



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 2013 - 2017

✉ Espace France Europe ,1328 Chemin de la Planquette – BP 60025 – 83951 La GARDE CEDEX

🌐 www.sante-solidarite-var.fr

Sommaire

PREAMBULE

1 CONTEXTE GENERAL..... PAGES 3 A 40

- 1.1 Contexte sanitaire et médico-social
- 1.2 Méthodologie d'élaboration
- 1.3 Historique général de l'Association
- 1.4 Les effectifs salariés
- 1.5 Les instances de pilotage
- 1.6 Les évolutions réglementaires
- 1.7 Une évolution économique
- 1.8 Les objectifs généraux du projet d'établissement
- 1.9 Une croissance à poursuivre dans une logique de territoire
- 1.10 La nouvelle gouvernance de l'Association
- 1.11 Calendrier prévisionnel de mise en œuvre
- 1.12 Impact économique pluriannuel prévisionnel

2 ORGANISATION GENERALE ET MANAGEMENT..... PAGES 41 A 60

- 2.1 Le modèle managérial
- 2.2 Organisation sectorielle et polaire
- 2.3 Les outils de pilotage de l'établissement
- 2.4 Gestion des ressources financières
- 2.5 La politique de coopération
- 2.6 Ethique et déontologie
- 2.7 La politique de communication

3 PROJET MEDICAL DU SERVICE HAD PAGES 61 A 67

- 3.1 Prise en charge des personnes âgées et/ou handicapées
- 3.2 Prise en charge des soins palliatifs et fin de vie
- 3.3 Prise en charge de la cancérologie
- 3.4 Prise en charge de la périnatalité
- 3.5 Prise en charge de la médecine physique de réadaptation au domicile et affections neurologiques évolutives ou post-traumatiques
- 3.6 Les objectifs en matière de lutte contre les infections
- 3.7 Axes d'amélioration

4 PROJET PHARMACIE DE L'HAD PAGES 68 A 77

- 4.1 Organisation générale prévisionnelle
- 4.2 Le contexte de l'urgence
- 4.3 La politique du médicament
- 4.4 Axes d'amélioration

5	PROJET DE SOINS DU SERVICE HAD	PAGES 78 A 84
5.1	Organisation générale du service	
5.2	Descriptif général du service	
5.3	Axes d'amélioration	
6	PROJET DE SERVICE DU SSIAD	PAGES 85 A 89
6.1	Organisation générale du SSIAD	
6.2	Participation des usagers à la vie du service	
6.3	Axes d'amélioration	
7	GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	PAGES 90 A 97
7.1	Le cadre général du projet social	
7.2	La GPEC	
7.3	La politique de formation	
7.4	Les conditions de travail	
7.5	La communication interne et le dialogue social	
7.6	Axes d'amélioration	
8	DROITS ET DEVOIRS	PAGES 98 A 103
8.1	La politique des droits des patients	
8.2	La bientraitance et maltraitance	
8.3	Le respect des libertés individuelles	
8.4	Axes d'amélioration	
9	LE SYSTEME D'INFORMATION	PAGES 104 A 119
9.1	Présentation générale	
9.2	Gestion des flux d'information	
9.3	La politique de sécurité du SI	
9.4	Axes d'amélioration	
10	LOGISTIQUE ET TECHNIQUE	PAGES 120 A 121
10.1	Le service logistique	
10.2	Le parc automobile	
10.3	Axes d'amélioration	
11	QUALITE, GESTION DES RISQUES ET DEVELOPPEMENT DURABLE.....	PAGES 122 A 129
11.1	Le service qualité	
11.2	La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	
11.3	La gestion des risques	
11.4	Le management du développement durable	
11.5	Axes d'amélioration	
12	CONCLUSION.....	PAGES 130 A 131
13	ANNEXES : GLOSSAIRE SSV	PAGES 132 A 135

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 généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information».

Il témoigne de nos ambitions, de nos priorités de développement pour la période 2013-2017 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 en l'espace de six mois et avec le concours d'une dizaine de professionnels, à dessiner de façon prospective et réaliste le service d'Hospitalisation à domicile 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.

Ce projet d'établissement 2013-2017 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 ont permis à L'HAD SSV de renforcer sa position au sein du territoire VAR OUEST pour répondre aux besoins des usagers, conformément aux orientations du SROS.

Aujourd'hui, notre projet d'établissement 2013-2017 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 SROS,
- ✚ Dans les valeurs du projet associatif.

Ce projet vise à renforcer la politique transversale d'amélioration continue de la qualité en intégrant les préconisations de la Haute Autorité de Santé, et prévoit de s'engager dans la procédure de certification version 2014 (V3), de contractualiser avec l'ARS Paca la mise en œuvre de ses objectifs, d'inscrire ses axes de coopération dans un véritable réseau ville-hôpital au sein du territoire de santé, afin d'apporter la réponse la plus appropriée aux besoins de santé des usagers de l'ouest Varois.

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 Santé et Solidarité du Var.

1 CONTEXTE GENERAL

1.1 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.

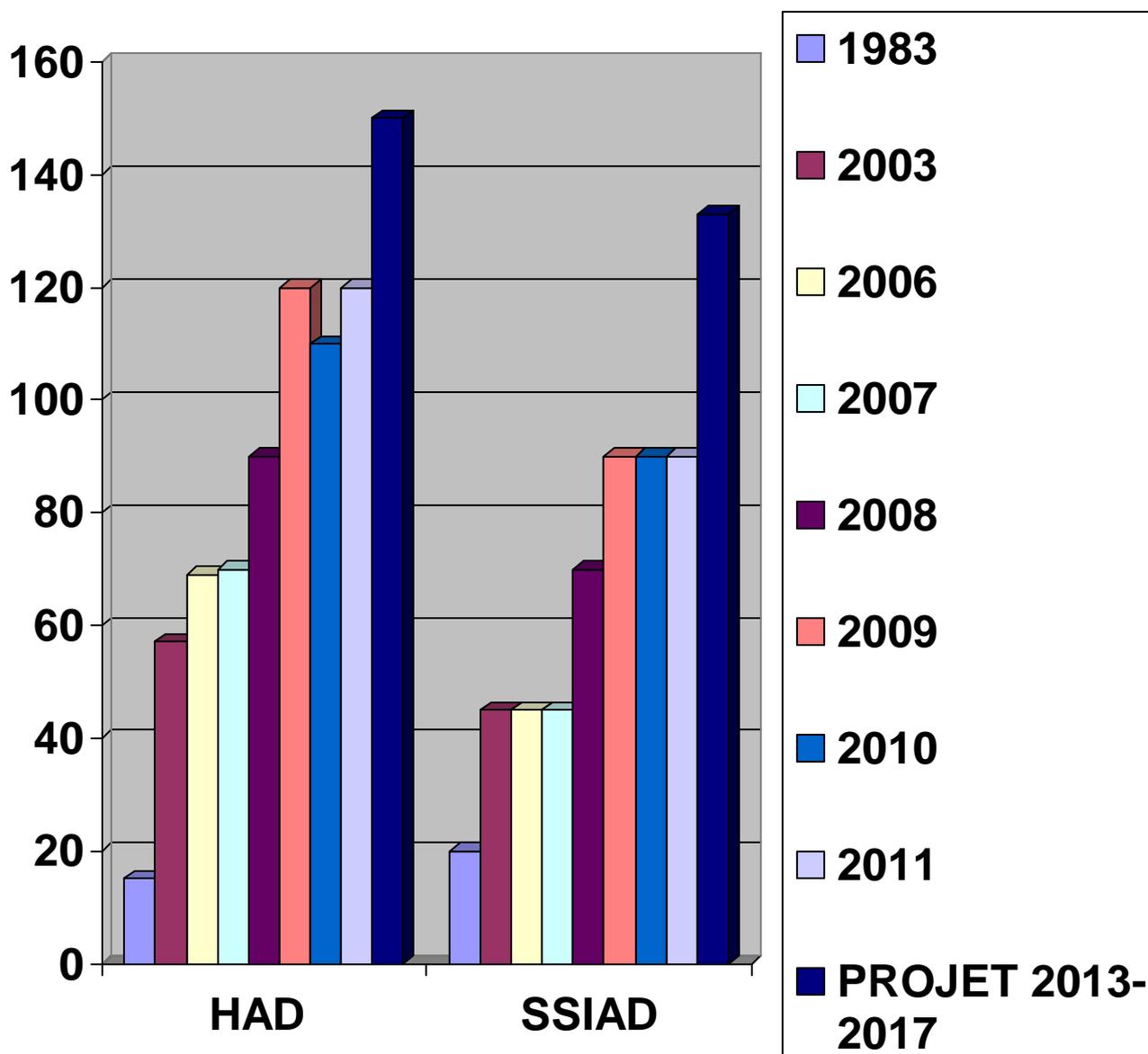
⇒ *Les orientations des autorités publiques de tutelle*

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
- Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)
- Le nouveau SROS et ses annexes
- Le nouveau SROMS
- Le Schéma Régional de Prévention (SRP)
- Les programmes déclinant les schémas (PRAPS, Télémedecine, PRIAC ...)
- Les plans gouvernementaux de Santé Publique (Soins palliatifs, cancer, Alzheimer ...)
- Les nouveaux territoires de santé et leur pilotage par les conférences de territoire
- La diversité des services à domicile médico-sociaux, sanitaires et médicotéchniques (HAD, réseaux de santé, SSIAD, SAMSAH, Aide à domicile, prestataires ...)
- Le décloisonnement ville/hôpital
- La démarche qualité : accréditation et certification
- La rénovation de la convention collective
- 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.

SCHEMA DU NOMBRE DE LA CAPACITE D'ACCUEIL PAR STRUCTURES



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 150 places stabilisées à l'horizon 2017.

Compte tenu de la zone de couverture du service, de sa densité de population et de l'objectif du ministère de tutelle de 30 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.

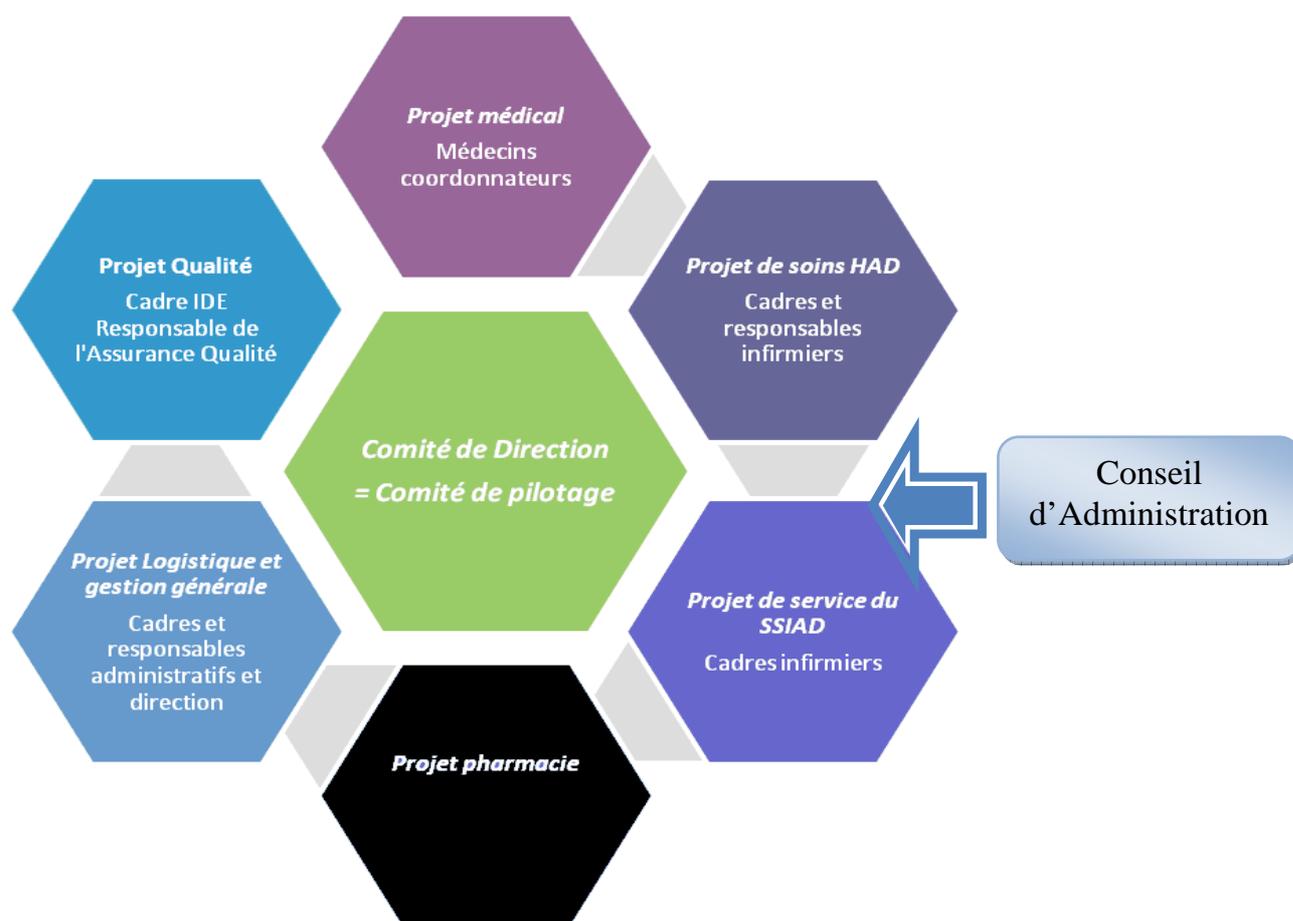
Il conviendra de consolider le chemin déjà parcouru et d'asseoir une organisation nouvelle capable d'atteindre les 150 places cibles.

Le SSIAD n'envisage pas à ce jour de progression de son activité dans les 5 prochaines années mais restera attentif aux éventuels appels à projet que l'ARS pourrait proposer dans le champ médico-social à domicile.

Le projet du service va surtout concerner la mise en place du nouveau système d'information qui demandera une mise à jour de l'organisation et des procédures internes.

La démarche de certification constituera également un axe de travail important, notamment en 2013 et 2017.

1.2 Méthodologie d'élaboration



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

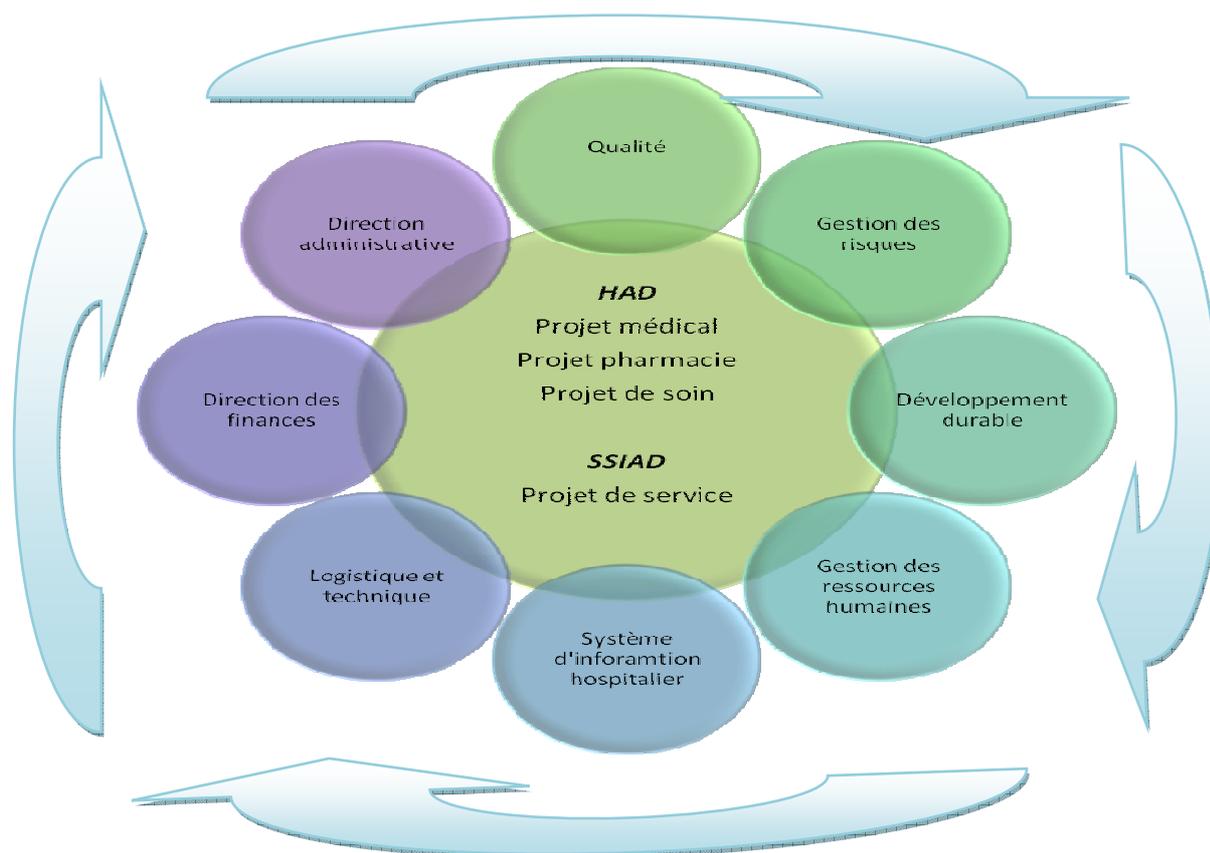
Ce comité de direction a permis chaque mois et cela durant plus d'une année, de confronter chaque partie aux autres et de garder une vigilance sur l'articulation logique entre les projets des différents services.

