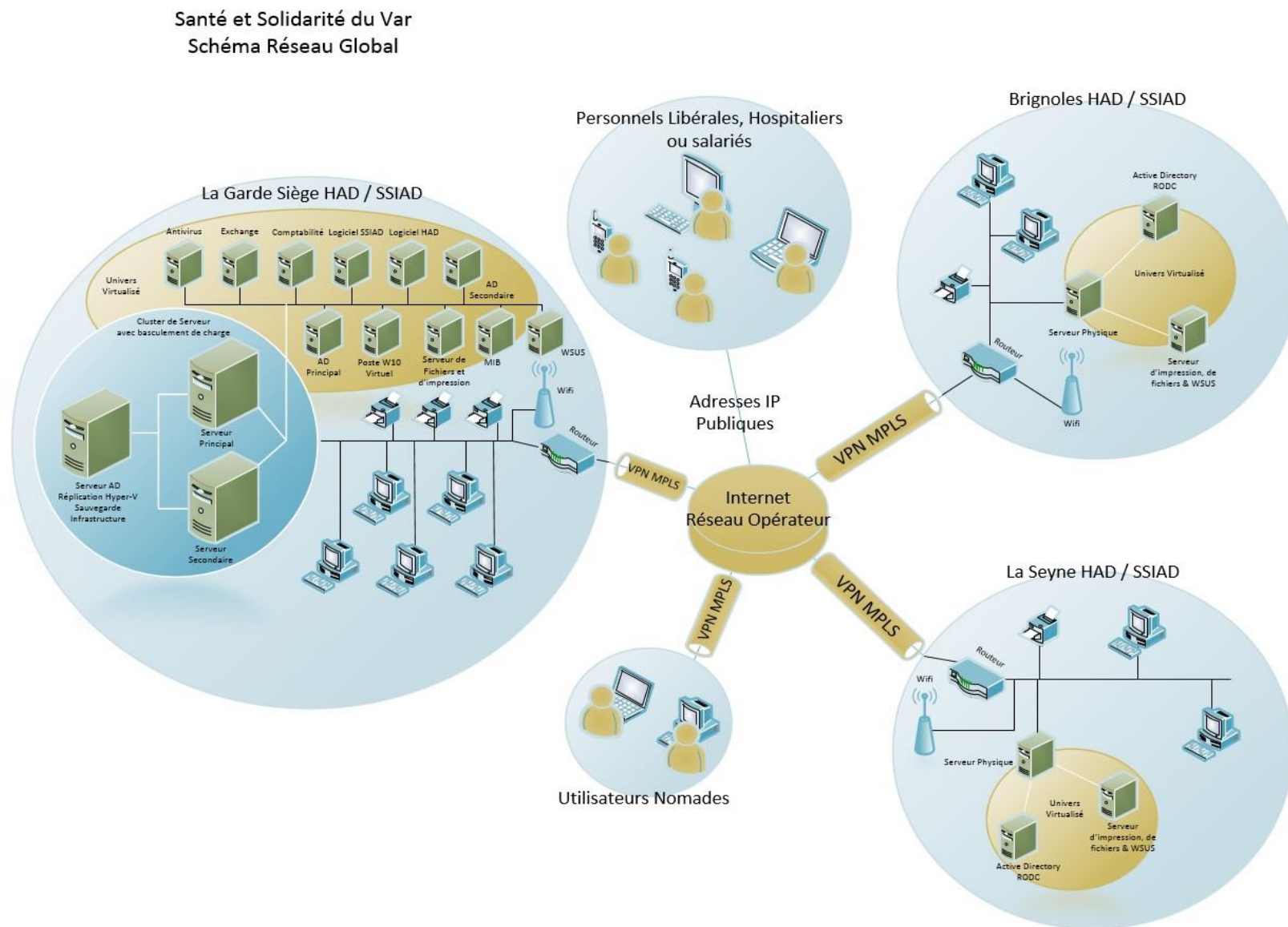
Par ailleurs, ils sont installés dans des baies isolées du sol.

Système de protection contre l'incendie

La salle informatique ne dispose pas de protection contre l'incendie. Cependant un détecteur de fumée est installé à proximité immédiate du local ainsi qu'un extincteur à l'intérieur de celui-ci.

Ces systèmes de protection contre l'incendie sont maintenus par la société SVEEL. Le contrat prévoit 2 visites de contrôle par an. Ils sont également testés régulièrement lors des exercices incendies.

Schéma de l'infrastructure système



L'établissement dispose actuellement de 19 serveurs.

Le serveur principal réplique les données de l'Active Directory toutes les heures en utilisant la totalité de la bande passante sur les serveurs de Brignoles et la Seyne et inversement.

La DFS est également répliqué mais de manière différente, tous les jours de 19h00 à 07h00 et de 12h00 à 14h00 en utilisant l'ensemble de la bande passante vers Brignoles et La Seyne et inversement.

En cas de panne, au moment de la remise en fonction, il est impératif de redémarrer le serveur en premier, avant de rétablir les autres serveurs graduellement.

Si la coupure a duré plus de quelques heures, un redémarrage des serveurs distants est nécessaire pour resynchroniser l'AD.

Stockage des données

Les données sont stockées sur les disques internes des serveurs en RAID 5 ou 6 selon les matériels.

Supervision et contrôle des systèmes

La supervision et le contrôle des systèmes sont effectués par le service informatique assisté par la société PROGETECH.

PROGETECH intervient sur site de façon bimestrielle pour un contrôle approfondi de l'infrastructure « système » et conseiller si nécessaire l'établissement sur les éventuelles mesures à mettre en œuvre (mises à jour, accroissement de capacité...) pour maintenir le système d'information en conditions optimales de fonctionnement.

Protection contre les Virus

La protection contre les virus est réalisée à l'aide de l'antivirus Trend Micro dont la gestion (console d'administration, mises à jour sur les postes de travail...) est centralisée sur un serveur.

Par ailleurs un logiciel de type « anti-malware, anti-spyware et anti-rootkit » est installé sur chaque poste de travail

Procédures d'exploitation, d'interventions et de maintenance

L'équipe informatique dispose d'un ensemble de procédures et de fiches techniques pour la guider dans ses tâches d'exploitation et de maintenance des principaux composants du système d'information de l'établissement, et dans ses interventions en cas de problème ou de panne.

Ces procédures et ces fiches techniques sont listée au §1.3.2 du 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).

Les utilisateurs sont tenus informés de la prise en compte des problèmes ou des pannes, des actions menées pour leur résolution et des mesures transitoires à prendre pour assurer la continuité de l'activité des services (Cf. chapitre 7 du PRA : « Information des utilisateurs en cas de panne »).

Chaque intervention sur les principaux composants du système d'information fait l'objet d'une traçabilité dans un registre spécifique.

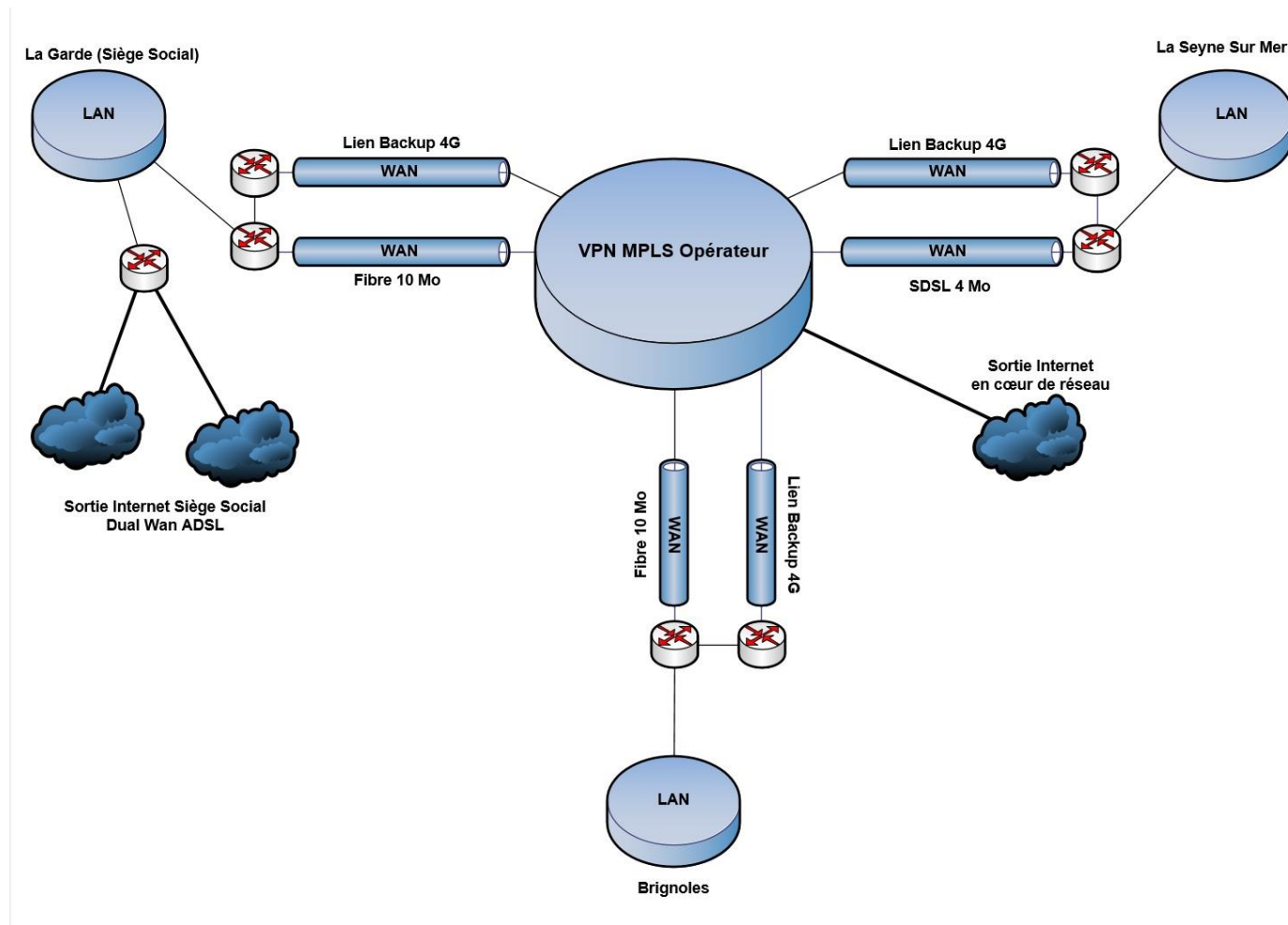
Les contrats de maintenance et d'assistance en cours