Le cadre de référence de l'organisation de l'Association SSV a été celui issu des réflexions relatives à la nouvelle 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 large consultation. Puis il a élaboré sa partie en lien avec les orientations définies 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.

Le projet d'établissement finalisé a été porté à l'approbation du Conseil d'Administration en mai 2013.



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.

1.3 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	Monsieur Jean-Bernard PERDIGAL

Structure HAD : 120 à 130 places en 2012 (ATIH)

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

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

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
2013-2017	Objectif	150	133	10	293

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

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

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

- Le service d'HAD a une compétence territoire élargie à l'ensemble du **Var Ouest**
- Le SSIAD intervient sur **17 communes autour de Toulon** et sur le **Canton de Besse sur Issole**.

Carte géographique des secteurs HAD SSV



L'organisation en antennes n'est pas une nouveauté pour l'Association SSV mais l'innovation future se situe au niveau de l'implantation d'une présence de l'HAD au sein même des hôpitaux partenaires. Il s'agit de détacher un infirmier de coordination plusieurs jours par semaine au sein de l'hôpital. Un bureau situé au cœur mêmes des hôpitaux du Var Ouest serait une solution pertinente de rapprochement entre les équipes de soins, les patients et les médecins hospitaliers d'un territoire donné.

Cartes géographiques des secteurs SSIAD et ESA

SSIAD SSV La Garde



SSIAD SSV Brignoles



SSIAD SSV La Seyne



ESA La Seyne



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 30 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 SSIAD SSV de 2009 A 2012

	2009	2010	2011	2012
Nombre jour	16 423	22 135	21 770	27 355
File active	48	67	68	83
Age moyen patient	79	80	77,4	78,5

L'activité globale du SSIAD, en nombre de journées, a augmenté de plus de 66% sur la période considérée.

La typologie des patients est relativement constante dans le temps.

On peut cependant souligner l'accroissement régulier des besoins en soins infirmiers de ville, ce qui génère un impact financier non négligeable sur le fonctionnement du service. L'augmentation globale de la charge en soin se traduit également par des va-et-vient beaucoup plus nombreux entre le service et les structures hospitalières du secteur.

Tableau récapitulatif de l'activité HAD SSV de 2009 A 2012

	2009	2010	2011	2012
Nombre jour	43 544	39 843	43 785	44 760
Nombre patient	538	486	487	499
Nombre séjour	853	774	789	758
Durée moyenne d'un séjour	50,51	52,24	54,02	57,88
DUREE DU SEJOUR (En nombre de jour)				
1 à 4 jours	32,5%	22,9%	26,5%	22,4%
5 à 9 jours	16,9%	14,1%	17,5%	13,5%
10 à 30 jours	40,9%	37,4%	40,2%	38,6%
+ de 30 jours	9,7%	25,6%	15,8%	25,5%

Le nombre de journées réalisées a augmenté d'environ 3% sur la période concernée.

1.4 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.

Les cinq dernières années ont principalement accompagné la croissance des équipes médicales et paramédicales.

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 Comité d'Entreprise (CE) a été mis en place et requiert une organisation aussi complexe que prenante. La fréquence des rencontres et la diversité des thèmes abordés mobilisent beaucoup de temps et d'expertise des acteurs, notamment du directeur et de l'adjoint de direction chargé des ressources humaines.
- Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail : le CHSCT, pour des raisons similaires, a demandé beaucoup d'énergie et répond à un formalisme juridique aussi étendu que complexe.
- La Négociation Annuelle Obligatoire s'est parallèlement institutionnalisée en lien avec une représentation sociale plus impliquée et une syndicalisation des acteurs en développement.

Le climat social est toujours resté constructif et globalement équilibré mais l'impact en temps et en moyen humain de cette nouvelle organisation pèse lourdement sur une partie de l'administration.

Les contrats à durée déterminée afin de pallier le remplacement du personnel en arrêt maladie ou en accident du travail représente cependant la caractéristique la plus fréquente des contrats de travail établis par le service Ressource Humaine.

Ces éléments soulignent l'importance de la charge administrative qu'impose la gestion de ces contrats de travail.

Corollaire financier des effectifs, la masse salariale évolue elle aussi de manière très importante.

Comme en droit social, la fiscalité évolue en fonction de seuils économiques ce qui nécessite une vigilance permanente des acteurs impliqués dans la gestion des rémunérations.

Tableau récapitulatif des effectifs salariés de 2012

<i>Situation 2012</i>	HAD SSV 2012	SSIAD SSV 2012	SSV 2012	SSV 2012
Qualifications	ETP	ETP	ETP	Nb Salariés présents au 31/12/2012
Directeur	1,00		1,00	1,00
Adjoint Direction RRH/RAQ	1,00		1,00	1,00
Adjoint Direction RAF/Ctrl de gestion	1,00		1,00	1,00
Secrétaire Direction	1,00		1,00	1,00
Qualiticien	1,00		1,00	1,00
Informaticien Gestionnaire parc	1,00		1,00	1,00
Comptables +Aide comptable	2,50	0,50	3,00	3,00
Assistante RH	0,64		0,64	1,00
Secrétaires	6	1.57	7.57	9,00
PERSONNEL ADMINISTRATIF	15.14	2.07	17.21	19
Médecin coordonnateur	2,18	0	2,18	4,00
Secrétaire médical	0.50	0	0.50	1,00
PERSONNEL MEDICAL	2,68	0	2,18	5,00
Assistante sociale	1,60	0	1,60	2,00
Psychologue	0,75	0	0,75	1,00
PERSONNEL PSYCHO-SOCIAL	2,35	0	2,35	3,00
Chef service logistique	1,00	0	1,00	1,00
Agent des services logistiques	2,75	0	2,75	3,00
PERSONNEL MEDICO-TECHNIQUE	3.75	0	3,75	4,00
Cadre de santé	1,00		1,00	1,00
Responsable infirmier - IDEC	5,00	1,00	6,00	6,00
Infirmier chargé suivi & qualité	2,00		2,00	2,00
Infirmier(e) de terrain	18	3,00	21	21
Infirmière hygiéniste	0,30		0,30	1,00
PERSONNEL INFIRMIER & SOIGNANT	24,30	4,00	30.30	31,00
Aide-soignant	30,99	18.17	49.16	52.00
Podologue libéral	libéral	libéral	libéral	
AUXILIAIRES DE SOINS	30,99	18.17	49.16	52,00
TOTAL EFFECTIFS ETP	79.21	24.24	103,45	114,00
NOMBRE DE PLACES	133	88	221	221
RATIO D'ENCADREMENT (ETP/PLACES)	0,59	0,27	0,46	0,51

Présentéisme et fidélité institutionnelle

Le taux d'absentéisme global pour le personnel est de 21,34% (moyenne turnover des autres HAD de la région PACA : environ 23%).

Le turnover global en 2012 reste donc dans la moyenne.

Cependant, il faut souligner un taux d'absentéisme important sur le SSIAD SSV de La Garde.

Les causes externes sont nombreuses et connues de tous et il nous appartient donc de travailler sur les actions internes possibles tout en sachant que le développement de l'activité augmente mécaniquement le turnover. Le nouveau projet d'établissement devra proposer un plan afin d'améliorer le présentéisme.

1.5 Les instances de pilotage

D'origine légale ou organisationnelle, 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 :

- ⇒ 4 instances institutionnelles : CA, AG, CODIR/COFIL, Copil Développement Durable
- ⇒ 9 instances « prises en charge » : CLIAS, COVIRIS, CLUD, CLAN (à créer), COMEDIMS, CME, CRUQPC, Comité d'éthique, Commission EPP
- ⇒ 4 instances sociales : CE, DP, DS, CHSCT

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

LES INSTANCES INSTITUTIONNELLES

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)



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



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)
- Chef du personnel (représentant le pôle des ressources humaines)
- Chef comptable (représentant le pôle financier)
- Responsable assurance qualité et gestion des risques
- Secrétaire de direction
- 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 le Comité de Pilotage dont les missions sont les suivantes :

- Superviser l'avancement des travaux
- Suivre la démarche de Certification
- Valider les documents finaux
- Piloter l'auto-évaluation et préparer la visite des experts visiteurs
- Assurer le lien avec la HAS
- Elaborer le calendrier de visite des experts visiteurs
- Assurer un maintien de la dynamique qualité au sein de l'établissement

Copil développement durable (C2D)

En 2012, un Comité de pilotage de Développement Durable a été mis en place au sein de la structure. Ce dernier est composé aujourd'hui des membres suivants :

- Directeur d'établissement
- RAF (représentant le pôle logistique, comptable et financier)
- RRH-RAQ (représentant le pôle des ressources humaines et qualité)
- Assistante de direction (représentant le pôle des achats bureautique)
- Informaticien (représentant le pôle de gestion informatique et économique)
- Assistante qualité et gestion des risques (représentant le pôle qualité)
- Responsable magasinier (représentant le pôle logistique)



LES INSTANCES « PRISES EN CHARGE »

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



Un CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) 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 risque infectieux en concertation avec la Direction, la CME (Commission Médicale d'Etablissement), et les professionnels de santé concernés
- Donner son avis sur les aménagements des locaux et les acquisitions d'équipements ou de matériels susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention du risque infectieux
- Mettre en place un programme interne de formations sur la prévention du risque infectieux
- Mettre en place un programme d'évaluations des pratiques professionnelles en association avec la cellule qualité
- Transmettre chaque année au Directeur de l'établissement, au Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail, au Médecin du travail, au Conseil d'Administration, un rapport d'activité et leur proposer un programme d'actions de préventions à mettre en œuvre au cours de l'année suivante

Comité des vigilances et des risques (COVIRIS)

Le Comité des risques et des vigilances a pour objet de constituer une équipe fonctionnelle pluridisciplinaire, dont le fonctionnement est adapté au contexte général de l'HAD « Santé Solidarité du Var », notamment en ce qui concerne sa taille et ses moyens humains.

Ce Comité de coordination des risques et des vigilances est chargé de centraliser, coordonner, organiser, planifier et animer les actions nécessaires au bon fonctionnement des Instances de Vigilances Sanitaires, dénommées ci-après :

- Comité de Lutte contre les Infections Associés aux Soins
- Correspondant local de Matéριοvigilance
- Correspondant Local de Pharmacovigilance
- Correspondant Local d'Hémovigilance
- Comité de Gestion des Risques

Ces démarches s'inscrivent dans le cadre de l'Amélioration Continue de la Qualité.



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 13 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.

Commission du Médicament Et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)



- Définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- Recommandations en matière de prescription et de bon usage du médicament
- Lien avec la mise en œuvre du CBU
- Elaboration du livret du médicament
- Recommandations de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse
- Inclusion de l'HAD SSV dans la COMEDIMS de l'Hôpital de Brignoles

Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN)

- Structure consultative participant par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades
- Analyse du risque nutritionnel
- Recommandations d'apports nutritionnels
- Rattachement à un CLAN hospitalier ou création d'un CLAN au sein de l'HAD SSV

Comité d'éthique



- Réflexions éthiques sur les activités
- Analyse de cas
- Recommandations
- Participation de l'HAD SSV au comité d'éthique du réseau départemental des soins palliatifs

Commission médicale d'établissement (CME)

La CME est structurée sur l'établissement avec comme Président, le Docteur Barbara POURCIN.

La CME donne son avis sur les réorganisations d'activité médicale. Elle organise le développement professionnel continu des praticiens et l'évaluation de leur activité.

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

- Un certain nombre de textes stratégiques comme le projet d'établissement, les programmes d'investissement, ou le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- L'état des prévisions de recettes et de dépenses, les comptes, le tableau des effectifs du personnel
- L'organisation interne (création, transformation, suppression de pôles d'activités ou de services)
- La participation aux actions de coopération et de coordination
- Les conventions hospitalo-universitaires
- Le règlement intérieur de l'établissement

Le président de la CME élabore, avec le directeur, le projet médical, socle du projet d'établissement. Il donne son avis sur les nominations de médecins.

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



Commission des relations avec les usagers Et de la qualité de la prise en charge (CRUQ)

La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge existe au sein de l'Association depuis 2007.

Elle a pour mission de :

- Contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches
- 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

La CRUQ est composée des membres suivants :

- Président
- Médiateur administratif titulaire
- Médiateur médical titulaire
- Médiateur médical suppléant
- Représentant des usagers titulaire
- Représentant des usagers titulaire
- Représentant du Conseil d'Administration
- Représentant du Conseil d'Administration suppléant
- 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

La durée des mandats des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel est fixée à trois ans renouvelables. La commission se réunit sur convocation de son Président au moins une fois par trimestre.

LES INSTANCES SOCIALES

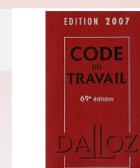
Comité d'entreprise (CE)

- Gestion et l'évolution de la situation économique, sociale et financière de l'entreprise
- Organisation du travail
- Evolution de l'emploi
- Plan de formation
- Introduction de nouvelles technologies
- Egalité hommes-femmes
- Activités sociales et culturelles
- Délégation unique DP/CE
- Consultation, avis ou accord



Délégation du personnel (DP)

- Représentation du personnel auprès de l'employeur
- Présentation à l'employeur des réclamations individuelles ou collectives relatives à l'application du code du travail et des autres dispositions légales concernant la protection sociale, la santé et la sécurité et les conventions et accords applicables dans l'entreprise
- Délégation du personnel au sein de la délégation unique DP/CE
- Consultation, avis ou accord



Délégation syndicale (DS)

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



Comité d'hygiène, de sécurité, Des conditions de travail (CHSCT)

Il existe un CHSCT au sein de l'Association SSCV depuis 2006.

L'employeur a l'obligation de sécurité de résultat vis-à-vis de chacun des salariés. A ce titre, il doit prévenir les risques professionnels. Le CHSCT est là pour l'accompagner dans sa démarche. Le CHSCT a pour mission générale de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Il participe aussi à l'amélioration des conditions de travail. Il veille à l'observation par l'employeur de toutes ses obligations en matière d'hygiène et de sécurité.

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, FNEHAD
- groupe des HAD de la région PACA et Corse.
- Syndicats et ordres : médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes ...

Collectivités territoriales



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

Coopérations



- Etablissements de santé 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

1.6 Les évolutions réglementaires

1. La démarche qualité

C'est en 2003 que le service HAD s'est engagé dans la démarche de certification. Parallèlement, la formalisation de notre système qualité a demandé un travail important et s'est traduite par la création d'un service qualité en 2007 animé en 2012 par une qualitiennne à temps plein, supervisé par la Responsable de l'Assurance Qualité (RAQ).

L'année 2012 a été consacrée à la phase d'autoévaluation afin de préparer la visite de certification (prévue en janvier 2013).

Le rapport des experts visiteurs relatif à la certification V2007 a d'ailleurs confirmé le dynamisme de l'Association SSV.

Le cycle des visites est actuellement prévu tous les 4 ans. Les phases d'autoévaluation étant elles-mêmes assez longues, les moments de pause sont donc de courte durée et il convient d'appréhender la démarche qualité de manière permanente et régulière. Outre les temps forts de l'audit externe, le service qualité fonctionne donc de manière ininterrompue et rayonne sur l'ensemble des activités et des services de SSV.

Le service qualité de l'Association SSV intervient également auprès du SSIAD afin de préparer les évaluations internes et externes.

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, il s'agit pourtant bien d'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 à telle ampleur de la gestion des risques semble également répondre aux risques contentieux dont on anticipe peut être une montée en charge.

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 :

- La création de nouvelles instances
- Une implication collective (Enquêtes diverses, EPP...)
- L'élaboration d'un programme global de gestion des risques, le PGR
- La désignation interne de vigilants
- L'amélioration du système de gestion des incidents et évènements 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 intégré 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, 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

Dans le domaine financier, la charge administrative, liée aux récentes réformes, subit une croissance exponentielle qui mobilise à plein les ressources humaines de l'administration.

4. La Loi HPST et la nouvelle gouvernance régionale : l'Agence Régionale de Santé (ARS)

Bien que les ARS soient officiellement installées, il semble encore aujourd'hui bien difficile d'en appréhender tous les contours et les incidences sur le fonctionnement et le management des établissements.

Il s'agit en tout cas d'une nouvelle réforme de grande envergure qui va faire évoluer de manière significative les relations avec les tutelles et les méthodes de travail.

Les grandes tendances auxquelles l'Association SSV devra probablement s'adapter dans ce futur contexte 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.

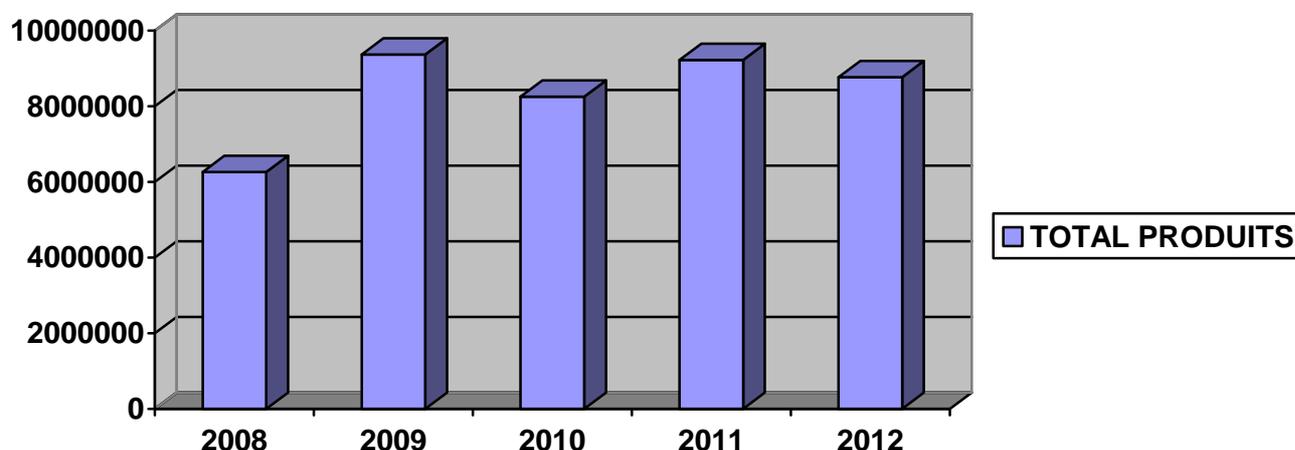
Il s'agit d'une Loi dont la portée concerne tous les champs d'activité de l'Association et dont il faudra suivre la parution des décrets d'application afin d'ajuster notre fonctionnement.

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

1.7 Une croissance économique

La présentation de l'agrégation des comptes de l'ensemble des services de l'Association permet de disposer d'une approche globale.

L'analyse macro-économique de l'Association au travers du total des dépenses et du bilan suffit à démontrer le développement de son envergure économique.



Le total des produits générés par l'Association SSV a été multiplié par 2 depuis 2007 et le total du bilan met en évidence un facteur multiplicatif de croissance de près de 1.4 sur la même période.

Le compte économique de l'Association SSV a ainsi évolué en 10 ans de manière très soutenue et nécessité une organisation administrative adaptée.

L'exigence d'une mission de commissariat aux comptes a notamment contribué à renforcer la rigueur interne.

La dimension financière de la structure demandera si une telle progression se poursuit, une adaptation de l'organisation existante pour évoluer vers la constitution d'une véritable direction des finances.

Une croissance à consolider

Le précédent projet d'établissement a ainsi été réalisé afin de proposer une organisation de l'association adaptée à ses nouvelles perspectives. Mais la mise en œuvre progressive des extensions capacitaires des services a montré certaines limites du schéma organisationnel pressenti.

L'objectivation des paramètres de croissance présentés précédemment souligne à la fois la diversité des secteurs d'activité impactés et la très forte accélération des contraintes et exigences pesant sur les établissements.

⇒ Le secteur « médical et soins »

Il a vu ses effectifs grandir au fil de l'ouverture des nouvelles places et de l'effectivité de leur occupation et son organisation s'est globalement ajustée avec intelligence et pertinence au développement des services même s'il demeure encore quelques points d'amélioration à travailler.

L'augmentation de l'activité de l'HAD SSV, nous a amené à recruter :

- Deux médecins coordonnateurs supplémentaires
- La nomination d'un cadre de santé
- La mise à disposition du CH de Hyères d'un médecin hygiéniste
- Le projet de recrutement d'un pharmacien coordonnateur

L'implantation sur l'ensemble du territoire a été mise en place et le pilotage des prises en charges « en partenariat libéral » s'est mise en place. L'idée de fonctionnement en antennes reste pertinente et il sera nécessaire d'améliorer l'organisation actuelle afin de consolider l'activité déployée et de soutenir la poursuite de notre développement.

Plus globalement, la transversalité entre le SSIAD et l'HAD existe, mais demeure insuffisante et les circuits de communication interservices perfectibles. Il sera indispensable d'améliorer cela.

⇒ *Le secteur « logistique et technique »*

Il a également assumé la croissance des activités mais les axes d'amélioration se situent aujourd'hui encore tant sur l'encadrement et le pilotage de ce secteur que sur l'opérationnalité des missions effectuées. Cette croissance nous à amener à créer un poste de responsable magasin.

⇒ *Le secteur administratif a aussi vu son activité évoluer en nature et en volume.*

Celui-ci a été consolidé :

- Au niveau RH et Qualité par la création d'un poste d'Adjoint de Direction RRH/RAQ, d'un poste de qualiticien et d'un poste d'assistante RH
- Au niveau financier par la création d'un poste d'Adjoint de Direction RAF/responsable Logistique assisté par deux comptables et une aide-comptable.

Le renforcement de l'équipe par des employés et techniciens administratifs a permis :

- De faire face à l'augmentation du nombre des factures et des écritures comptables
- De mettre en place une comptabilité analytique
- De maintenir une gestion des achats et des approvisionnements de qualité
- De mettre en place une gestion rigoureuse du parc des véhicules de SSV
- De mettre en place un service informatique (SIH), nous permettant d'adapter le système d'information aux évolutions des besoins du service HAD
- De consolider le pôle technique et la gestion de l'entretien, la maintenance et la sécurité des installations techniques mais également d'assurer son évolution

Une réflexion doit cependant s'ouvrir autour d'une répartition des missions plus équilibrée et recentrée sur les spécialités en même temps qu'une évolution d'un organigramme hiérarchique perfectible.

Le renforcement du service qualité

Il nous a permis de répondre aux exigences liées aux audits externes (accréditation, certification) mais également dans le cadre beaucoup plus large de la mise en œuvre d'une politique et d'un système qualité.

Le pilotage supérieur du service qualité par la RAQ, épaulée par une qualiticienne à temps plein est dans ce cadre cohérent et participe de l'efficience globale de cette nouvelle unité.

Le secteur de gestion des ressources humaines

Il a été renforcé par des moyens humains supplémentaires (assistante RH), cependant il devra faire l'objet d'un réajustement en cas d'augmentation conséquente de notre activité.

Le secteur du Système d'Information Hospitalier

En évolution constante, ce secteur tire un bénéfice permanent des nouvelles technologies pour adapter les outils dans le cadre du domicile. Le projet de développement du progiciel ARCAN (Module PUI, gestion informatisée des stocks,.....) constituera un axe de travail très important dans le cadre de ce projet d'établissement.

Le secteur managérial et stratégique

Piloté par le directeur de l'établissement avec le soutien de l'Adjointe de Direction RH/RAQ et l'Adjointe de Direction RAF, ce secteur a également connu une importante croissance liée à la taille globale de l'Association, de ses activités et de ses effectifs et des responsabilités induites. Le projet d'établissement précédent n'avait pas envisagé un renforcement de l'équipe de direction et le développement de l'Association s'est donc effectué à effectif de direction constant.

Si cette organisation a permis d'assumer globalement la croissance de l'Association SSV son réajustement sera nécessaire en cas d'évolution conséquente de l'Association.

Si l'on voit bien que la réorganisation de l'Association concerne tous les secteurs, il faudra repenser le modèle organisationnel de SSV en fonction de son évolution, en redistribuant les « cartes » et en donnant à l'Association l'oxygène nécessaire suffisamment tôt afin d'éviter une situation de surchauffe trop fréquente et pour préserver le dynamisme institutionnel qui la caractérise et qui a permis son essor.

1.8 Les objectifs généraux du projet d'établissement

Objectifs généraux	Commentaire
Déployer et mettre en œuvre les 150 places d'HAD	<p>Le niveau d'activité cible devra être atteint en 2017.</p> <p>La couverture de l'ensemble du Var Ouest par le service a été mise en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none">• La Garde• La Seyne sur Mer• Brignoles <p>La polyvalence du service HAD doit être conservée.</p>
Déployer et mettre en œuvre les 143 places de SSIAD/ESA	<p>Selon un rythme pluriannuel progressif, la capacité d'accueil de 143 places devra être atteinte en 2017.</p>
Adapter les dimensions humaines, managériales, matérielles et financières au développement de l'Association	<p>La poursuite du développement et les perspectives ont montré la nécessité de la mise en place d'une organisation qui devra s'adapter aux évolutions de l'Association SSV.</p>
Soutenir l'évolution de la démarche qualité, de l'outil d'évaluation vers la culture d'établissement	<p>La culture de la qualité devra se poursuivre et ce afin de maintenir la dynamique engagée.</p>

Objectif thématique : le projet médical	Commentaire
Développer la prise en charge des Soins Palliatifs	La prise en charge des patients en soin palliatif sera donc un axe principal de l'HAD SSV au cours des prochaines années. Les liens avec les EMSP et le réseau devront être renforcés.
Développer la prise en charge des soins de retour et de réadaptation au domicile MPR	La prise en charge des patients en MPR sera donc un axe principal de l'HAD SSV au cours des prochaines années. Les liens avec les SSR et le GIP COMET devront être renforcés.
Développer la prise en charge de la Cancérologie	La chimiothérapie n'a pu se développer. Le développement de cette activité devra rester un objectif sous réserve de l'intervention de l'ARS afin d'encadrer les prestataires de matériel en lien avec les IDE libéraux qui réalisent de la chimiothérapie à domicile.
Développer l'HAD en périnatalité	La prise en charge des patients en GAR sera donc un axe principal de l'HAD SSV au cours des prochaines années. Les liens avec les services de maternité partenaires devront être renforcés.
Développer la prise en charge des personnes âgées et/ou handicapées.	La prise en charge des personnes âgées et/ou handicapées sera donc un axe principal de l'HAD SSV au cours des prochaines années. Les liens avec les EHPAD et les ESMS devront être renforcés
Réaliser le maillage départemental des places d'HAD	Tout le Var OUEST est désormais couvert par l'HAD SSV. Cet objectif devra être maintenu en complémentarité avec le SSIAD/ESA SSV.

Objectif thématique : le projet de soins HAD	Commentaire
Poursuivre la sensibilisation des équipes au respect des droits du patient	Maintenir la mise à jour et le suivi de l'ensemble des documents de communication (livret d'accueil, classeur à domicile, enquête de satisfaction ...) Assurer un bon fonctionnement de La CRUQ.
Programme de lutte contre le risque infectieux	Poursuivre le Travail réalisé par l'EOH, le CLIAS et le COVIRIS (poursuivre l'élaboration du programme annuel et le suivi de la mise en œuvre).
Optimiser le circuit du médicament	Recruter un pharmacien coordonnateur. Mener un audit sur le dispositif actuel de gestion du circuit du médicament pour les patients hospitalisés à domicile afin de l'améliorer.

Objectif thématique : le projet de soins SSIAD/ESA	Commentaire
Assurer le développement du service	Le service devra atteindre l'objectif de 143 places autorisées.
Finaliser la conformité avec la loi du 2 janvier 2002	Tous les documents et procédures devront être à jour en réponse aux obligations légales
Mise en place d'une démarche qualité. Réalisation de l'évaluation externe	Le service devra réaliser son auto-évaluation interne et son évaluation externe.

Objectif thématique : RH	Commentaire
RH : Maintenir le Dialogue Social	Le service RH devra poursuivre à maintenir le dialogue social avec les IRP.
RH : poursuivre la mise en œuvre de la GPEC	L'outil de GPEC qui a été développé, devra continuer à progresser et être généralisé à tous les personnels.
RH : plan de formation	Tous les crédits disponibles devront être utilisés afin de répondre aux besoins en matière de formation pour le personnel. Une action plus particulière devra être mise en place afin d'enrayer l'évolution des AT. (Formation Gestes et Postures.....)
RH : Veille juridique	Le service RH devra mettre en place un système de veille juridique efficace afin d'anticiper les écueils...

Objectif thématique : Gestion	Commentaire
Gestion : Comptabilité Analytique	Le pilotage de l'établissement nécessite la mise en place à terme d'une comptabilité analytique.
Gestion : fonctions logistiques Parc de Véhicules	<p>Le magasin central devra se structurer comme prévu.</p> <p>La mise en place d'un service intégré de collecte des DASRI nécessitera un réajustement des effectifs et la mise en place d'une organisation des tournées efficace et efficiente.</p> <p>Les liens entre notre service logistique et le service de coordination des soins devront être renforcés</p> <p>La gestion des consommables et du matériel à domicile devra être optimisée. La mise en place d'un outil informatique adapté sera indispensable.</p> <p>La gestion du parc de véhicule de l'association SSV nécessitera à terme un réajustement en terme de personnel.</p>

Gestion : sécurité des personnes	<p>Mise à jour du Programme Global de gestion des Risques (PGR) et du document unique.</p> <p>Les risques liés aux prises en charges, les risques pour les personnels et les conditions de travail sont pris en compte.</p> <p>Les risques liés à des situations de crise (plan blanc) doivent être réactualisés également.</p>
Gestion : projet qualité	<p>Le management par la qualité doit se poursuivre au sein de SSV.</p> <p>La certification V2014 (V3) de l'HAD SSV devra être préparée.</p> <p>L'autoévaluation du SSIAD en cours de préparation et l'évaluation externe devront être réalisées.</p> <p>La gestion documentaire est en cours de mise en œuvre et devra se poursuivre.</p>
Objectifs thématiques : SIH - Bâtiments	Commentaire
SIH : mise en conformité CNIL	Les déclarations des nouveaux logiciels devront être faites auprès de la CNIL.
SIH : sécurisation des données	<p>Mise en place d'une nouvelle architecture des serveurs a renforcé la sécurité des logiciels et des données.</p> <p>La continuité 24H/24 du SIH devra être renforcée.</p>
SIH : Intranet / extranet	Intra et extra devront être regroupés dans un « portail d'entreprise » dont il faudra finaliser le développement
SIH : Adaptation par rapport aux exigences du Plan Hôpital Numérique	Adaptation de notre SIH/Plan Hôpital numérique.
Bâtiments : Acquisition de nouveaux bâtiments.	Le développement de l'Association devra amener le CA de SSV à mener une réflexion concernant l'acquisition de nouveaux locaux pour les antennes.
Bâtiments : sécurisation du site	<p>Un système de contrôle d'accès a été installé.</p> <p>Un système de vidéosurveillance intérieur est en place.</p>

CPOM 2012-2016

⇒ Orientations stratégiques du CPOM 2012 - 2016

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.