L'ensemble des matériels informatiques en exploitation au sein de l'établissement 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 à travers le document : Annuaire des prestataires informatiques et techniques : DTQ-SIH-DA/001-01

L'infrastructure réseau

Schéma du réseau



Transport de données

Le transport des données entre les 3 sites de l'établissement est réalisé par des liens Fibre 10 Mo et SDSL 4Mo (400 ko/s), à travers un tunnel VPN MPLS souscrit chez Bouygues Telecom.
Au niveau du siège social la connexion à Internet s'effectue via un routeur connecté à 2 lignes ADSL redondantes (DUAL WAN ADSL), il est prévu avec la venue de la fibre en 2018 de supprimer ce fonctionnement et d'utiliser la fibre pour l'accès à internet, si le débit le permet.
En ce qui concerne les sites de Brignoles et de La Seyne, les liens SDSL servent également à sortir sur Internet.

En cas de coupure des liens SDSL, une garantie de temps de rétablissement sous 4h est comprise dans le contrat 5j/7 de 8h à 18h.

Concernant les abonnements ADSL le temps de rétablissement n'est pas garanti.

Protection des données

Respect des textes légaux et réglementaires

Le système d'information de l'établissement respecte la législation et la réglementation en vigueur :

- Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, textes réglementaires d'application, délibérations / recommandations /avis CNIL associés
- Code civil (respect de la vie privée...)
- Code pénal (secret professionnel...)
- Code de la santé publique (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé consacrant le droit des patients au respect de sa vie privée et au secret des informations le concernant, protection des données personnelles, exploitation et traitement des données médicales, droits d'accès aux données de santé, information des patients et des professionnels de santé, traitements de données à des fins statistiques et épidémiologiques, nécessité d'un agrément des hébergeurs de données de santé, obligation de recourir à la carte de professionnel de santé ou à un dispositif équivalent, identifiant national de santé - INS...)
- Code de la sécurité sociale (droits des assurés, NIR, remboursement des soins, Carte Vitale...)
- Code de déontologie professionnelle
- Code de la propriété intellectuelle (protection des logiciels, des bases de données...)
- La loi relative à la fraude informatique (loi Godfrain)
- La loi pour la confiance dans l'économie numérique (LCEN)
- Les instructions et recommandations interministérielles provenant de la Direction Générale de l'offre de soins (DGOS), de l'ASIP Santé ou de la DSISS
- Le RGPD

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, à minima la charte informatique.

Sécurité des accès logiques

Les utilisateurs se connectent au système d'information à l'aide d'un login et d'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 et 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.

Lors des connexions externes via des tablettes, les utilisateurs se connectent au travers d'un VPN qui est ouvert à la demande à l'aide d'un mot de passe spécifique et d'une clé de cryptage.

Contrôles de la saisie des données

Les applicatifs intègrent des dispositifs de contrôle de cohérence des données notamment à la saisie (Se rapprocher des référents applicatifs pour plus d'informations).

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

Procédure de fonctionnement en mode dégradée et de retour au mode normal

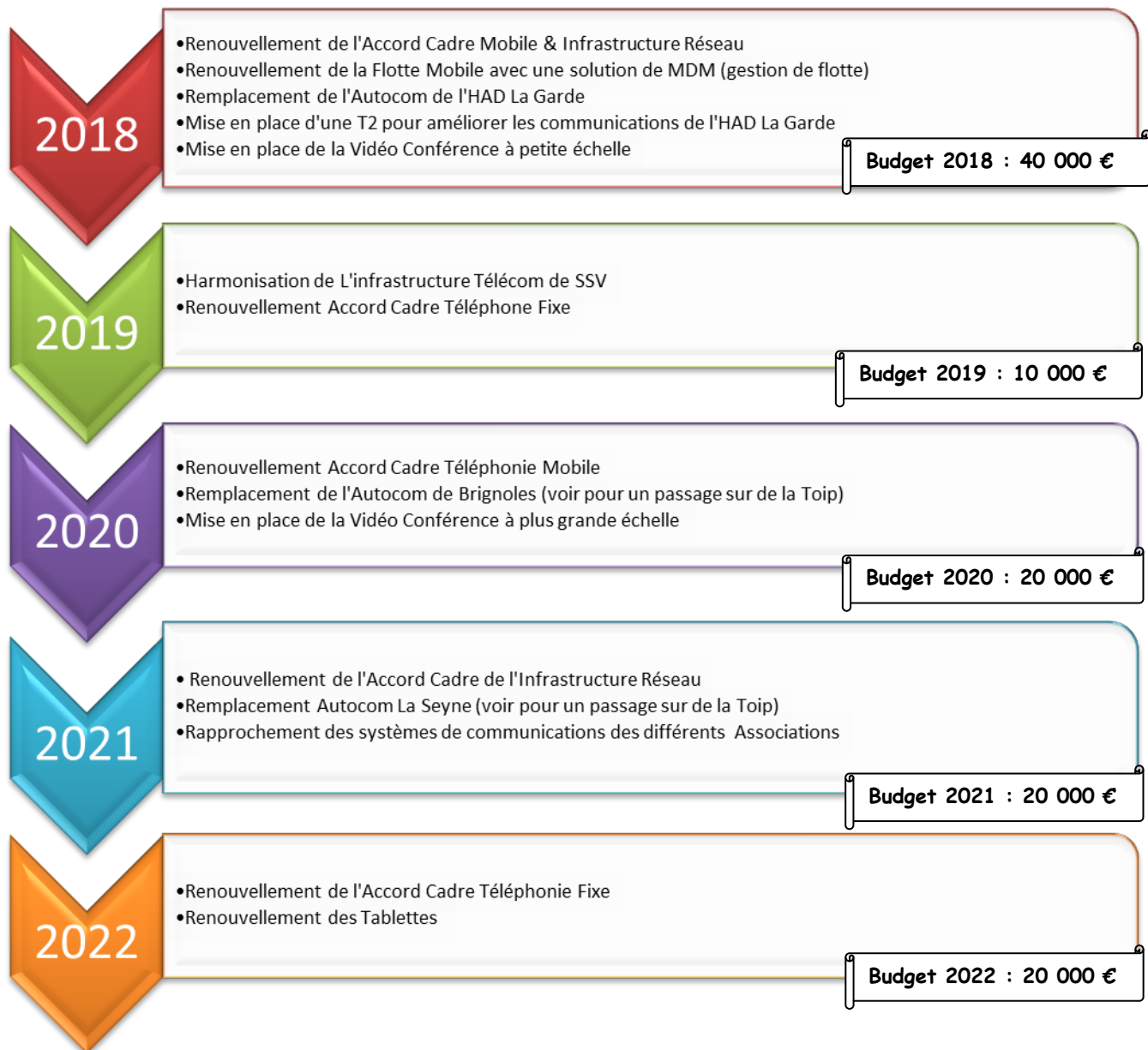
En cas d'indisponibilité totale ou partielle des applicatifs au cœur du processus de soins de l'établissement, les utilisateurs concernés doivent mettre en œuvre les procédures de fonctionnement en mode dégradé puis de retour au mode normal.

Plan d'actions SSI

L'établissement s'est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la sécurité de son système d'information.

LES AXES POUR 2018-2022

Pour récapituler la chronologie d'amélioration du système de télécommunications :



Depuis sa création, SSV a fait évoluer son architecture informatique au fil des années. Vous pouvez voir une partie de ses améliorations depuis 2009 jusqu'à aujourd'hui dans le document proposé en annexe intitulé « Projet d'établissements 2012 ».

Voici identifié par année, les différents projets en informatique que souhaite mener SSV.

2013

- Mise en place d'un réseau Wifi sur l'ensemble des structures, accès sécurisé par une clé WPA2 chiffré par les protocoles TKIP + AES et dont le SSID (nom du réseau) sera caché (cela permettra de bloquer l'accès à quiconque ne connaissant pas les coordonnées du réseau Wifi afin de ne pas y accéder).
- Un Serveur Proxy sera installé sur un serveur déjà existant pour chaque entité qui permettra une gestion des flux internet plus précise et plus rapide, sécurisant d'autant plus la navigation.
- Le Serveur de Brignoles devra être renouvelé pour remplacer celui existant qui entrera dans sa 8ème année dont la fin de vie approche
- Une étude sera menée pour tenter d'améliorer les liaisons inter-sites, voir s'il est possible de nous raccorder à la fibre.

2014

- Pour améliorer le système de sauvegarde comme dit précédemment, SSV a pour projet de faire installer un serveur qui gèrera la partie sauvegarde, antivirus, ghost (image des postes pour faire une réinstallation rapide) et WSUS (service Windows permettant la mise à jour par le réseau des postes de travail) sur chaque antenne.

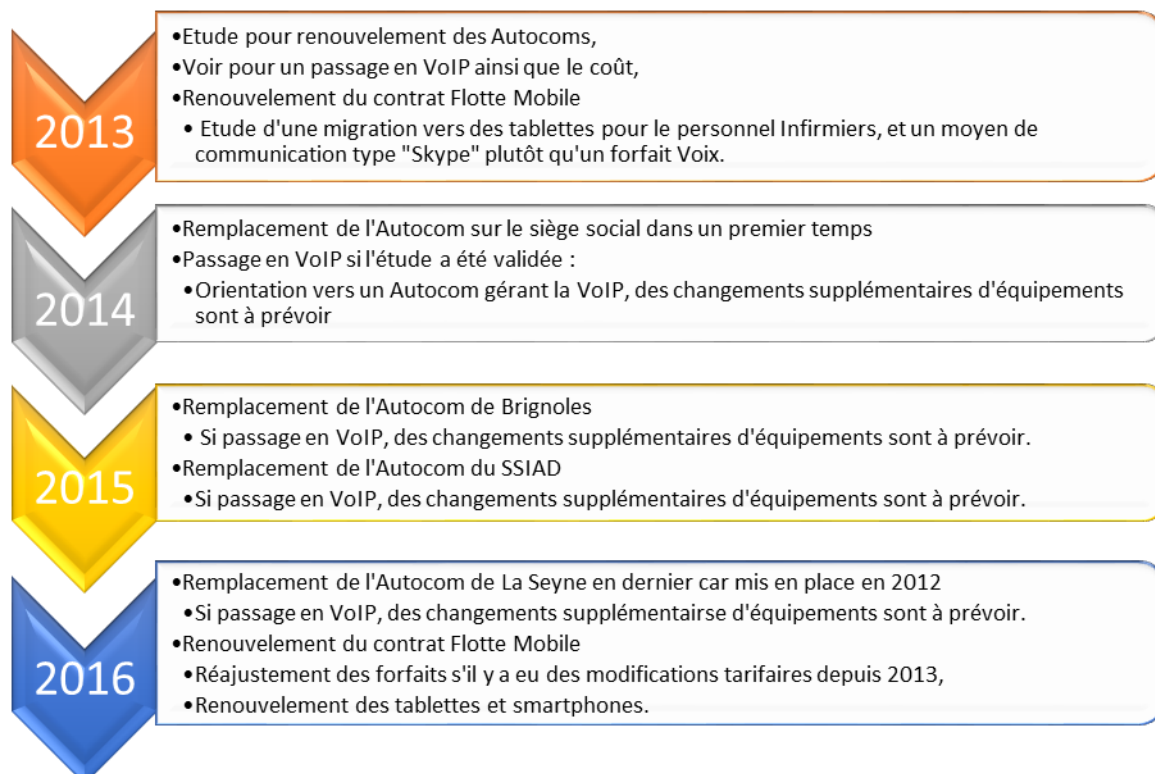
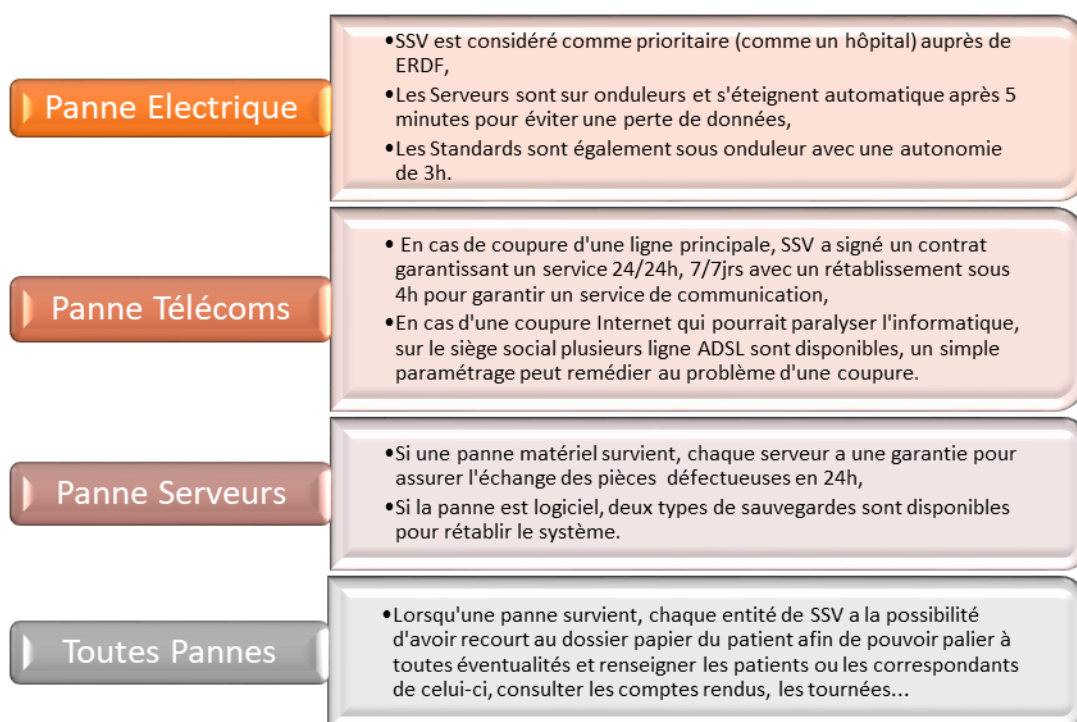
2015

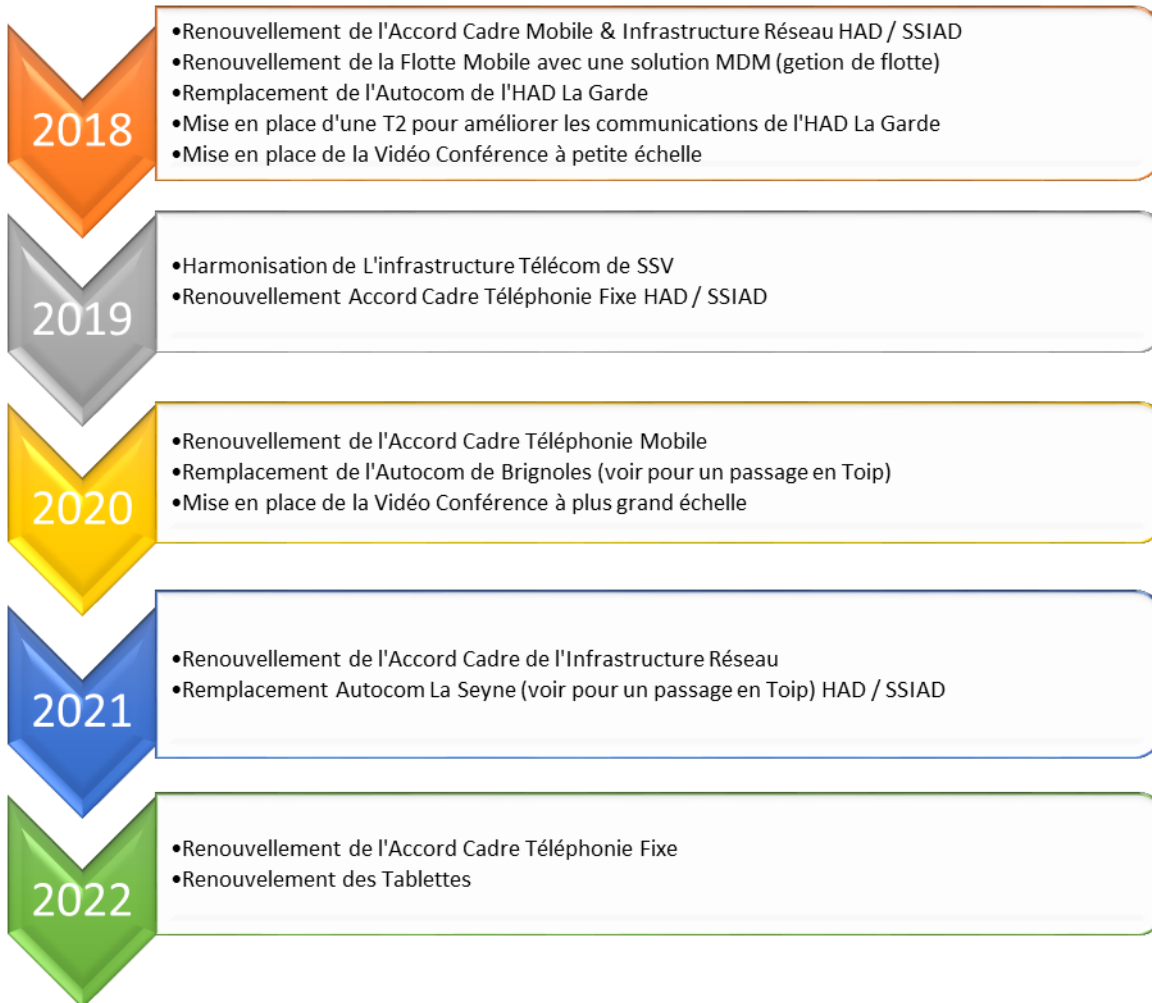
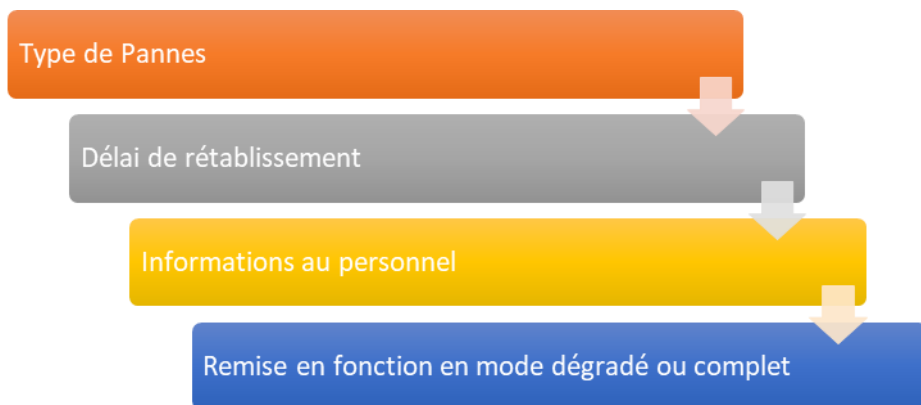
- Remplacer les deux serveurs physiques « Exchange » et « Extranet » par un serveur plus puissant qui pourra les gérer virtuellement,
- Si possible il faudra faire évoluer la version du système d'exploitation du serveur « Extranet » de « Windows Server 2003 » vers « Windows Server 2008 » en étroite collaboration avec la société Arcan afin de savoir si leur produit est compatible,
- Migrer la version du serveur de messagerie vers la version Exchange 2010.