Le précédent projet d'établissement couvrait la période 2008–2012 et le nouveau concerne la période 2013-2017.

L'année 2012 nous a permis de finaliser les réflexions relatives au projet de management et de faire coïncider les projets internes avec la temporalité des politiques de santé :

1. Le projet de nouvelle gouvernance de SSV a entretenu des réflexions et a pu être finalisé au cours de l'année 2011 et approuvé par le Conseil d'Administration. Il constitue le socle du projet organisationnel et managérial présenté dans notre projet d'établissement.
2. Il nous a également semblé opportun de caler notre projet sur les nouvelles orientations quinquennales de santé publique :
 - La publication début 2012 du nouveau Programme 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, 2012 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, le renouvellement du Contrat de Bon Usage des Médicaments, prorogé d'une année, devra être renouvelé pour 5 ans dès 2013. Il sera ainsi établi en fonction du CPOM et du projet d'établissement.
3. Enfin, l'HAD entre en 2013 dans une nouvelle démarche de certification par la Haute Autorité de Santé avec une visite prévue en janvier 2013. 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.

1.9 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*

Ce projet médical de territoire (PMT), élaboré en juin 2008, dans le cadre des conférences de territoires et piloté par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation à l'époque.

⇒ *Le volet HAD du SROS III PACA 2006 - 2011*

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.

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

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)

[...] « *Contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès au système de santé* »

- ⇒ Le développement des implantations de notre service d'HAD répond précisément à cet objectif.

[...] « *Mettre en synergie les différents acteurs du système de santé et de l'autonomie* »

- ⇒ Cette synergie est l'essence même de notre mission de coordination.

[...] « *L'approche territoriale parle aux hommes de ce qu'ils connaissent : leur cadre de vie Elle permet de partager l'expression d'un besoin, la perception des réalités vécues, la connaissance de l'offre et de son fonctionnement. Le territoire est le lieu de rencontre entre les citoyens et les institutions pour améliorer la vie. Même s'il est patent que les inégalités territoriales de santé sont essentiellement le reflet d'inégalités sociales, leur approche territoriale garde tout son sens : celui d'une distribution la plus équitable possible des soins et de la prévention selon les besoins de chacun. Cet ancrage territorial est donc un enjeu fort : du choix des territoires dépendent à la fois la capacité des acteurs à intervenir de manière cohérente et l'adhésion de la population proposée.* »

- ⇒ La convergence entre territoire, population, santé et domicile est le fondement de l'hospitalisation à domicile.

Le SROS prévoit une évolution importante de la population Varoise jusqu'en 2020 (une variation de 7.4 %).

C'est sur la base de cette projection démographique pluriannuelle que sera définie la nouvelle capacité d'accueil cible de notre service d'hospitalisation à domicile.

Extraits du chapitre 2.2 : Les objectifs généraux

[...] « **2.2.2.1 Renforcer l'accès géographique aux soins** »

[...] « **2.2.4.2 Fluidifier les parcours de soins en amont et en aval de l'hôpital**

- *en amont, il s'agit d'éviter les hospitalisations inutiles [...]*
- *en aval, la gestion des sorties d'hospitalisation doit être optimisée »*

⇒ Avec plus de 20 % des patients qui sont adressés au service d'HAD par les médecins traitants, l'amont de l'hospitalisation traditionnelle a toujours trouvé une déclinaison concrète à l'Association SSV. L'intervention en EHPAD participe également de cette démarche.

Extraits du chapitre 4 : Activités de soins relevant du SROS (4.1 Médecine)

[...] « **4.1.2 Les objectifs généraux**

L'organisation doit tendre vers :

- *Le développement de l'HAD et l'amélioration de sa couverture territoriale*
- *Une meilleure articulation avec le secteur médiso-social [...]*

⇒ Nous retrouvons ici la dynamique de développement avec les EHPAD qui trouve sa traduction dans notre projet médical.

[...] « **4.1.2.6 Proposer des modes de prise en charge alternatif adaptés**

[...] *La poursuite du développement de l'Hospitalisation à domicile*

Ce développement de l'HAD doit prendre en compte :

- *Le profil médical du patient*
- *La densité des professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou salariés*
- *La formation des personnels de santé*
- *Le développement du système d'information*
- *La qualité des transmissions*
- *Les anticipations et prévisions des établissements proposant le patient*
- *L'importance et la qualité des relations avec les médecins traitants*
- *La prise en compte des aspects sociaux de l'environnement familial et social. »*

⇒ Notre projet d'établissement décline tous ces éléments au fil des chapitres.

[...] « *L'amélioration de la couverture territoriale de l'HAD et sa bonne insertion dans l'offre de soins reposent sur :*

- *Une mise en œuvre complète des autorisations déjà délivrée [...]*
- *La réponse aux besoins des zones insuffisamment couvertes pour lesquelles la demande n'est pas suffisante pour créer une HAD d'au moins 40 places passera par des demandes d'extensions de territoire d'intervention par les structures les plus proches*
- *un partenariat étroit avec les intervenants libéraux, les hôpitaux locaux et les SSIAD en zone rurale*
- *Les créations d'antennes délocalisées*

Une des caractéristiques fondamentales de l'hospitalisation à domicile tient au fait qu'elle prend en charge des malades souvent poly-pathologiques, ce qui rend incontournable son caractère généraliste ou polyvalent. L'HAD a un rôle important à jouer dans la prise en charge des personnes âgées. Le développement des soins palliatifs en HAD doit être poursuivi. L'activité obstétricale en HAD doit se limiter à la surveillance de grossesses à risque, la prise en charge de pathologies maternelles et le post-partum pathologique ; le post-partum physiologique ne relève pas de l'HAD sauf pour les sorties précoces à J2. La néonatalogie en HAD ne peut être envisagée qu'autour des centres de réanimation néonatale. Les prises en charge pédiatriques ne peuvent se développer qu'autour des établissements ayant une activité structurée. »

⇒ Notre projet d'établissement décline tous ces éléments au fil des chapitres et les caractéristiques de notre service d'hospitalisation à domicile sont conformes à ces orientations.

Le SROMS et le Schéma Régional de Prévention

Les autres schémas sectoriels et les programmes du projet régional de santé ont également concouru à alimenter les réflexions internes et bâtir notre projet.

Le SSIAD s'appuiera particulièrement sur les orientations relatives aux personnes âgées pour élaborer ses objectifs à 5 ans. Nous avons également porté une attention spéciale sur la transversalité intersectorielle car nous voyons tous les jours l'intérêt pour les bénéficiaires et la pertinence pour le système de soins de faire rejoindre les champs sanitaires (HAD) et médico-sociaux (SSIAD, SAMSAH...).

Les caractéristiques de la croissance prévisionnelle du service HAD

- Renforcer l'implantation territoriale pour améliorer encore l'accès à tous à l'HAD
- Conserver le caractère polyvalent et généraliste du service
- Conforter et fortifier les liens de coopération avec les professionnels de santé libéraux et les structures sanitaires et médico-sociales du secteur
- Adapter l'organisation et la gouvernance de l'association pour consolider et poursuivre sa croissance
- Soutenir le développement des activités dans le cadre d'une démarche qualité permanente

Les aspects quantitatifs

Bien qu'il n'existe pas d'Objectif Quantifié d'Offre de Soins (OQOS) qui contingerait 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	2009	2012	2013	2014	2015	2016
Var Ouest (Source INSEE) +projections	623575	628189	632838	637521	642238	646991
Population du territoire	1 050 000	1072800				1 181 000
Taux de progression annuel (Source PSRS PACA)	0.74%					
Capacité théorique du VAR	252	257	264	271	277	284
Capacité totale retenue		120	130	140	150	150

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 150 places à l'horizon 2017. 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).

1.10 La nouvelle gouvernance de l'Association SSV

Depuis leur création il y a plus de 30 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 règne à 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 nouvelle adaptation de notre organisation.

Ce constat, unanimement partagé par les membres du Conseil d'Administration, a conduit à lancer une réflexion interne d'envergure dans l'objectif de bâtir un nouveau modèle organisationnel de SSV en phase avec les enjeux de croissance que nous avons identifiés.

Dans cette perspective, le Conseil d'Administration et la Direction ont menés une réflexion sur une organisation nouvelle.

Le Conseil d'Administration a approuvé les grandes orientations de la nouvelle gouvernance de SSV qui constituent le socle du nouveau projet de gestion et de management et revêt une portée transversale majeure à toutes les activités et services de l'association.

Un nouveau découpage de l'organisation en pôles managériaux et en secteurs d'activité sera progressivement mis en œuvre.

Il s'appuiera notamment sur le renforcement de l'équipe de direction (administrative et soignante).

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.

1.11 Calendrier prévisionnel de mise en œuvre

⇒ *Nouvelle gouvernance : embauches réalisées et prévisionnelles*

2013 – 2017 : Consolidation et Adaptation de l'organisation

⇒ *Développement de l'activité de l'HAD*

2013 : Montée en charge progressive à 130 places

2014 : Montée en charge progressive à 140 places

2015 – 2017 : 150 → Consolidation de l'activité déployée

⇒ *Gestion du circuit du médicament*

2014 – 2015 : Recruter un pharmacien coordonnateur et mettre en œuvre les recommandations de l'Audit

2017 : Consolidation du dispositif déployé

⇒ *Création du SSIAD et de l'ESA*

2013 : Création de l'ESA

2014 : Montée en charge progressive à 25 places SSIAD + 5 places ESA

2015– 2017 : Montée en charge progressive à 43 places SSIAD + 10 places ESA

⇒ *RH et démarche qualité*

Processus permanent piloté par le service qualité et les instances internes de l'établissement :

- Assurer le suivi des actions
- Auditer leur efficacité
- Contrôler leur pertinence opérationnelle
- Amender, ajuster et adapter les modèles si besoin
- Veiller de manière permanente à l'adéquation des actions avec les politiques de santé publiques
- Disposer d'une veille juridique assurant la conformité des actions entreprises avec le droit

⇒ *Logistique*

2013 : Création du service intégré de collecte des déchets DASRI et informatisation de la gestion des stocks

2014-2017 : Montée en charge du service

⇒ *SIH*

2013-2017 : Mettre en œuvre le plan hôpital numérique

1.12 Impact économique pluriannuel prévisionnel

Plan pluriannuel de développement de l'HAD SSV

⇒ La croissance de l'activité

Récapitulatif du plan de développement de l'HAD SSV de 2013 à 2017	Année 2013 Début du plan	Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017
Places	120	130	140	150	150
Total des journées	43800	47 450	51 100	54 750	54 750

Le développement de la capacité du service est concentré sur les 3 premières années du plan, les années suivantes correspondant à la phase de consolidation et de stabilisation de la croissance. La progression annuelle moyenne est de 10 places correspond à ce que le service a déjà connu les années précédentes. Ce rythme est donc à la fois cohérent et réaliste.

⇒ L'incidence économique

Le GHT moyen retenu pour le plan est extrait du deuxième rapport infra-annuel 2012 soit 195 € par journée facturable. 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 2013	Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017
Total des produits versés par l'Assurance Maladie	8 541 000 €	9 252 750 €	9 964 500 €	10 676 250 €	10 676 250 €

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 SSV

Le SSIAD SSV ne s'inscrit pas dans une perspective de développement quantitatif de ses activités comme l'HAD mais dans l'atteinte des places financées et le renforcement de la politique qualité conduite par le service et l'objectif d'amélioration permanente des prestations fournies.

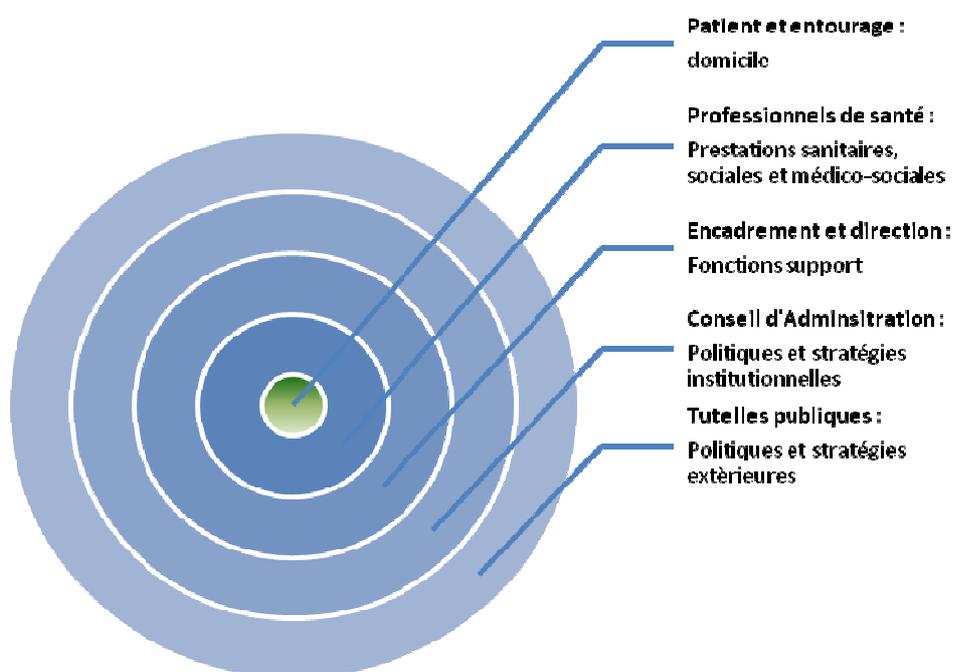
	Année 2013	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Année 2016
Base reconductible n-1	1 549 941 €	1 549 941 €	1 559 240 €	1 568 596 €	1 578 007 €
Evolution de la base reconductible : + 0.6 % par an		9 299 €	9 356 €	9 411 €	9 468 €
Total des recettes versées par l'assurance maladie	1 549 941 €	1 559 240 €	1 568 596 €	1 578 007 €	1 587 475 €

La projection économique pluriannuelle démarre donc avec, pour base de référence, le Budget Exécutoire 2012.

2 ORGANISATION GENERALE ET MANAGEMENT

2.1 *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.

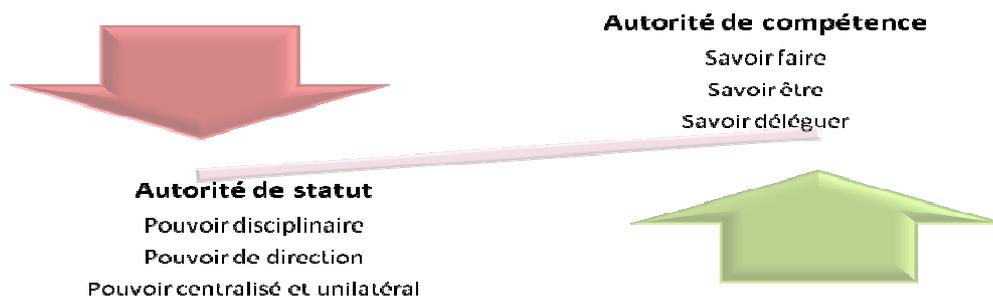


Les personnels ne sont pas ici identifiés isolément mais sont intégrés dans un système qui positionne un lien de subordination direct avec le métier qu'ils doivent accomplir.

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



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.

Étroitement 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.

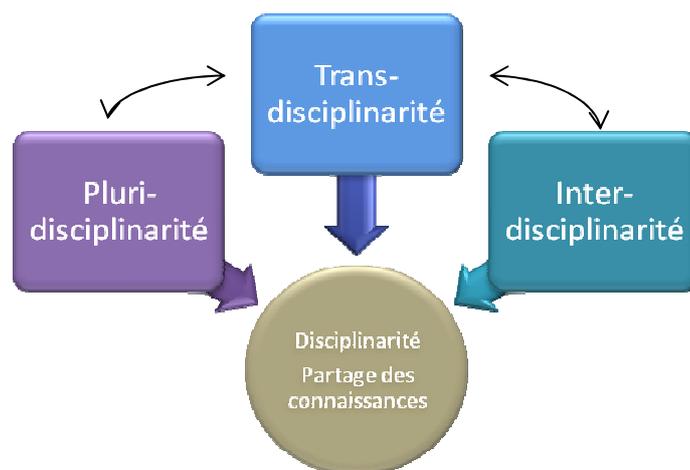
Au fil du temps, l'autorité de statut doit laisser une place croissante à l'autorité de compétence sans toutefois ne jamais disparaître.

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.

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

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

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



Quelques définitions repères :

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

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

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

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

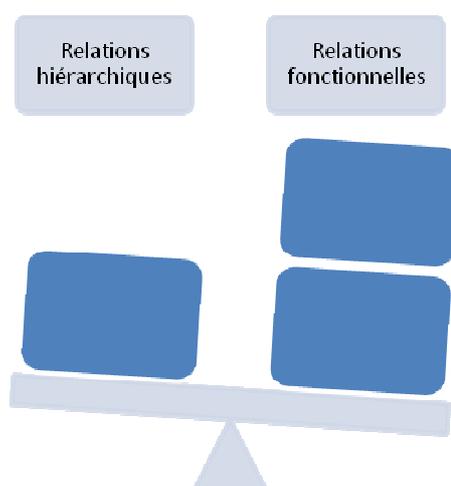
Ainsi la transdisciplinarité est multidirectionnelle et complète les dimensions du partage des connaissances entre les individus.

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.

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

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

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



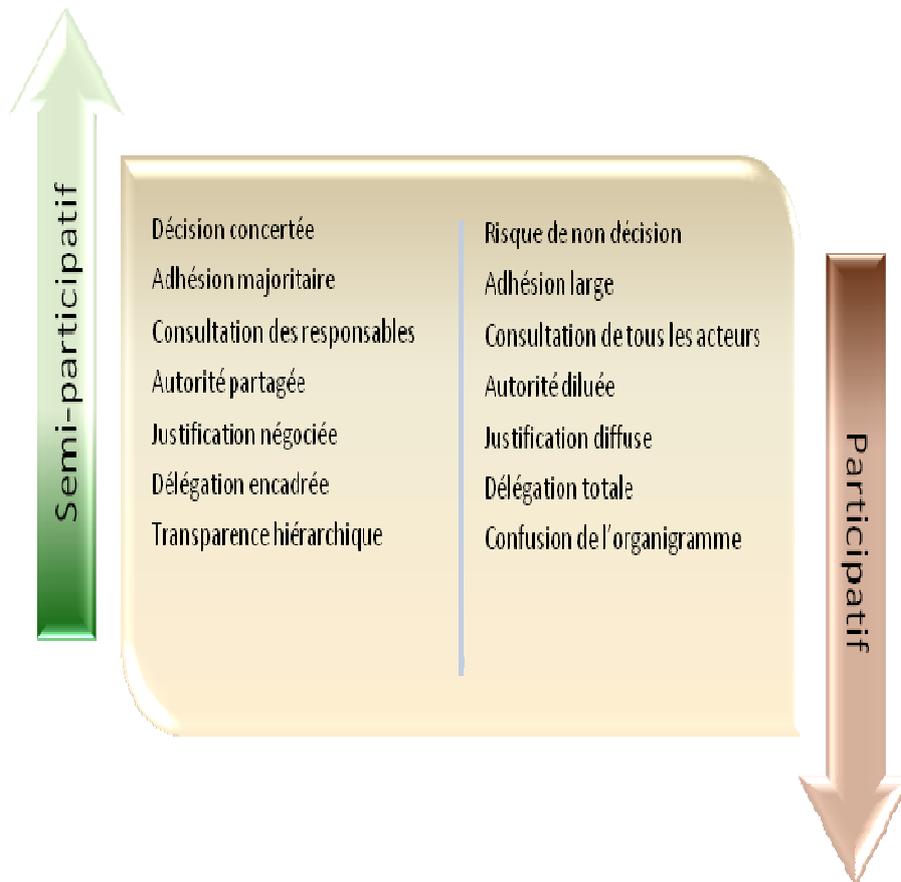
Pour espérer atteindre ces objectifs, les managers doivent privilégier les liens fonctionnels entre les individus et recourir avec discernement et parcimonie à l'autorité.

Un management à géométrie variable

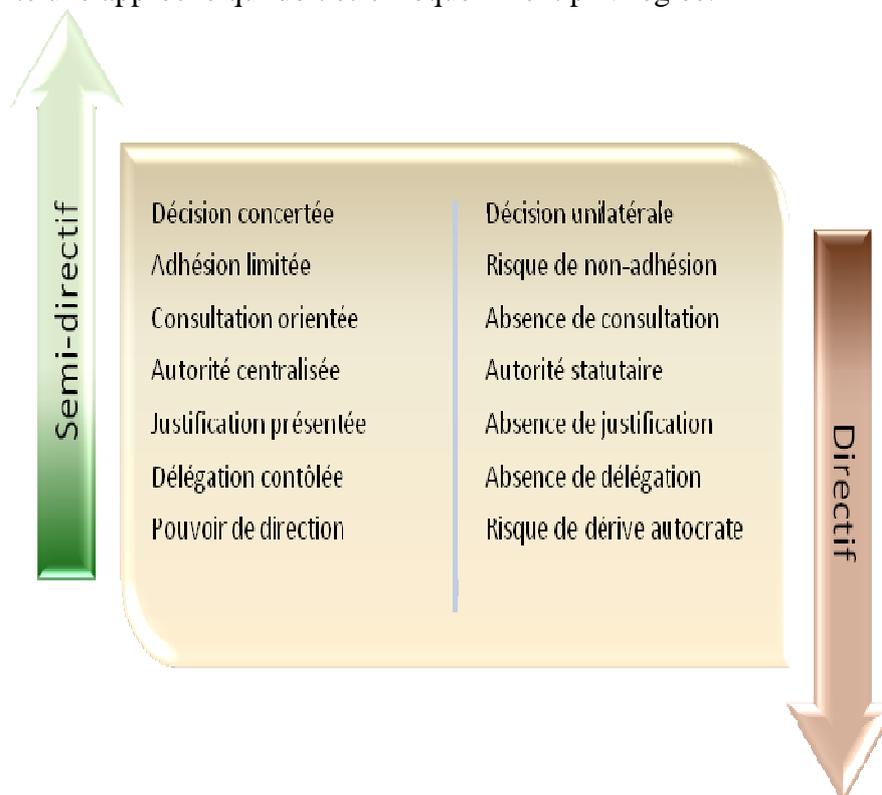
La typologie du management mis en œuvre au sein d'un établissement est habituellement décrite selon un modèle unique qui incarnerait un idéal adapté à toute situation.

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

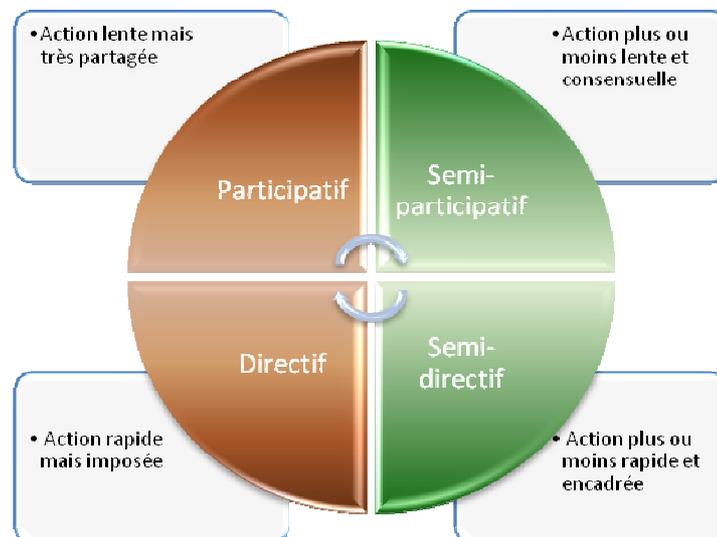
L'identification des modèles permet donc d'orienter les choix managériaux des responsables en fonction de la situation en analysant objectivement les points forts, les risques et les limites du modèle retenu.



La démarche participative s'appuie sur le concept de « démocratie sociale », spontanément très partagé. Il convient cependant de mesurer les limites situées aux extrémités d'un tel modèle. De manière générale et pour identifier une tendance institutionnelle, le management semi-participatif présente une approche qui doit être fréquemment privilégiée.



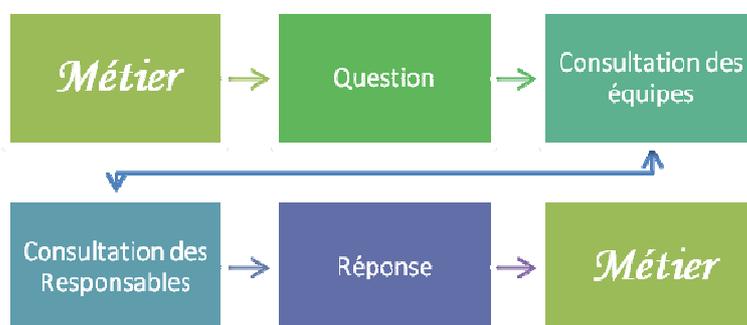
L'opportunité d'un management directif s'analyse également en connaissance de la force du modèle et de ses limites. Il convient à l'Association SSV de recourir préférentiellement au mode semi-directif et de faire de toute décision unilatérale et imposée une exception.



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

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

Le processus décisionnel



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

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

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

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

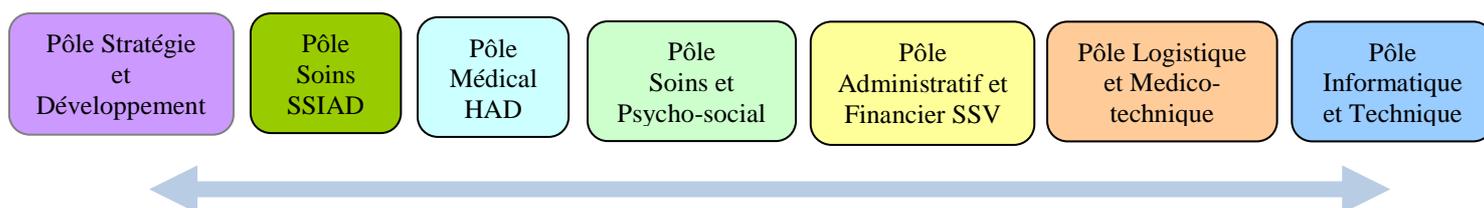
La recherche du consensus doit être un objectif mais pas un impératif car la décision prime sur l'absence de décision ; la direction donnée prime sur l'incertitude de positionnement.

2.2 Organisation sectorielle et polaire

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.

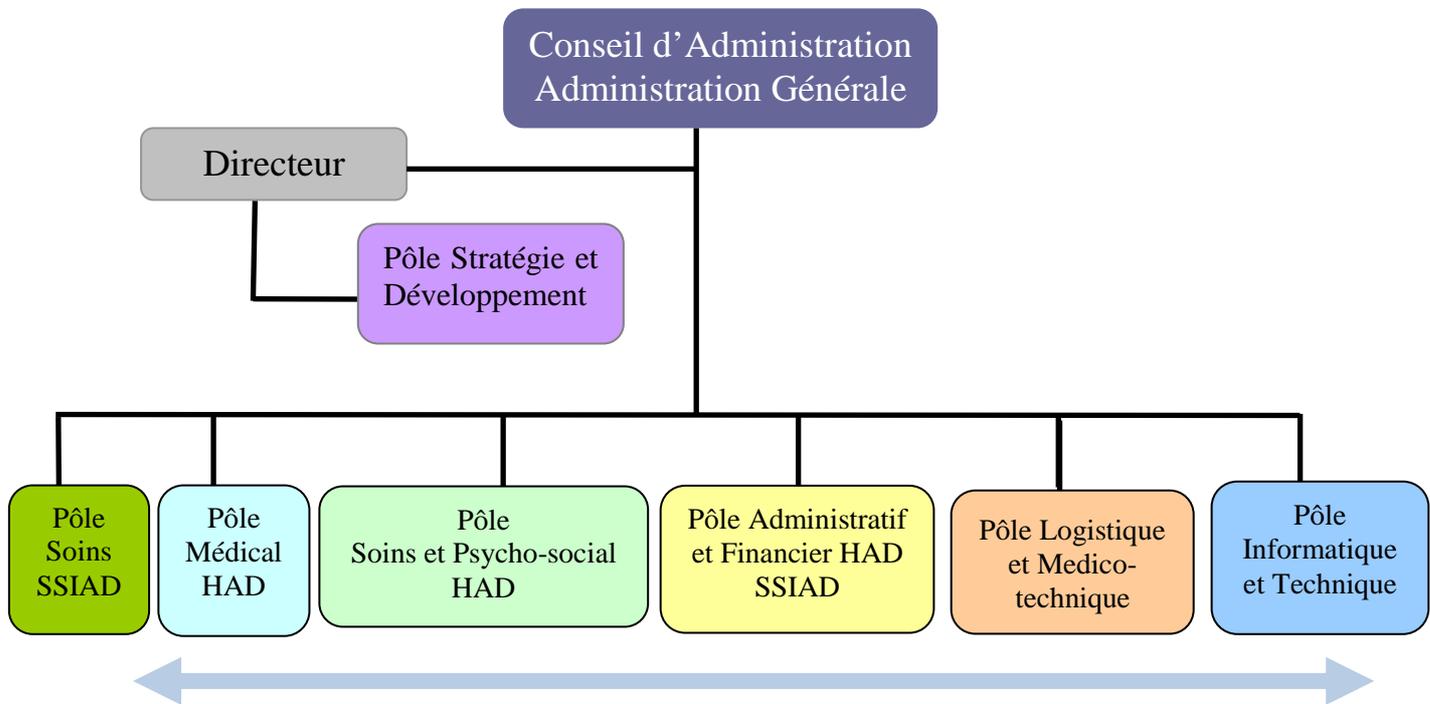
Les secteurs : au plus près des métiers

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 des pôles



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

Il est à noter que les deux adjoints de Direction, même si sur schéma ils sont situés sur un niveau identique aux autres cadres responsables de pôles, restent en terme de hiérarchie supérieurs aux autres cadres.

En effet et dans la mesure où pour certaines missions et durant l'absence du Directeur de l'établissement, les adjoints de direction disposeront, par délégation, des attributions du directeur afin d'assurer la continuité de la direction de la structure, il est indispensable que ce positionnement hiérarchique puisse être clairement défini.

Cette organisation représente une nouveauté pour l'association et s'inspire en partie du modèle de la nouvelle gouvernance des hôpitaux publics.