2016-2017

- Le projet le plus important arrivera entre 2016 et 2017, celui-ci sera déployé sur deux années pour palier au besoin financier. Le but étant de réaliser le cluster de serveur exprimé au 9.2.3.
- Un serveur sera chargé de faire la balance lorsqu'un utilisateur demandera à se connecter à At'home, celui-ci est chargé de définir vers quel serveur le renvoyer pour éviter d'un surcharger l'un ou l'autre.
- Derrière ce serveur, deux autres serveurs possédant les mêmes caractéristiques, globalement le deuxième étant un clone du premier, la base de données médicale sera installée sur chacun des serveurs afin de permettre une continuité de service 24/24h 7/7 jours même en cas de crash de l'un des serveurs.

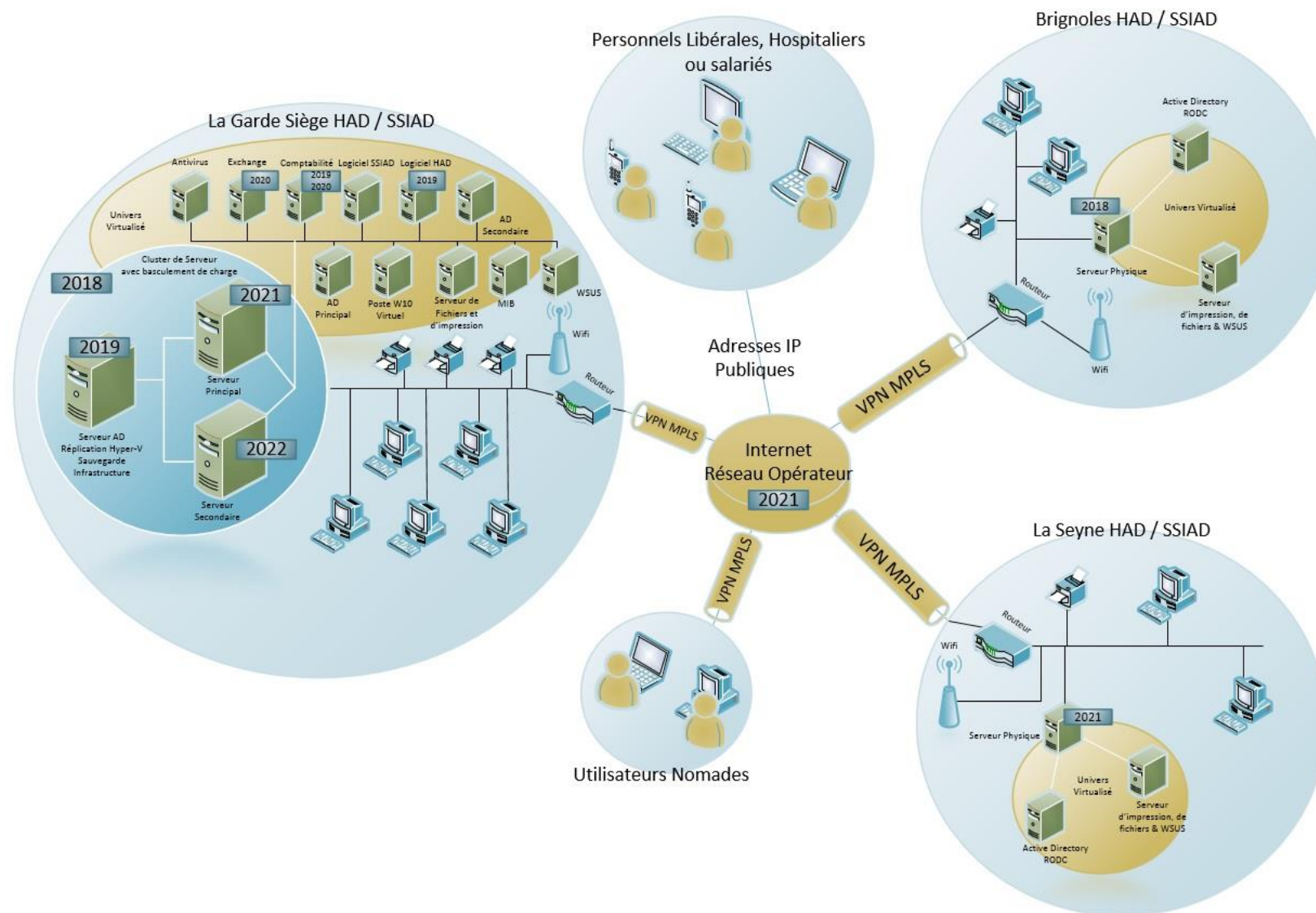
Pour mieux visualiser les évolutions prévisionnelles de SSV, nous vous en proposons le schéma







Santé et Solidarité du Var
Schéma Réseau Global Prévisionnel 2018-2022



LA QUALITE, LA GESTION DES RISQUES ET LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

INTRODUCTION

Lorsque l'on parle de qualité dans un établissement de santé, on évoque avant tout la qualité liée aux soins. Aujourd'hui, cette notion est élargie à **l'ensemble des prestations de l'Hôpital**.

Le patient doit être certes bien soigné mais il doit également être accueilli, écouté, informé, pris en charge dans les meilleures conditions.

La politique qualité est un axe stratégique fort de l'Association qui met en place une organisation à la hauteur des enjeux. L'identification de référents spécialisés s'inscrit dans un objectif de **transversalité**, de **pluridisciplinarité** et de **rayonnement de la démarche qualité** vers tous les secteurs d'activités et tous les acteurs de l'Association SSV.

Depuis plus de 10 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 plus récemment 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.

Santé et Solidarité du Var (SSV) est une Association regroupant un secteur sanitaire (services Hospitalisation A Domicile) et médico-sociale (Services Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) et Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)).

Ces deux domaines d'activité ont des démarches qualité différentes de par :

- Les calendriers et le fonctionnement des visites d'évaluations internes et externes
- Les moyens et outils : l'un se référant à des recommandations et l'autre à un référentiel auquel il convient de se conformer.

Le Service Qualité et Gestion des Risques est constitué, à ce jour, d'un Responsable Qualité et Gestion Des Risques épaulé par un assistant dans le cadre des démarches d'évaluation (certification et évaluation interne et externe)

Outre les temps forts de préparation aux visites externes, le service qualité fonctionne de manière continue et rayonne sur l'ensemble des activités et des services de SSV (HAD, SSIAD et ESA).

Depuis 2003, le service HAD SSV est engagé dans la démarche de Certification de la HAS (Haute Autorité de Santé).

Le rapport des experts visiteurs relatif à la certification V2007 et V2010 a d'ailleurs confirmé l'important dynamisme de l'Association SSV. Nous avons été certifiés en 2014 sans aucune recommandation ni réserve.

D'autre part, **depuis 2013**, les SSIAD et ESA SSV sont entrés dans une démarche qualité par l'évaluation interne en 2013 et l'évaluation externe en 2014.

L'Association SANTE ET SOLIDARITE DU VAR a la volonté de renforcer et structurer sa démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge et des soins prodigués ainsi que sa maîtrise des risques liés au fonctionnement de l'établissement.

Il convient de traduire cette ambition dans une politique inscrite dans les orientations stratégiques de l'Association ainsi que dans un programme d'actions.

1-La politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques

La politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques se décline en plusieurs orientations, fortement inspirées par l'environnement réglementaire et normatif, les recommandations auxquelles les établissements de santé doivent répondre ainsi que les résultats de la dernière procédure de certification ou du rapport de l'évaluation externe.

La politique qualité de l'association SSV a pour objectif la satisfaction de ses usagers et de leur entourage, ainsi que celle de son personnel et de l'ensemble des acteurs externes avec lesquels l'établissement collabore (médecins, paramédicaux, fournisseurs ...).

LE PILOTAGE DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES

Structure de Pilotage

La démarche qualité et gestion des risques est pilotée par **la Commission qualité, gestion des risques et sécurité des soins (CQGDRSS)** qui est intégrée au Comité de Direction.

La CQGDRSS a pour mission de :

La commission chargée de la qualité de la gestion des risques et de la sécurité des soins :

- Valide le projet qualité - gestion des risques de l'établissement
- Valide l'organisation de la procédure de certification et le compte qualité
- Evalue le programme qualité - gestion des risques, ainsi que l'impact des actions mises en place et assure leur ajustement et la pérennisation des résultats
- Evalue le programme EPP
- Prend toutes les initiatives nécessaires pour développer une culture de la sécurité dans l'établissement.
- Conseille les praticiens et les professionnels pour la conception et la mise en œuvre des démarches qualité
- Formule toute recommandation utile en matière d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ou de formation des professionnels.
- Etudie la sécurité du système d'information et le suivi des incidents de sécurité qui sera présentée par le Responsable du Système d'Information et consulte l'état d'avancement du Programme d'Actions.