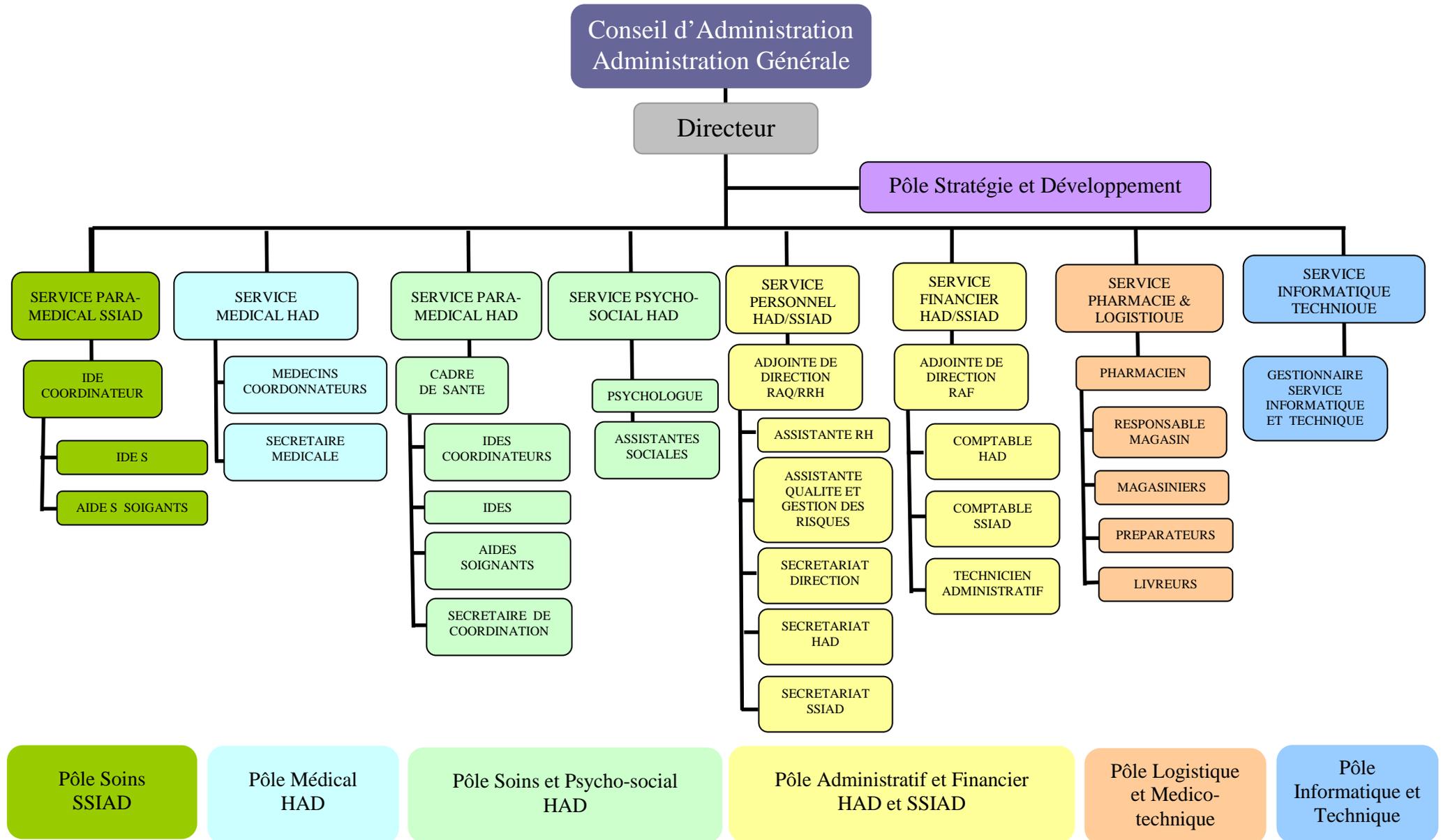
Le Cadre de santé assure la responsabilité de toutes les activités de soins.

Ce schéma privilégie la transversalité des acteurs et des activités.

Il reste à la fois synthétique et exhaustif de la réalité des métiers exercés.

Il imbrique harmonieusement et avec cohérence technostucture et opérationnalité.

Organigramme général des secteurs et des pôles



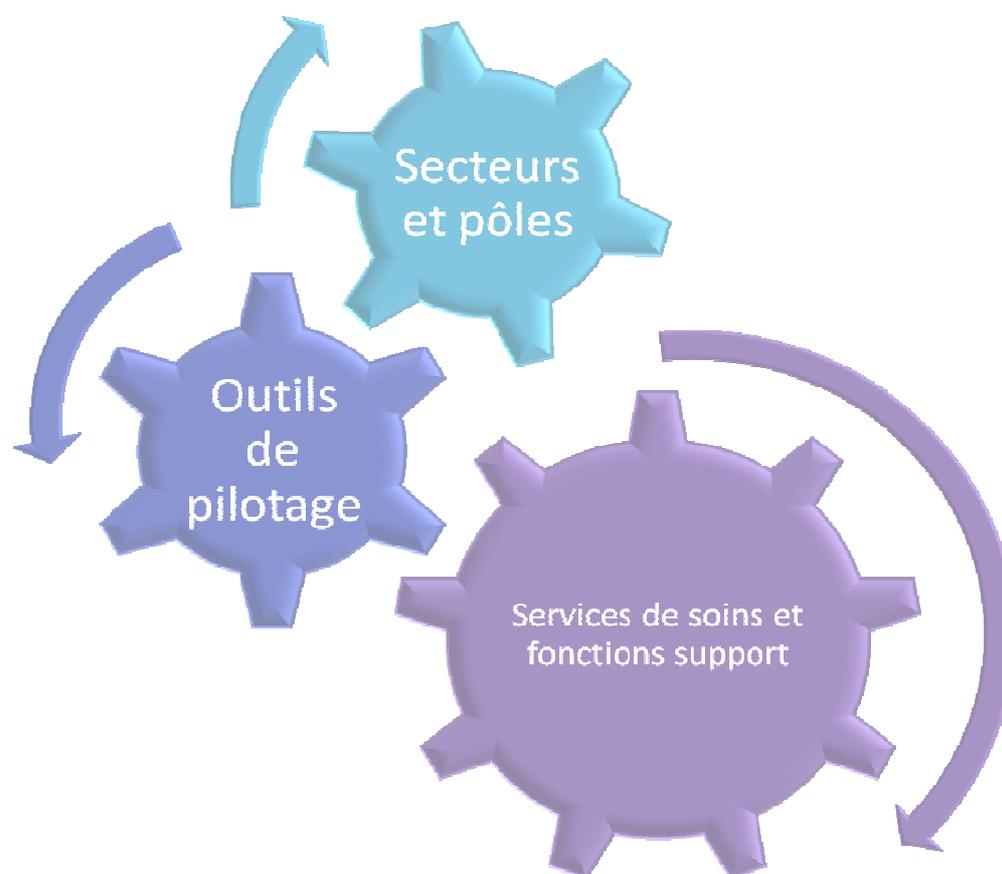
2.3 Les outils de pilotages de l'établissement

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.

2.4 Gestion des ressources financières

Le service financier, piloté et encadré par l'Adjoint de direction (RAF), 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
- 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 comptabilité et financier se compose de deux comptables, un aide-comptable et du Responsable Administratif et Financier.

LES AXES D'AMELIORATION

↳ Améliorer la Gestion Budgétaire

- Le renforcement des activités du contrôle de gestion
- La mise en place d'une comptabilité analytique par typologie de patients pris en charge
- La conduite 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'efficacité.

↳ Optimiser 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 ;
- La direction financière qui choisira les fournisseurs en concertation avec le référent désigné et établira les commandes.

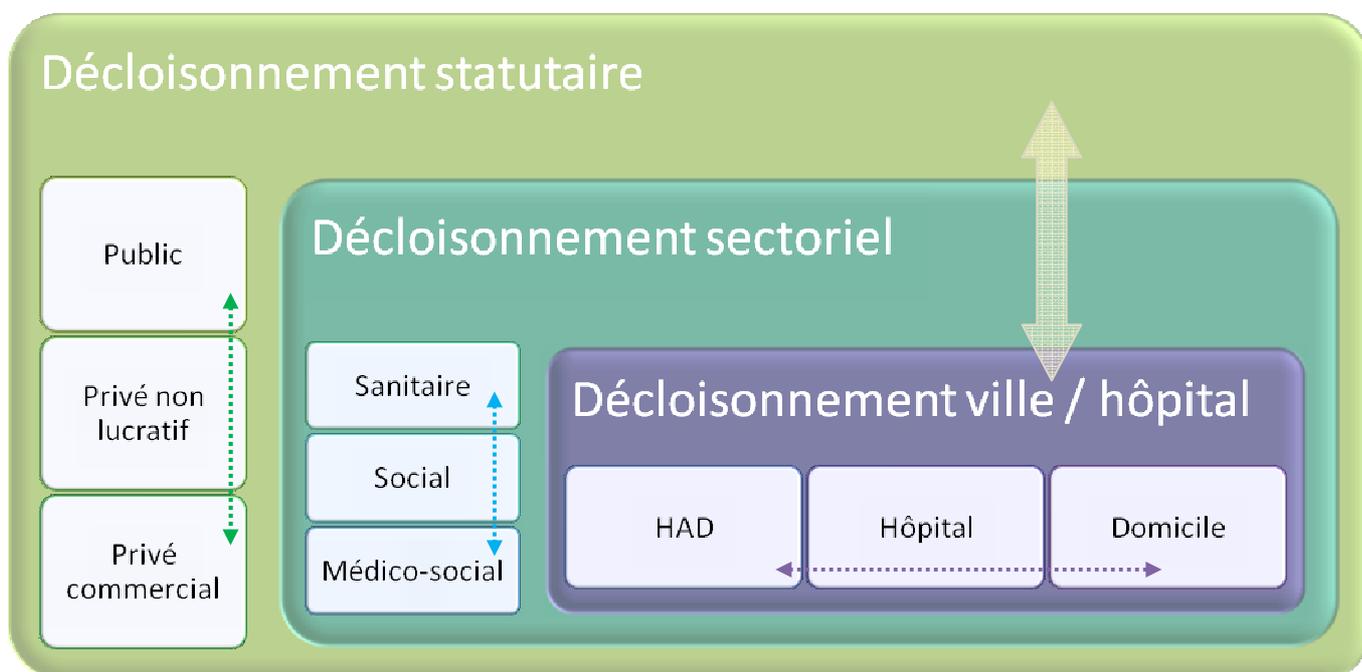
La sélection des fournisseurs reposera sur une évaluation, à priori, des capacités du fournisseur à satisfaire le besoin exprimé dans un Cahier des Clauses Techniques Particulières (CCTP) tout en respectant les critères financiers et de qualité fixés avec le responsable de processus ou l'expert technique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

↳ 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 de dépenses

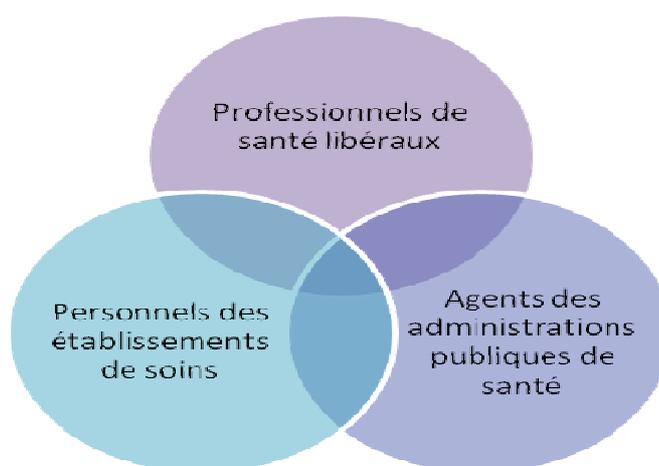
2.5 La politique de coopération

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



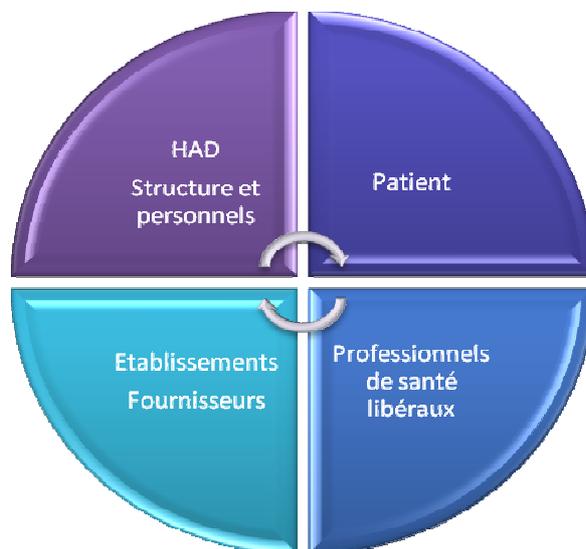
Le décloisonnement des pratiques repose sur la capacité des personnes à échanger, à communiquer autour d'un sujet commun : la prise en charge des patients.

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

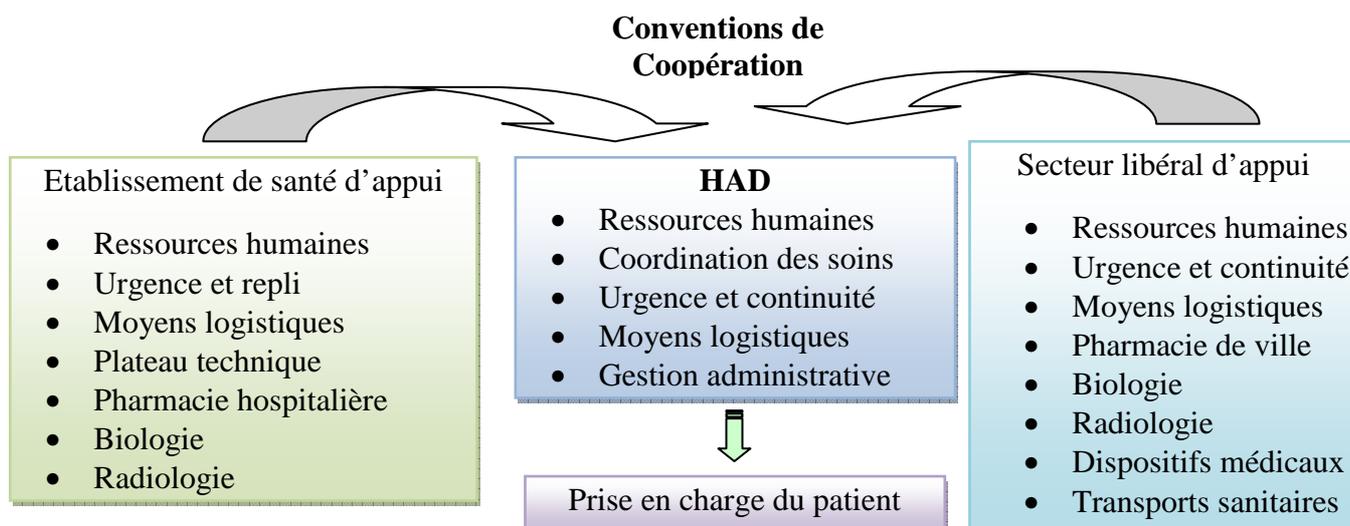
Cette interdépendance de l'HAD est permanente et la coordination des soins doit intégrer cette dimension.

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.

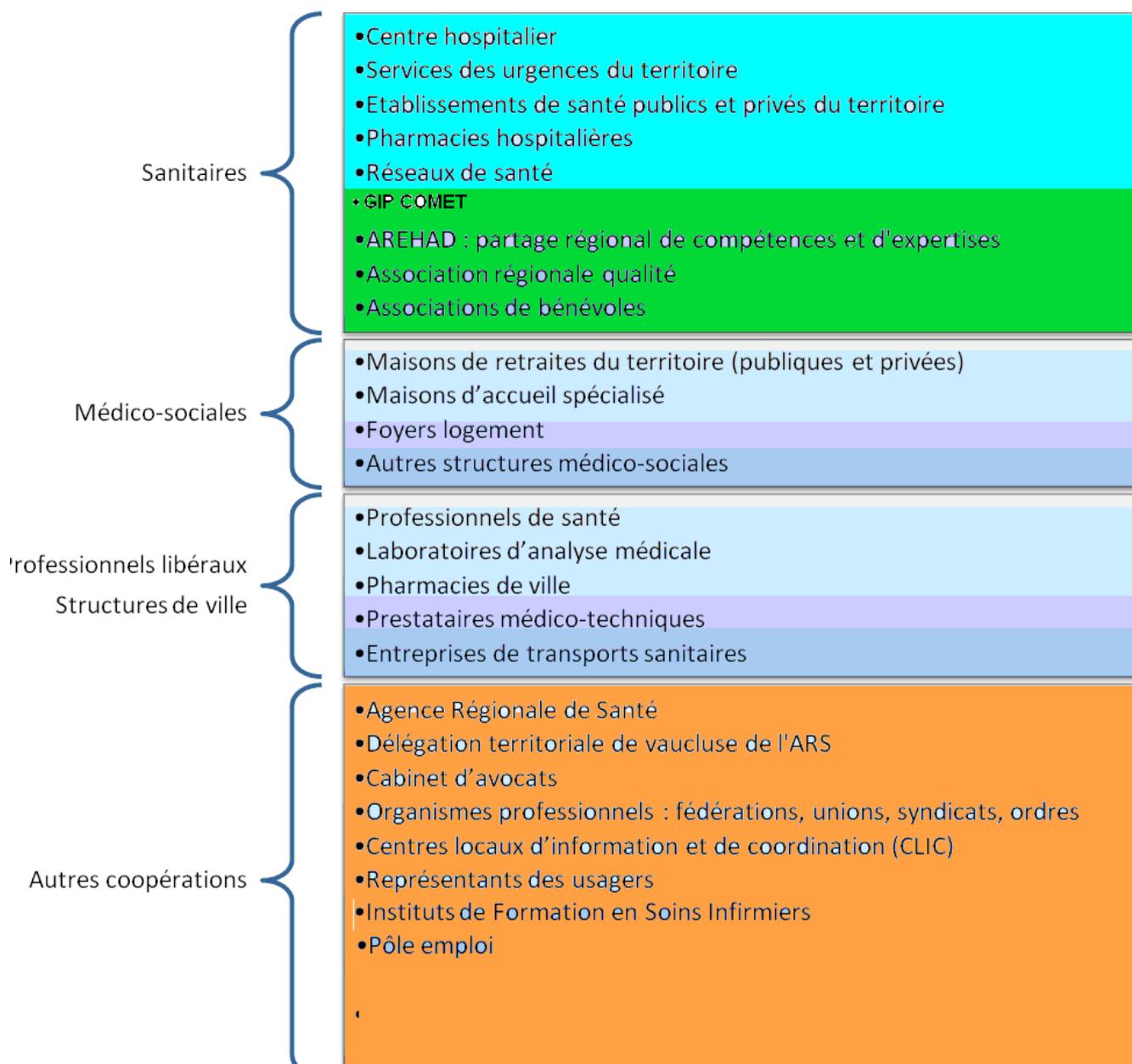


C'est donc le cadre des coopérations mises en œuvre qui établira la réalité de ces liens d'interdépendance et le juste équilibre entre droits et devoirs des uns vis-à-vis des autres.