Structure de support

Le service qualité assure l'amélioration continue et le suivi de la qualité et gestion des risques par **diverses actions telles que principalement** :

- le suivi des actions d'amélioration de qualité et gestion des risques par le biais des diverses instances internes
- le suivi de la gestion documentaire informatique et en version papier
- l'encadrement interne pour l'audit IPAQSS, le compte qualité et l'audit du patient traceur
- le suivi des Evénements Indésirables (EI)
- la communication qualité par le biais de communiqués qualité, d'informations mises en ligne sur le site Internet de SSV, de mailing et de participation à des événements nationaux (par exemple la semaine de sécurité du patient)
- le suivi de la démarche de certification
- la réalisation des bilans des questionnaires de satisfaction et des événements indésirables

Le Programme d'Action Qualité, Gestion des Risques et Sécurité des Soins (PAQGDRSS)

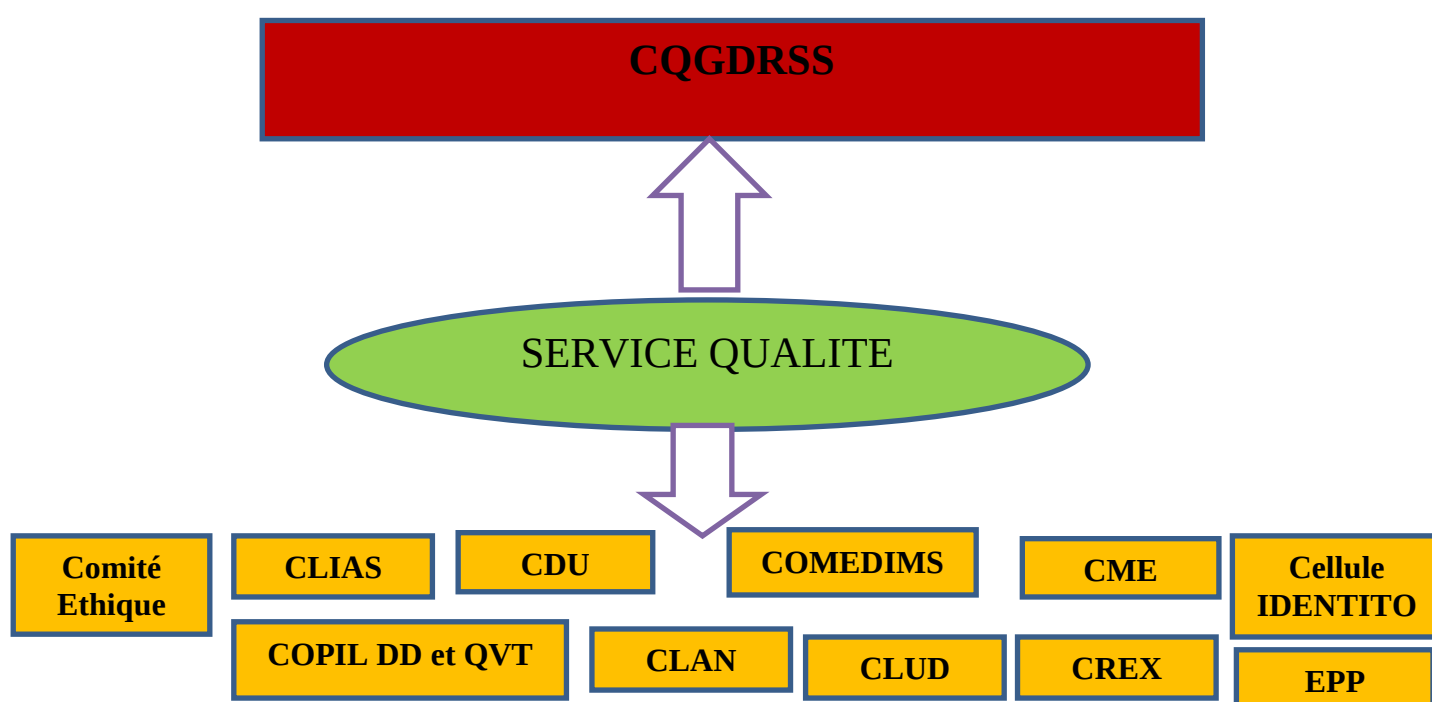
Afin de structurer la démarche qualité dans un établissement de santé, la mise en place du **PAQGDRSS** s'avère indispensable.

Le PAQGDRSS a pour finalité de recenser tous les projets que la structure souhaite mener pour améliorer la sécurité et la qualité des soins.

Il sert à décrire et analyser les processus de prise en charge globale autour du patient et/ou usager, avec l'ensemble des professionnels concernés, pour les améliorer. Dans un second temps, il permet de mettre en place les actions préventives qui permettront d'améliorer la qualité du processus d'où la mise en œuvre d'un PAQGDRSS en secteur médico-social.

Le PAQGDRSS HAD et le PAQGDRSS SSIAD/ESA sont en accord avec les évaluations internes et le Projet d'Etablissement (PE).

Les PAQGDRSS sont suivis dans les diverses instances de SSV et font l'objet de réunions de suivi régulières.



La politique qualité se décline **en 8 grandes orientations** qui sont repris tout au long du projet d'établissement :

AXE N° 1 : Approfondir la démarche qualité et la sécurité des soins

AXE N°2 : Sécuriser la prise en charge médicamenteuse

AXE N° 3 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins

AXE N° 4 : Développer et coordonner les évaluations de pratiques professionnelles et le Développement professionnel continu (DPC).

AXE N° 5 : Promouvoir la connaissance et le respect des droits de patients

AXE N° 6 : Développer le bien-être et la sécurité au travail

AXE N°7 : Promouvoir une démarche de développement durable-

AXE 8 : Poursuivre la mise sous assurance qualité du système d'information

CONCLUSION

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. La politique qualité, sécurité des soins et gestion des risques sera revue tous les deux ans et chaque fois que nécessaire afin d'intégrer tout élément (notamment en tenant compte de la procédure de Certification HAS) susceptible de faire évoluer significativement ses orientations

2- La politique d'évaluations de pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques professionnelles a pour but d'améliorer la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé, dans le respect des règles déontologiques.

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, et inclut **la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.**

L'amélioration effective de la qualité des soins impliquant un engagement pérenne, la priorité doit être donnée à des modalités d'évaluation intégrées à l'exercice quotidien.

Tous les professionnels de santé sont concernés par l'évaluation des pratiques professionnelles à travers l'obligation de formation continue.

La politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) **s'intègre dans la démarche d'amélioration continue de la qualité** développée au sein de l'établissement. Le domaine de l'évaluation fait déjà l'objet de nombreuses actions. C'est une démarche organisée d'amélioration des pratiques, consistant à comparer

régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles et les référentiels existants.

Certaines EPP ont été initiées depuis de nombreuses années. La dynamique EPP est notamment soutenue par certaines instances (CLUD, CLIAS...) grâce à l'investissement et à l'implication des professionnels.

La loi introduit notamment une obligation individuelle d'évaluation des pratiques professionnelles pour tout médecin au cours d'une période maximale de cinq ans.

Toutefois, si cette obligation est, par définition légale, individuelle, sa réalisation en établissement de santé n'a le plus souvent de sens que dans le cadre d'un travail d'équipe pluridisciplinaire et/ou pluri professionnel.

La stratégie en matière d'EPP est définie par la Commission EPP est validée par le Directeur.

Il revient donc à la commission médicale d'établissement, avec l'aide de la commission de l'évaluation des pratiques professionnelles d'organiser l'évaluation des pratiques professionnelles, en cohérence avec le projet médical et les pratiques médicales de l'établissement.

Les objectifs à atteindre sont les suivants :

- Définir annuellement les thèmes des Evaluation des Pratiques Professionnelles.
- Mettre en place annuellement des actions d'amélioration des pratiques sur les thèmes des EPP.
- Suivre régulièrement, lors des réunions de la Commission EPP, les actions entreprises et mesurer l'impact de ces actions sur la prise en charge des patients

Pour faciliter la mise en œuvre des démarches d'EPP par le corps médical, **le cadre de santé**, le responsable qualité/risques de l'Association intervient en Commission EPP pour un rappel méthodologique.

LES AXES DE LA POLITIQUE EPP

Axe 1 : Organisation de la démarche, de la sous-commission EPP et des supports méthodologiques

Objectifs :

- Assurer le recueil exhaustif et le suivi des démarches
- Apporter l'aide méthodologique nécessaire aux pilotes des différentes démarches EPP
- Dialoguer entre professionnels sur les démarches initiées
- Articuler la politique EPP avec la démarche de Développement Professionnel Continu (DPC)

Axe 2 : Le déploiement des EPP dans toutes les instances liées aux soins

Objectifs :

- Les démarches initiées type audit clinique, audit clinique ciblé, revue de pertinence sont déployées dans chaque instance médicale.
- Le choix du thème doit être justifié aux regards : de la fréquence, du potentiel d'amélioration, de la gravité, de la faisabilité et dynamique d'évaluation.

Axe 3 : Le recensement de l'ensemble des démarches engagées dans les différentes instances

Objectifs :

Connaître de manière exhaustive, toutes les démarches mises en œuvre dans les différentes instances

Axe 4 : Assurer la pérennité des démarches initiées.

Axe 5 : Pérenniser le recueil des indicateurs IPAQSS et les utiliser comme outil de pilotage

Axe 6 : Inscrire le patient traceur dans la politique d'amélioration de la qualité, sécurité des soins et Gestion des Risques

3-LA POLITIQUE D'IDENTITOVIGILANCE

CONTEXTE ET OBJECTIFS

L'objectif général de l'établissement est de contribuer à la qualité de la prise en charge du patient grâce à la qualité de l'identification au sein du système d'information.

Les objectifs spécifiques sont :

- D'assurer qu'une identité, et une seule, correspond à chaque personne physique prise en charge au sein de l'établissement, quelle que soit cette prise en charge ;
- De permettre ainsi l'accès à l'ensemble des informations concernant un patient, en minimisant le risque de méconnaître une partie des données ;
- De réduire le risque d'erreur sur l'identification de la personne prise en charge ;
- De sécuriser la communication d'informations avec d'autres domaines d'identification
- De contribuer à l'exactitude des statistiques d'activité (T2A ...)
- De contribuer à la conservation sur le très long terme des données concernant les patients (dossiers médicaux...)
- De contribuer à améliorer l'interopérabilité des systèmes d'information au sein de l'établissement.

Ainsi, l'identification du patient à Santé et Solidarité du Var s'inscrit dans la politique qualité, gestion des risques et sécurité des soins de l'établissement.

La politique d'identification s'applique à une organisation unique et considérée comme une seule entité : **L'Association SANTE ET SOLIDARITE DU VAR**. Elle s'applique à la prise en charge en **Hospitalisation à Domicile**.

N° FINESS établissement : 830 001 855

Adresse postale : ESPACE France EUROPE, 1328 Chemin de la Planquette
CS 90587 LA GARDE, 83041 TOULON CEDEX 9

Le patient est directement concerné par son identification.

Les professionnels concernés sont ceux qui prennent directement en charge le patient et ceux qui interviennent sur tout ou partie des données médico-administratives du patient :

- les médecins et le personnel paramédical (aides-soignants, infirmiers)
- les secrétaires médicales
- les personnels administratifs réalisant l'identification de patient ou traitant le dossier
- les assistantes sociales
- les psychologues
- les personnels des services informatiques
- le service logistique
- les intervenants libéraux

Les instances en charge de l'identitovigilance et du rapprochement d'identités au sein de l'établissement sont :

- ☐ la Cellule décisionnaire : Autorité de Gestion des Identités (AGI)
- ☐ La Cellule d'Identito Vigilance de l'établissement (CIV).

Compte tenu de la taille de l'établissement et de sa spécificité, l'AGI et la CIV ne forment qu'une seule instance.

Missions

- ☐ Déterminer la politique d'identification au sein de l'établissement ;
- ☐ Mettre en œuvre la politique d'identification ;
- ☐ Définir la politique de formation en termes d'identitovigilance et s'assurer de sa mise en œuvre
- ☐ Définir les indicateurs qualité de l'identification, et interpréter ses résultats
- ☐ Produire un bilan annuel, basé sur les indicateurs

4-La politique de développement durable

Quelques notions :

- Le management durable vise à prendre en compte les principes du développement durable dans la gouvernance de l'Association et à les inscrire dans les orientations stratégiques (Projet d'établissement). S'engager dans un management durable signifie donc que les choix décisionnels sont inspirés des principes du développement durable apprécié dans ses trois composantes : économique, sociale et environnementale.

- Conduire une politique, c'est affirmer une conviction et la traduire dans un projet engageant pour l'institution et responsabilisant pour tous. Conduire ce projet c'est arrêter un plan d'actions construit autour d'objectifs priorités, dans un calendrier déterminé, et dont les résultats d'exécution sont évalués au moyen d'indicateurs dédiés.

GENESE ET ENJEUX DU DEVELOPPEMENT DURABLE

1987 : Publication du rapport de la Commission mondiale sur l'environnement et le développement «Notre Avenir à Tous » (rapport BRUNDTLAND) qui fonde la notion du développement durable dans ses trois dimensions : économique, sociale et environnementale

Le Développement Durable est alors défini :

« Capacité des générations présentes de satisfaire leurs besoins sans compromettre l'aptitude des générations futures et satisfaire les leurs ».

En d'autre terme : il ne faut hypothéquer les ressources de la planète et réfléchir à nos modes de consommation car le monde continue d'exister après nous.

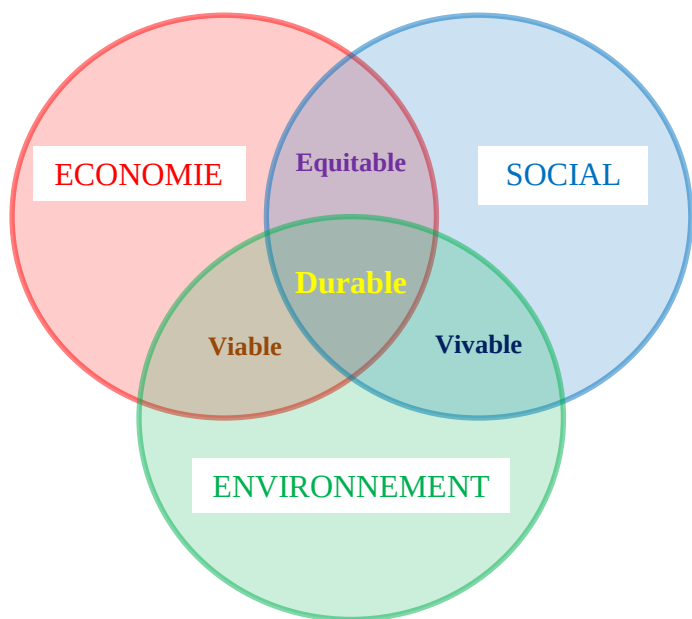
Le Développement Durable est né de trois constats :

- Constat environnemental : la terre est surexploité (réchauffement climatique, désertification...)

- Constat humain : écarts de développement et aspects humains
- Constat financier

Le Développement Durable est la résultante de ces trois préoccupations qui fondent les trois piliers du DD : Environnementale- Economique et Sociale

Pour qu'un système ou une entreprise soit durable, il faut trouver le juste équilibre entre ces trois champs.



Principes du Développement Durable

LE DEVELOPPEMENT DURABLE EN SANTE

Pourquoi ?

- Une réelle responsabilité face aux grands enjeux de société
- Un secteur avec un devoir d'exemplarité et de prévention
- Une nécessaire adaptation à de nouvelles contraintes

Comment ?

- Aucune initiative durable ne pourra être mise en place sans l'impulsion de la Direction et l'implication du personnel
- Inscrire le développement durable dans le projet d'établissement
- Motiver et impliquer le personnel
- Planifier les démarches DD

La politique de Développement Durable à SSV

Le management durable vise à prendre en compte les principes du développement durable dans la gouvernance de l'Association et à les inscrire dans les orientations stratégiques du Projet d'Etablissement.

S'engager dans cette voie signifie donc que les choix décisionnels sont inspirés des principes du développement durable appréciés dans ses trois composantes : économique, sociale et environnementale.

Il ne s'agit pas pour autant d'ajouter une strate supplémentaire de contraintes mais bien de donner un sens nouveau à l'action, d'inscrire les valeurs du développement durable dans une philosophie de gestion qui, dans le monde hospitalier, est déjà largement inspirée de valeurs humanistes et solidaires.

Afin de déployer cette politique, plusieurs axes sont définis, à savoir :

- 1) Créer un Comité de Pilotage Développement Durable
- 2) Identifier les parties prenantes internes et externes
- 3) Elaborer un plan d'actions et en assurer un suivi

1) Créer un Comité de Pilotage Développement Durable

Le COPIL s'appuiera principalement sur les engagements et documents de C2DS (Comité Développement Durable Santé) auquel il s'est inscrit depuis avril 2012 ainsi que sur la Charte « No Waste Solution » signé avec Revialis en Novembre 2011 au sujet du recyclage des consommables bureautiques.

2) Identifier les parties prenantes internes et externes

Il est nécessaire d'identifier les parties prenantes internes et externes. Il s'agit des personnes pouvant affecter ou être affectées directement ou indirectement, dans le court terme comme dans le long terme, par les stratégies, les actions, les messages, que l'entreprise met en œuvre pour atteindre ses objectifs. (AFNOR-Guide SD 21000).

- En interne : les membres du Conseil d'Administration, la Direction, les salariés ...
- En externe : les patients, fournisseurs, médias...

3) Elaborer un plan d'actions

Un plan d'actions est élaboré, et est intégré au PAQGDRSS.

A chaque ordre du jour, un point sera effectué sur les actions afin d'assurer un suivi régulier.

Axes d'amélioration

- Elaborer un rapport d'activité annuel du service qualité
- Mettre à jour les comptes qualité de l'HAD
- Mettre en place les actions de suivi suite à l'évaluation externe SSIAD/ESA
- Réaliser l'évaluation interne du SSIAD et de l'ESA : Celle-ci sera conduite à l'aide de groupes pluriprofessionnels en 2021
- Réaliser l'évaluation externe du SSIAD et de l'ESA en 2022
- Assurer le suivi des instances
- Développer la politique qualité (communication interne et externe, ...)
- Assurer le suivi régulier des questionnaires de satisfaction patients
- Assurer le suivi des tableaux d'actions d'amélioration (PAQGDRSS, projet d'établissement, programme d'actions médicales, ...)
- Former le personnel à la gestion des risques et le sensibiliser sur l'importance de signaler les événements indésirables en lien avec la RH
- Mettre à jour le document unique en lien avec la RH
- Dynamiser la communication interne et externe au niveau du développement durable (réseaux C2DS, communiqué qualité, ...)
- Poursuivre le développement de nouvelles actions et le maintien des actions existantes dans le cadre de l'OGDPC

PROJET DE SERVICE DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE ET EQUIPE SPECIALISEE ALZHEIMER

Le présent projet d'établissement inclut le projet de service du SSIAD et de l'ESA, les différentes structures de l'association SSV étant étroitement liées.