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 multipartite
- 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.

2.6 Ethique et déontologie

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 ; en particulier :

- La Loi N°99-477 du 9 juin 1999 vise à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs.

- La loi N°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé et la Loi N°2005-303 du 22 avril 2005 (Loi LEONETTI) relative aux droits des patients et à la fin de vie.

Cette dernière Loi insiste sur l'autonomie du patient et le droit dont il dispose de refuser traitement ou investigation et renforce les prérogatives de la personne de confiance.

La réflexion qui s'est fait jour par la suite concerne les réseaux et les structures d'HAD, donnant à ces dernières l'obligation d'intégrer ce type de soins.

2.7 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.

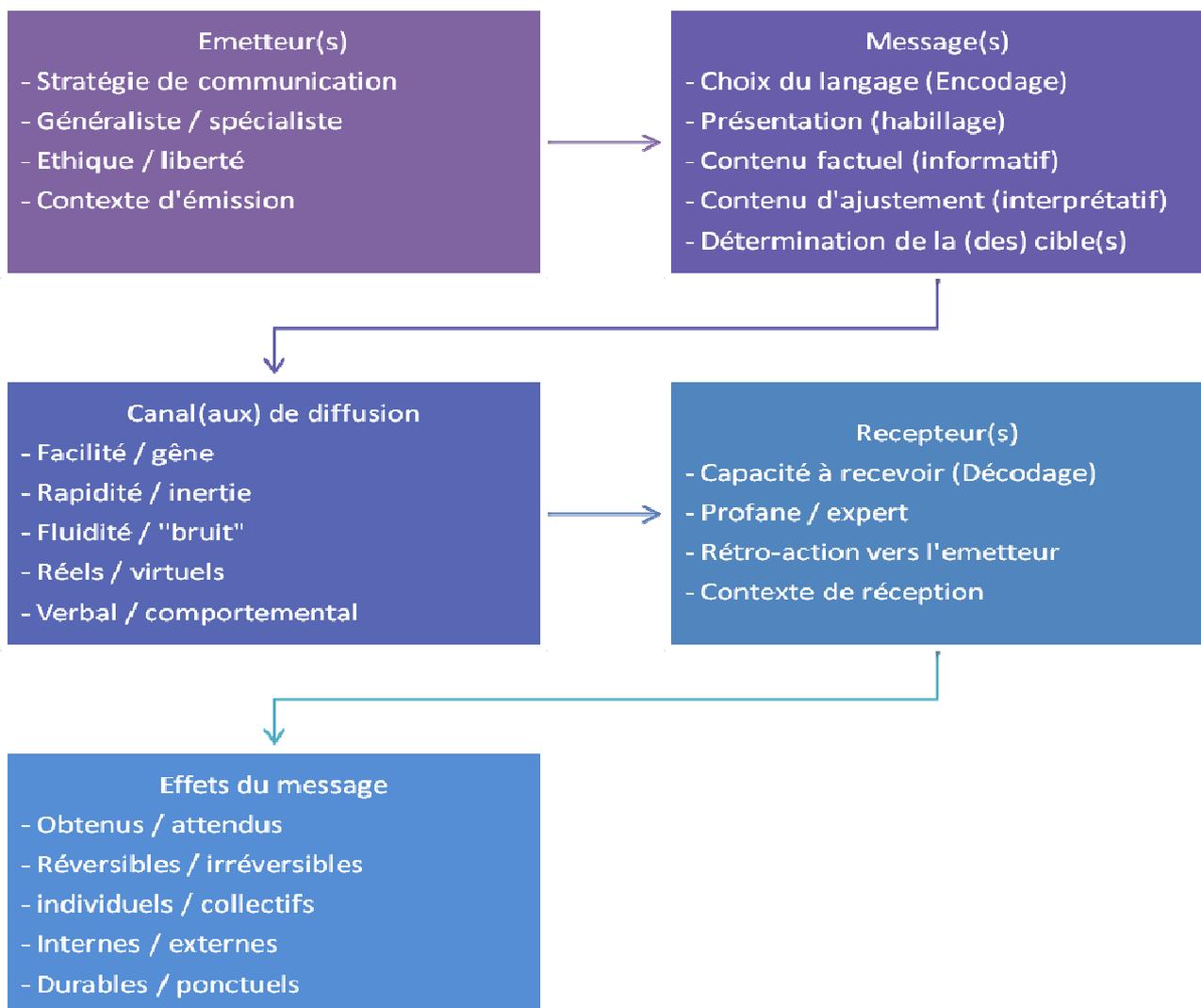
- La communication interpersonnelle est fondée sur l'échange direct entre un émetteur et un récepteur.

- 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 ».

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.

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.

Etant donné la vétusté des Autocommutateurs qui les gagnent petit à petit, dans les 5 années à venir, il serait bon d'envisager de les renouveler.

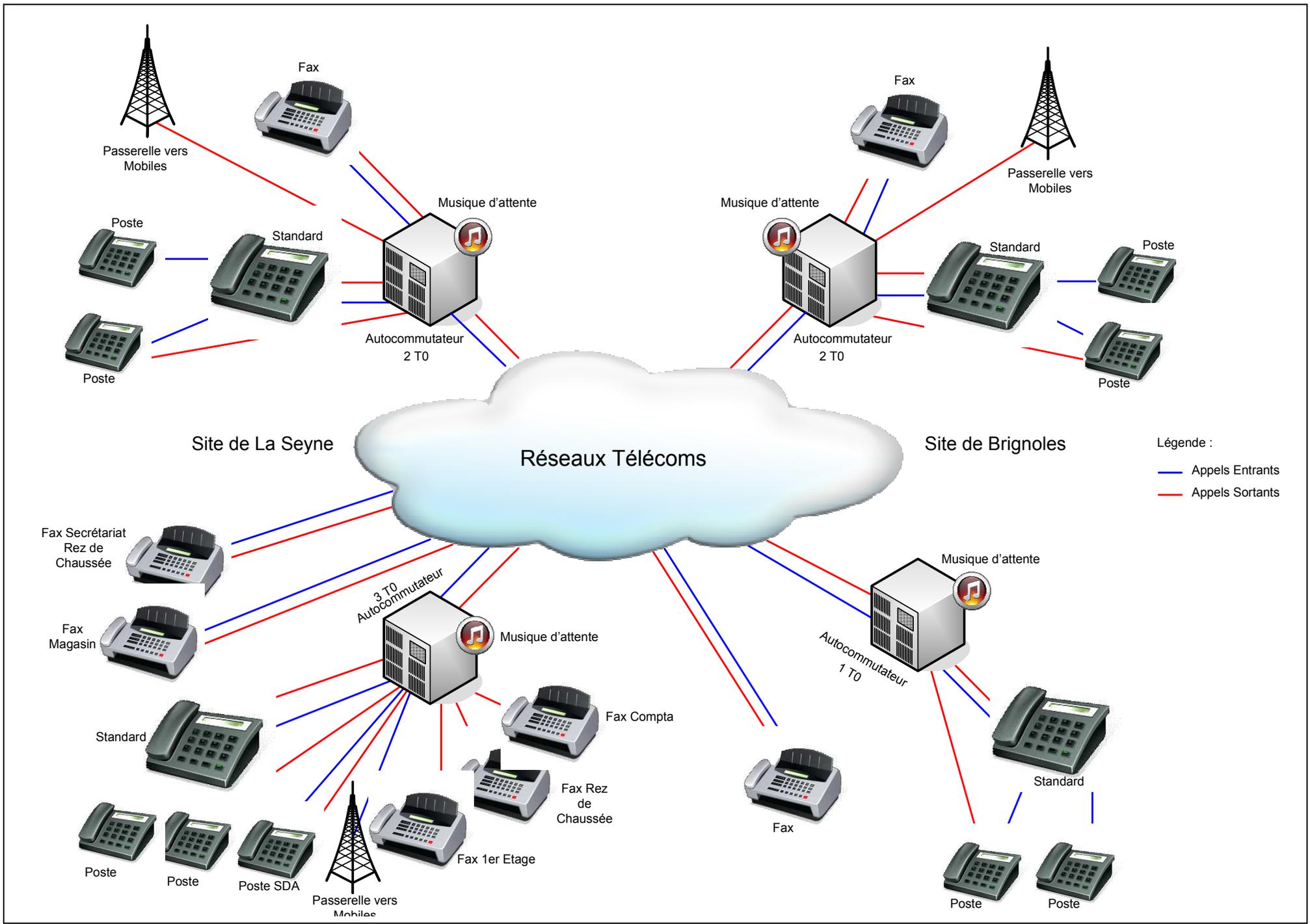
Cela nous permettra un passage vers la VOIP en douceur, tout en sachant que ce passage nous permettra de réduire une nouvelle fois nos coups en téléphonie sur les appels locaux et nationaux (gratuits) et selon le fournisseur d'accès les appels vers les mobiles le sont aussi.

Cependant, pour assurer un service minimum, il faut rajouter une ligne ADSL dédiée à ce fonctionnement et s'assurer d'avoir une garantie de rétablissement sous 4h comme les garanties GTR 24/24h dont nous disposons à l'heure actuelle et/ou avoir un moyen de palier à ce genre d'incident (garder une T0 active) avec un basculement automatique.

L'Autocommutateur de la Seyne datant de 2012, le renouveler ne serait intéressant qu'à partir du moment où le passage à la VoIP serait envisagé.

De plus, le fait de faire ce passage vers la VoIP engage d'autres investissements tels que le renouvellement entier des postes vers des postes IP, des switch PPOE qui servent à alimenter les postes ou bien des transformateurs par téléphone. C'est un investissement lourd ! Mais dont le coût gagné sur les communications permet de s'y retrouver.

A la page suivante, vous pouvez voir une 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 performant, 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.

La nécessité d'avoir au chevet du patient un outil informatique pour renseigner des données ou communiquer avec le service de coordination se faisant de plus en plus obligatoire et intéressant, il est envisageable de fournir aux Infirmiers de terrain dans un premier temps des tablettes tactiles facilement transportable et d'utilisation simple.

Etant généralement d'une taille plus abordable que l'écran d'un téléphone portable, cela faciliterait d'un point de vue ergonomique l'utilisation de l'application mobile « Arcan Mobile » pour renseigner les données du patient.

Avec un abonnement 3G adapté voir même la 4G qui va se démocratiser durant l'année 2013, le débit de connexion sera deux fois plus rapide et permettra un échange des informations plus rapide, allié à la puissance d'une tablette, l'application « Arcan Mobile » devrait devenir incontournable au chevet du patient.

D'autant plus, qu'avec une application de communication du type « Skype » nos coûts en communication deviendraient gratuits pour tous les contacts dit « interne », seul un coût de communication est à prévoir pour les numéros d'Urgence (un forfait à bas prix suffira) ainsi que les numéros fixes (en 04,09, ...)

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, notamment dans le cadre du projet de communication avec une application du type « Skype » pour diminuer les coûts en communication de ce service.

3 PROJET MEDICAL HAD SSV

Depuis l'élaboration du dernier projet d'établissement, l'établissement d'HAD a vu sa capacité d'accueil se multiplier par 3. 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 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.

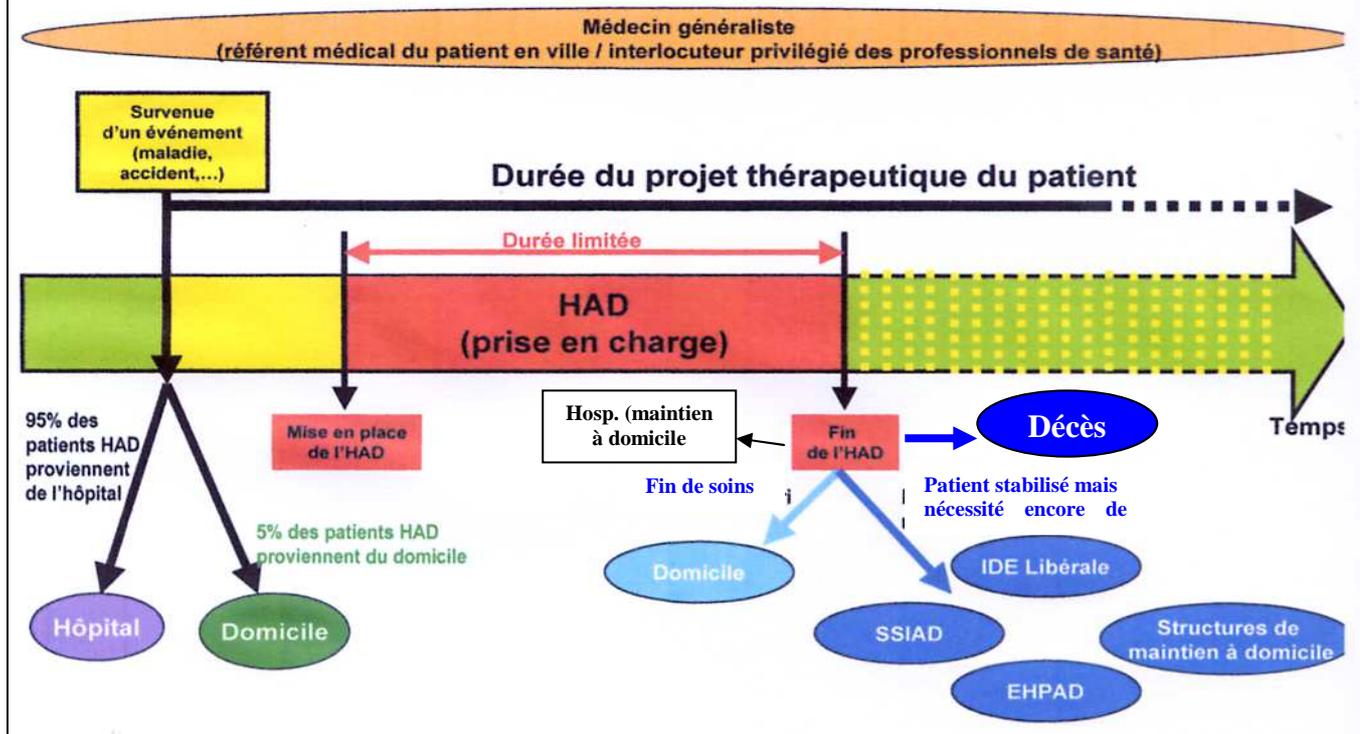
Suite à l'accord médical du médecin coordonnateur et à l'accord individuel de la part de la direction, une enquête de « pré-admission » est réalisée afin d'établir la faisabilité de la prise en charge à domicile. Cette enquête permet une analyse des besoins technique, matériel, social, familial et psychoaffectif.