1-CONTEXTE MEDICO-SOCIAL

La société est là pour accompagner les familles, les soutenir, les aider, les soulager, mais elle n'est pas là pour remplacer les familles. Cependant, celles-ci doivent pouvoir s'appuyer sur les collectivités, les associations, sur une main d'œuvre qualifiée capable de pratiquer des soins, de faire face aux besoins de la vie quotidienne, formée à l'hygiène, à la sécurité, à l'écoute, au dialogue et à l'accompagnement psychologique.

Le choix du maintien à domicile doit donc être soutenu et garantir une réelle qualité de prise en charge à domicile.

Chaque partie doit pouvoir se reposer sur une définition exacte de ses missions, mais aussi de ses limites.

Depuis sa création, l'Association SSV a vu sa capacité d'extension augmenter régulièrement au cours des années. En parallèle son activité s'est diversifiée.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 29 Décembre 2015 a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logements, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement.

La loi donne la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elle dans de bonnes conditions.

Enfin en renforçant les droits et libertés des personnes âgées, elle vise à leur apporter une meilleure protection.

Les principales mesures de cette loi sont :

- Des mesures concrètes pour améliorer le quotidien des personnes âgées et de leurs proches
- La reconnaissance et le soutien des proches aidants
- Un soutien à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées
- Un renforcement de la transparence et de l'information sur les prix pratiqués en EHPAD
- Une réaffirmation des droits et libertés des personnes âgées

2-HISTORIQUE DU SSIAD/ESA

Structure SSIAD/ESA: 143 places

Désignation	SSIAD
FINESS	830 207 080
SIREN / SIRET	328 024 815 / 328 024 815 000 99
Catégorie	354 – Service de soins à domicile
Code discipline	358 – Soins à domicile
Code PSPH	1 – Non participant
Code APE	8690D – Activités des infirmiers et des sages-femmes
Annexes 24	24S – Non
Communications	☎ 04.94.27.52.52 📠 04.94.31.49.56 ✉ ssiad-lagarde@orange.fr 🌐 : www.sante-solidarite-var.fr

3-LES MISSIONS ET LE PUBLIC DU SSIAD ET DE L'ESA

SSIAD :

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

ESA :

L'ESA du SSIAD prend en charge des personnes atteintes de la maladie d'ALZHEIMER ou maladies neurodégénératives apparentées diagnostiquées en installant une nouvelle prestation, non médicamenteuse, adaptée au domicile dite « soins d'accompagnement et de réhabilitation » afin de préserver l'autonomie des personnes dans les activités de leur vie quotidienne et de maintenir le plus longtemps possible leur qualité et leur bien être de vie à domicile.

L'ESA SSV a ainsi un rôle de prévention et de préservation de l'autonomie de ces personnes dans leurs activités de leur vie quotidienne, par le maintien de leurs capacités motrices, sensibles et comportementales, leur permettant de vivre au sein d'un environnement « adapté » et parallèlement a un rôle de soutien auprès des aidants.

L'ESA du SSIAD assure sur prescription médicale des séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement s'adressant :

- Aux personnes atteintes de la maladie d'ALZHEIMER ou apparentées diagnostiquées
- A un stade léger ou modéré de la maladie
- Et pouvant faire l'objet d'une prestation de soins réhabilitation et d'accompagnement.

A l'issue de cette intervention, il est procédé à un bilan-évaluation des résultats qui est transmis au médecin prescription.

4-ORGANISATION GENERALE DU SSIAD ET DE L'ESA

LE SSIAD

Le SSIAD assure sur prescription médicale, après avis de l'infirmier coordinateur et en fonction des places disponibles, des prestations :

- De soins infirmiers de base et/ou techniques
- De maintien et/ou de réadaptation à domicile
- D'accompagnement à des personnes âgées dépendantes.

Ces prestations sont assurées par les soignants sous la responsabilité de l'infirmier coordinateur.

Les demandes d'admissions

La décision de prise en charge repose sur un engagement et un respect mutuel.

Les demandes d'admission aux SSIAD SSV peuvent être faites tous les jours ouvrés par téléphone, fax ou en se rendant dans nos bureaux sur La Garde, Brignoles et La Seyne sur Mer.

Toute demande d'admission est étudiée et classifiée selon des critères répertoriés dans la grille A.G.G.I.R (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources). Ils définissent le degré d'autonomie de la personne prise en charge. La classification s'établit en six groupes.

La demande sera validée par une prescription médicale du médecin traitant.

Notification d'admission

La notification d'admission est faite par la direction et/ou les infirmiers coordinateurs du service. Elle n'est effective qu'à la signature de celui-ci (contrat individuel de prise en charge et règlement de fonctionnement) et en tout état de cause après transmission au service des pièces administratives suivantes :

- Attestation de sécurité sociale en cours de validité
- Document « accords et autorisations »

En cas de besoin de matériel médical pour optimiser la qualité des soins, le confort du patient ainsi que les conditions de travail des soignants (lit médicalisé, matelas, déambulateur, fauteuil roulant...), le patient et/ou son représentant procédera à la mise à disposition du matériel demandé par le service dès sa prise en charge.

Visite et présentation préalable (Pré-visite)

Avant toute prise en charge une pré-visite est organisée au domicile du patient, de préférence en sa présence. En cas d'hospitalisation, seule la personne ressource pourra être présente. Dans ce cas une information dans l'institution pourra se faire au préalable.

Cette pré-visite permet d'évaluer les conditions de vie et l'environnement de l'usager afin de mettre en place le matériel médical nécessaire à une bonne prise en charge. Des suggestions d'aménagements du domicile peuvent également être soumises pour le confort, la sécurité du patient et l'amélioration des conditions de travail des soignants.

Dispositions administratives

L'admission de chaque personne est subordonnée à la constitution d'un dossier administratif et d'un dossier de soins.

Le dossier de soins est déposé et tenu au domicile du patient pendant toute la durée de prise en charge. Il reste la propriété du service de soins. En cas de sortie du patient ce dossier sera restitué au service de soins. Afin d'éviter l'encombrement du dossier au domicile, les feuilles de celui-ci sont archivées régulièrement. Sont notées sur la « fiche patient » du dossier de soin les personnes à prévenir, les coordonnées des intervenants médicaux, paramédicaux et organismes sociaux. Ces informations sont d'une importance majeure. Tout changement doit être signalé au service afin qu'une mise à jour soit effectuée.

Toutes les informations concernant l'usager font l'objet d'un traitement automatisé dans les conditions fixées par la nouvelle loi « informatique et liberté » du 6 août 2004. Il exerce un droit d'accès, d'opposition ou de rectification aux informations qui le concerne.

Projet de soins individualisé

Le SSIAD élabore avec la personne accueillie ou son représentant légal un document individuel de prise en charge. Ce document comporte notamment une description des prestations de soins qui sont délivrées et contribue ainsi au projet individualisé de soins et de manière plus large au projet personnalisé de l'usager.

Ce document est établi lors de l'admission. Il est signé par l'IDEC du service et contresigné par la personne prise en charge par le SSIAD prise en charge par le SSIAD ou par son représentant.

Il est élaboré avec la participation de la personne admise et si nécessaire de sa famille ou de son représentant légal. Il sera réévalué dès que nécessaire sur simple demande des soignants et/ou de l'usager et/ou de son entourage.

L'EQUIPE SPECIALISEE ALZHEIMER

La personne prise en charge conserve le libre choix de son Médecin Traitant, qui garde la maîtrise de sa prise en charge.

Admission et prise en charge

Les personnes prises en charge par l'E.S.A du S.S.I.A.D doivent résider les communes présentées ci-dessous (voir carte géographique)

Elles doivent être :

- Atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées (démence vasculaire ou le corps de Lewy, maladie de Pick) diagnostiquées ;
- A un stade léger ou modéré de la maladie ;
- Et pouvant faire l'objet d'une prestation de soins de réhabilitation et d'accompagnement (conservant une mobilité, une capacité d'attention, une capacité de compréhension...).

Les demandes de prise en charge nous parviennent par différents circuits :

- La personne, sa famille, ses aidants ;
- Le médecin neurologue, gériatre, médecin de la consultation mémoire et médecin traitant ;
- Les services sociaux des hôpitaux, des mairies ;
- Les infirmières libérales, kinésithérapeutes, orthophonistes ;
- Les services du Conseil général (Centre Local Information et de Coordination).

Les demandes d'admission peuvent être inscrites sur une liste d'attente. Nous prenons ainsi les personnes prises en charge dans l'ordre d'inscription.

Une évaluation de la personne, réalisée à son domicile, est effectuée par l'ergothérapeute/le psychomotricien et l'infirmière coordonnatrice. Les données recueillies font l'objet d'une stricte confidentialité conformément à l'éthique du secret professionnel, l'usager et/ou son représentant légal s'engageant quant à eux, à fournir les nouvelles données au fur et à mesure de la prise en charge.

A la suite de cette évaluation l'infirmière coordonnatrice prononce ou refuse l'admission de la personne, en tenant compte des critères d'admission du service et des places disponibles, et en réfère au médecin prescripteur.

Après l'accord de la personne prise en charge ou de son représentant légal sur ces conditions, la date d'admission est notifiée par l'infirmière coordonnatrice.

Prise en charge

Les soins de réhabilitation et d'accompagnement relèvent d'une prescription médicale, non médicamenteuse, comprenant 12 à 15 séances de réhabilitation (une séance hebdomadaire exigée à minima afin de permettre une prise en charge efficiente et de qualité) pour la maladie Alzheimer ou maladie apparentée, sur une période de trois mois maximum, et renouvelable tous les ans. Une séance de soins de réhabilitation et d'accompagnement dure en moyenne une heure.

Compte tenu du caractère de « soins médicalisés », cette prescription nous est réclamée par le médecin conseil de la CPAM, et est adressée au contrôle médical de l'organisme d'Assurance Maladie de la personne prise en charge, pour acceptation.

Suivi de la prise en charge

Ce suivi est assuré par un classeur de liaison remis à l'usager à l'admission. Il lui permet de bien appréhender la marche et les principes directeurs de l'E.S.A. Il permet également de suivre cette prise en charge au travers des soins réalisés par l'équipe spécialisée Alzheimer. Mis à disposition du prescripteur, du médecin traitant et du médecin conseil, ce classeur ne doit en aucun cas quitter le domicile de la personne prise en charge, et doit-nous être restitué lors de la suspension ou l'arrêt de la prise en charge.

L'équipe spécialisée Alzheimer(E.S.A) a un rôle d'information auprès des prescripteurs.

Le classeur comporte les documents suivants :

- Le livret d'accueil, incluant la Charte des droits et libertés de la personne accueillie ;
- La charte des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée;
- Le document individuel de prise en charge, précisant les modalités de l'E.S.A du S.S.I.A.D (à signer) ;
- Le projet de soins individualisé, précisant le rythme des séances des soins de réhabilitation et d'accompagnement adaptés à vos besoins (à signer) ;
- Le planning des séances, précisant les jours et les heures des séances ;
- La fiche de soins de réhabilitation et de d'accompagnement, précisant les objectifs et les activités envisagées lors des séances.

5-LES OBJECTIFS PERSONNELS DE DEVELOPPEMENT

Objectif de l'activité SSIAD SSV de 2018 à 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de journées	48545	48545	48545	48545	48545
Taux d'occupation	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %

Objectif personne d'activité ESA SSV de 2018 A 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de séances	1494	1494	1494	1494	1494
Taux d'occupation moyen	95 %	95%	95 %	95%	95 %

Années	Evènement	Places HAD	Places SSIAD	ESA	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
2018-2022	Objectif	260	133	10	403

6-TABLEAU DES EFFECTIFS SALARIES AU 31.03.2018

SERVICE	QUALIF,	ETP
SSIAD/ESA		
FINANCE	Comptable	0,5
		0,5
SECRETARIAT	Sec	1,5
		1,5
COORDINATION	IDEC	2
		2
PSYCHOTHERAPEUTE	PSYCHOMOT	0,5
ERGOTHERAPEUTE IDE TERRAIN	ERGO	0,5
	IDE	3,4
		3,4
AIDE SOIGNANT	AS	24,5
	ASG	1,5
		26
TOTAL		34,4

Cartes géographiques des secteurs SSIAD et ESA

SSIAD SSV La Garde



SSIAD SSV Brignoles



SSIAD SSV La Seyne



ESA La Seyne



7-PARTICIPATION DES USAGERS A LA VIE DU SERVICE

En vertu des articles L 311-5 et L 311-6 du code de l'action sociale et des familles.

Questionnaire de satisfaction

Véritable baromètre de perception dans la qualité de la prise en charge, l'utilisateur est invité à porter toute l'attention à cette enquête annuelle et de la compléter en toute liberté de pensée. Les réponses restent anonymes lors du dépouillement et du traitement des données. Les résultats de cette enquête sont analysés et commentés lors des réunions de service. Tout le personnel est sollicité afin de corriger, dans la mesure du possible, les insatisfactions ou de mettre en place de nouvelles prestations si elles sont dans la mission du service.

Les visites quotidiennes des soignants

Les aides-soignants pratiquent les soins définis dans le projet de soins individualisé. Cependant, ils ont également un rôle relationnel et une écoute auprès de l'utilisateur.

L'entretien avec la direction

Sur simple demande, l'utilisateur et/ou représentant peut solliciter un rendez-vous avec un membre de la direction. L'utilisateur par le biais de cet entretien, s'informer sur les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins.

Accès aux informations et aux droits fondamentaux

(Loi du 4 janvier 2002)

Des bulletins d'informations sont diffusés pour des conseils ou de la prévention concernant la santé (canicule, grippe...).

Toute personne bénéficiant d'une prestation a un droit d'accès à toute information ou à tout document relatif à sa prise en charge.

Pour accéder à ces informations les usagers ou leur ayant-droit (famille ou tutelle) devront informer le service par un courrier recommandé avec accusé de réception de leur volonté de consulter les documents. Une réponse par courrier recommandé avec accusé de réception sous 8 jours leur notifiera la prise en compte de leur demande et leur proposera de fixer un rendez-vous.

Lors de ce rendez-vous l'utilisateur devra être muni d'une pièce d'identité en cours de validité et l'ayant-droit, d'un document prouvant le lien de parenté (livret de famille) ou du document de tutelle.

Le service s'engage à délivrer les informations relatives au dossier de prise en charge de la manière suivante :

- Donner accès à tous les documents concernant la personne soignée en présence d'un membre de la direction ou de la secrétaire du service
- En permettre la photocopie intra-muros par la secrétaire du service

En cas de demande de consultation du dossier émanant de toute personne autre que l'utilisateur lui-même ou de son représentant légal, le service ne donnera aucune autorisation et fera un signalement immédiat au Médecin Inspecteur de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales.

La personne qualifiée

Cette personne peut être sollicitée par toute personne bénéficiaire d'une prise en charge ou son représentant légal en cas de désaccord avec la décision de la commission des relations avec les usagers de SSV (la liste des personnes médiatrices est établie conjointement par le Préfet et le Président du Conseil Général).

La personne qualifiée peut être saisie directement par l'utilisateur sans l'intermédiaire du service soit auprès des services de la Direction Départementale de l'action sanitaire et sociale, soit auprès du Conseil Général du Var.

Le Conseil de la Vie Sociale : Le Conseil de la Vie Sociale est un lieu d'échange et d'expression sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement dans lequel est accueillie l'usager. Il est également un lieu d'écoute très important, ayant notamment pour vocation de favoriser la participation des usagers. Il convient aussi de souligner que le conseil est une instance collégiale qui doit donc impérativement fonctionner de manière démocratique.

Le Conseil de la Vie Sociale donne son avis et fait des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service.

Les réunions du CVS se déroulent suite aux réunions de la Commission des Usagers.

En cas de désaccord, il est possible pour l'usager de saisir le Conseil de la Vie Sociale en adressant un courrier à la Direction.

Axes d'amélioration

Poursuivre le développement de l'activité des SSIAD et de l'ESA (Taux d'occupation de 95 %)

Atteindre un taux de satisfaction patients entre 90-95 %)

Elaborer, mettre en œuvre et assurer le suivi du CPOM SSIAD afin d'atteindre les objectifs quantitatifs et qualitatifs qui seront fixés

Poursuivre la démarche qualité initiée lors de la dernière évaluation externe au SSIAD/ESA

Mettre en œuvre les évaluations internes et externes du SSIAD/ESA

Poursuivre la mise sous assurance qualité des processus du SSIAD/ESA : GED

Optimiser les transmissions des soignants

L'objectif principal est de sensibiliser sur l'importance des transmissions sur le dossier de l'usager au domicile et en interne (cahier de transmissions + logiciel APOZEME). Cette sensibilisation est réalisée par l'IDEC lors des réunions avec les soignants.

SSV projette de mettre à disposition un ordinateur aux soignants afin que ces transmissions soient tracées informatiquement directement par eux (cela évitera un travail double).

Développer la coopération avec les partenaires extérieurs par le biais de conventions (Hôpitaux, CLIC, etc.)

Etablir une convention de partenariat et un protocole de prélèvement avec les laboratoires pour les prélèvements sanguins pour le SSIAD

Renforcer les liens avec les partenaires extérieurs (Hôpitaux, cliniques, médecins traitants services sociaux, équipe de l'APA du Conseil Général, CLIC, ESA, MAIA...) en organisant une ou deux rencontres par an.

Répondre aux appels à projets de l'ARS PACA liés au développement ou aux projets innovants des SSIAD/ESA (SSIAD de nuit, etc.)

Systématiser pour chaque usager pris en charge en ESA une fiche de sortie personnalisée

Mettre en place une information par les équipes de l'ESA sur la maladie auprès des équipes soignantes des SSIAD et HAD

Développer les prises en charge communes SSIAD-HAD : guide méthodologique Mars 2018

CONCLUSION DU PROJET D'ETABLISSEMENT SSV

L'avenir des soins à domicile, service de soins infirmiers à domicile, aide à domicile, 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 dégageant 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 découplage 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 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 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 30-35 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 « Vieillissement et Solidarité » afin de combler le retard sur ce type de prise en charge (SSIAD), afin de développer le nombre de places en service de soins infirmiers à domicile.

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 SSIAD 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
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AIST	Association Interprofessionnelle de Santé au Travail
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
APEC	Agence Pour l'Emploi des Cadres
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
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
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
COPIL	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
CRUQ	Commission de Relations avec les Usagers et de la Qualité
CSTH	Comité de Sécurité Transfusionnel et d'Hémovigilance
CV	Curriculum Vitae
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
DDASS	Direction Des Affaires Sanitaires et Sociales
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
DTQ	Documents de Travail assurance Qualité
E	
ECPA	Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Âgée
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
F	
(F)EI	(Fiche) d'Evénement 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
IPAQSS	Indicateurs Pour l'Amélioration de la 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
PAPRI Pact	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
PQGR	Programme Qualité et Gestion des Risques
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	Syndicat national de l'Aide Médicale Urgente
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