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.

Schématisation d'un parcours de soins patient



Le projet médical s'appuie sur les 5 axes du SROSS :

- Personnes Agées et/ou Handicapées
- Soins Palliatifs et Fin de Vie
- Cancérologie.
- Périnatalité
- Médecine Physique de Réadaptation au domicile et affections neurologiques évolutives ou post-traumatiques

3.1 Prise en charge des personnes âgées et/ou handicapées

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...

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...

3.2 Prise en charge des soins palliatifs et fin de vie

Depuis sa création, l'HAD SSV 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 local, enveloppe soins palliatifs CPAM, embauche de psychologues, 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, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager des douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires, ils s'adressent au patient ainsi qu'à l'entourage.

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

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.»

Parmi les pathologies prises en charge en HAD SSV, un nombre important concerne des patients en phase avancée ou terminale de maladie cancéreuse, de maladies neurologiques évolutives (par exemple, SLA, SEP), d'insuffisance cardiaque respiratoire, ou encore d'autres, 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, sociale et spirituelle. 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.

3.3 Prise en charge de la cancérologie

L'objectif est de répondre à des demandes de prise en charge concernant des patients en traitement(s) actif(s), curatif(s) de cancérologie.

L'objectif des traitements à visée oncologique est ici la recherche d'une « guérison », ou au moins une stabilisation durable de la maladie cancéreuse.

Différentes typologies de patients sont possibles :

- Patients poursuivant une chimiothérapie adjuvante ou néo-adjuvante à domicile → le « branchement » de la chimiothérapie pouvant être réalisé soit en hôpital de jour du centre de référence oncologique, soit à domicile avec recueil du feu vert de l'oncologue et du médecin généraliste.
- Patients pris en charge après une chirurgie d'exérèse d'une tumeur cancéreuse et/ou patients dont l'état général ou la décompensation d'une pathologie associée ne permettent pas d'entreprendre immédiatement un traitement adjuvant lourd.
- Patients en cours de chimiothérapie et/ou radiothérapie et présentant des effets secondaires variés en fonction de la localisation de la tumeur traitée, nécessitant des soins de type hospitalier (soins de support en cancérologie) : nutrition parentérale, pompe à morphine, suivi de poches de stomie, pansements complexes, perfusions sur voie centrale...

Les points communs de ces prises en charge sont :

- Les liens étroits à tisser et à consolider avec un Centre de Traitement Oncologique Hospitalier de Référence du patient
- Les traitements entrepris sont le résultat documenté de RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire)

3.4 Prise en charge de la périnatalité

Cet axe rassemble les prises en charge de patientes enceintes ou ayant récemment accouchées, ou encore du nouveau-né, ayant en commun, une forte part de suivi et surveillance par sage-femme ou autre soignant paramédical, et nécessitant un accompagnement et un soutien sur le plan social. La charge en soins peut être relativement légère, avec tout de même un minimum de 3 interventions par semaine de sage-femme pour monitoring ; la personne prise en charge doit pouvoir bénéficier d'une surveillance rapprochée et d'une forte réactivité de décision, et cela 24h sur 24h. Cet axe rassemble les situations ayant en commun une forte part de suivi et d'accompagnement dans un objectif d'éducation thérapeutique soutenue. La personne prise en charge doit pouvoir bénéficier d'une surveillance rapprochée et d'une forte réactivité de décision.

TYPOLOGIE DE PATIENTS :

- Le suivi prénatal portera sur des grossesses présentant un élément pathologique; les conditions socio-environnementales défavorables ne pouvant constituer à elles seules un motif de prise en charge. Ce pourra, donc, être le cas du suivi d'une HTA gravidique ou d'un diabète gestationnel mal équilibrés. Des situations plus rares telles que cholestase gravidique ou comorbidité avec un lupus ou une thrombophilie génétique peuvent faire l'objet d'un suivi HAD prénatal; à fortiori en cas d'antécédents de mort fœtale intra-utérin.

- Selon les recommandations de l'HAS, outre les sorties précoces de maternité, le suivi post-natal en HAD SSV pourra concerner des situations avec un élément pathologique tel que :
 - Difficulté de cicatrisation post-césarienne, abcès, collection pariétale
 - Plaie périnéale compliquée
 - Pathologie thromboembolique récente
 - DNID ou HTA persistante
 - Anémie sévère
 - Pathologie infectieuse en phase aiguë
 - Dépression du post-partum
- Le nouveau-né sain ne peut être en lui-même le sujet de la prise en charge. Par contre, l'accompagnement de sortie précoce de maternité prendra en compte globalement le suivi des suites de couches, et l'éducation de la maman dans les soins à donner au nouveau-né avec la surveillance de ses premiers jours de vie.
 - L'HAD peut aussi faire suite à une période plus ou moins prolongée d'éducation de la maman pour des prises en charge plus délicates d'un enfant malade et/ou handicapé par une affection anténatale ou obstétricale. L'aide du service d'HAD SSV sera d'accompagner ce retour à domicile en assurant le suivi clinique de l'enfant et de consolider le savoir-faire de l'entourage sur des gestes techniques avec lesquels il doit se familiariser.
 - Les prises en charge pédiatriques à proprement parler peuvent couvrir des périodes plus ou moins prolongées pour des situations postopératoires ou posttraumatiques, ou le temps de l'administration d'un traitement IV de produits hospitaliers à la demande des services concernés.
 - L'éducation de santé en dehors de la période périnatale et de la pédiatrie, portera sur des interventions ciblées du service d'HAD SSV avec des objectifs éducatifs précis tels que l'éducation à l'insulinothérapie, l'autonomisation à l'égard d'une nutrition ou la maîtrise d'un appareillage de stomie chez des patients fragiles ou peu compliants.

3.5 Prise en charge de la médecine physique de réadaptation au domicile et affections neurologiques évolutives ou post-traumatiques

Les patients peuvent émaner de 2 types de filière, selon la pertinence des soins à prodigués au patient au regard de son âge, de son état médical, de sa situation social. 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 médical ou chirurgical peut présenter des difficultés amenant à prolonger les séjours des patients dans des unités d'hospitalisation dont ils ne relèvent plus. S'il n'y a pas nécessité pour eux d'être orientés vers un SSR, ou à défaut de place dans ces établissements, l'HAD SSV doit pouvoir 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.

Deux situations peuvent alors se présenter :

- Phase aiguë 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 souvent brutale et durable alors qu'ils sont encore dans une période de vie, qui sans ce changement d'état par maladie ou accident, serait encore en activité. L'entourage familial immédiat est composé de sujets jeunes avec parfois des enfants à charge. Au domicile, la vie doit continuer avec la nouvelle donne du handicap. Le patient doit alors s'inscrire dans un nouveau projet de vie. Outre la prise en charge du soin, il faut mettre en place un 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 aiguë sont particulièrement concernés. Un potentiel de récupération justifie de déployer des moyens rapides et durant dans le temps avec des récupérations neurologiques à J-3 mois voir J-6 mois en vue de progrès qui améliorent grandement la vie quotidienne du patient à domicile. Le retour à domicile constitue alors un effet « booster » sur lequel on peut s'appuyer, connaissant les risques de « décrochage » d'un patient âgé maintenu en institution sur une période plus prolongée. Le retour dans le lieu de vie est un indéniable facteur favorisant la volonté de vivre et évitant de fait un éventuel syndrome de glissement.
- Concernant le champ de la chirurgie orthopédique, il s'agit de personnes âgées en post opératoires. Il est alors préférable qu'ils soient au domicile pour une meilleure rééducation et une réadaptation en l'absence d'opération ou fracture avec des objectifs concrets en lien avec l'architecture du domicile. 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.
- Patients atteints d'affections dégénératives neurologique ou démyélinisante de type SEP, SLA, certaines maladie orphelines, avec comme point commun un handicap moteur très sévère, se compliquant de troubles de déglutition avec apparition de dénutrition et de ses complication, ainsi que de troubles respiratoires signant l'entrée dans une phase palliative.
- 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 avec nécessité d'un projet social avec une adaptation sociale. L'élaboration d'un projet de vie est alors nécessaire au bien être du patient.

3.6 Les objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales

↳ Les 3 principaux objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont :

1- La politique BMR (Bactéries multi résistantes)

- Prévention du risque et de l'émergence des résistances aux antibiotiques par une politique sur la prescription de l'antibiothérapie
- Suivi de l'écologie bactérienne avec l'analyse et la mise en place des recommandations à mettre en œuvre au domicile

2- Politique de surveillance par les enquêtes de prévalence et incidence

3- EPP sur les gestes invasifs

3.7 Axes d'amélioration

↳ Structurer les actions en lien avec les personnes âgées et/ou handicapées :

- Développer les formations pour le personnel
- Réaliser au moins une EPP sur ce thème tous les 4 ans
- Développer les liens avec des réseaux de personnes handicapés

↳ Optimiser le nombre de places pour personnes âgées et/ou handicapées :

↳ Structurer les actions de prise en charge et droits des patients en soins palliatifs et fin de vie :

- Intégrer dans la Gestion Documentaire un listing détaillé des structures conventionnées lié à la prise en charge des soins palliatifs
- Réaliser au moins une EPP sur ce thème tous les 4 ans
- Intégrer un protocole avec une visite à domicile du médecin coordonnateur

↳ Améliorer la mise en œuvre de la prise en charge et droits des patients en soins palliatifs et fin de vie :

- Assurer une formation pluridisciplinaire à la démarche palliative pour tout le personnel soignant
- Mettre en place la présence d'un médecin coordonnateur lors de certaines réunions soignants
- Créer un temps de parole sur les prises en charges complexes et de fin de vie à raison d'une réunion bimestrielle

↳ Structurer la prise en charge en cancérologie :

- Mettre en place la chimiothérapie à domicile avec une convention élaborée avec le réseau de cancérologie
- Renforcer des liens de communication avec les services adresseurs
- Réaliser au moins une EPP sur ce thème tous les 4 ans

↳ Améliorer la mise en œuvre de la prise en charge en cancérologie :

- Formation du personnel soignant
- Recrutement
- Achat ou locations du matériel nécessaire

↳ Structurer les actions en lien avec les personnes en périnatalité :

- Développer les formations pour le personnel
- Réaliser au moins une EPP sur ce thème tous les 4 ans
- Développer les liens avec des réseaux de personnes handicapés

↳ Optimiser le nombre de places pour personnes en périnatalité

↳ Améliorer la mise en œuvre de la prise en charge en périnatalité :

- Elaborer et mettre en place un questionnaire à l'attention des sages-femmes conventionnées
- Assurer un suivi annuel du dossier de soins GAR et des protocoles

↳ Structurer les actions en lien avec les personnes en médecine physique et réadaptation :

- Développer les formations pour le personnel
- Réaliser au moins une EPP sur ce thème tous les 4 ans
- Adapter les effectifs en personnel paramédical en fonction de l'évolution de la prise en charge spécifique
- Développer les liens avec des réseaux

↳ Optimiser le nombre de places pour personnes en médecine physique et réadaptation :

- ↳ Améliorer la mise en œuvre de la prise en charge en médecine physique et réadaptation :
 - Assurer une évaluation par une équipe médicosociale du patient et/ou de son entourage
 - Mettre en place une rééducation avec suivi

4 PHARMACIE

L'HAD SSV connaît depuis quelques années une forte évolution de son activité. Dans le cadre de notre projet d'établissement notre objectif de 150 patients/jour en terme d'activité pour les 5 prochains exercices nous amène à mener une réflexion quant à la mise en place d'une PUI.

Ce point mort économique de 150 patients indispensable à la mise en œuvre pourra s'articuler avec la mise en place d'un partenariat avec des établissements partenaires (EHPAD, HAD...) et ce afin de mutualiser les coûts.

En cas de mise en œuvre de ce projet, le secteur de la pharmacie dans notre organisation absorbera le secteur logistique actuel et ce afin de créer un pôle Pharmaco Logistique. Il sera dirigé par le pharmacien placé lui-même sous l'autorité du Directeur et des Adjointes de Direction en cas d'absence du Directeur.

Le pharmacien dispose ainsi d'une large autonomie et d'un champ de responsabilité très étendu. Très proche des médecins, il est également intégré au sein de la Commission Médicale d'Etablissement.

Les liens fonctionnels avec tous les autres pôles et secteurs d'activité sont bien sûr indispensables et les implications transversales sont nombreuses.

L'innovation majeure, outre le recrutement d'un pharmacien dans la structure, repose sur la notion de supervision et de coordination du secteur logistique. A l'instar du personnel soignant et des médecins de l'HAD SSV, il s'agit bien de piloter, d'organiser et de superviser la coopération du service Pharmaco Logistique avec plusieurs structures et professionnels extérieurs.

Le formatage du poste évoluera en fonction de la mise en œuvre du projet et de l'activité déployée.

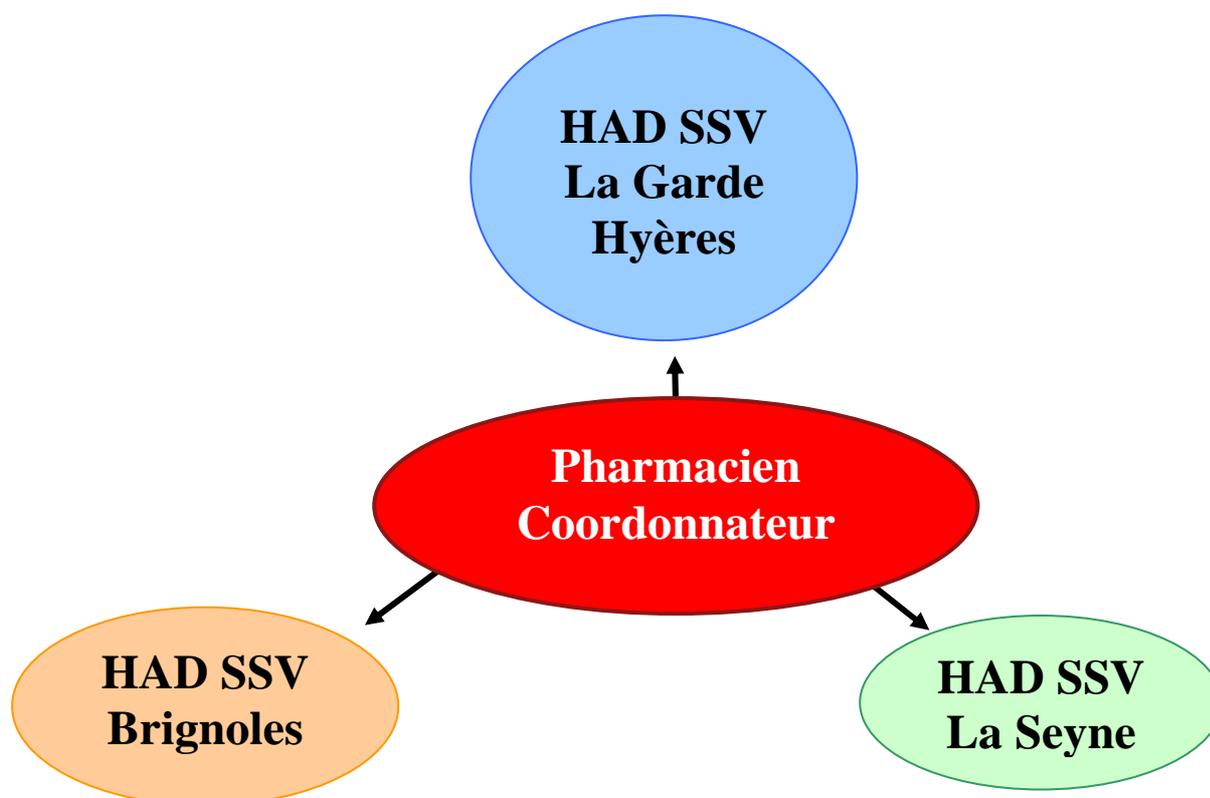
Les missions et le temps de travail du pharmacien chemineront très probablement vers le haut en réponse proportionnelle au déploiement du projet.

4.1 Organisation générale prévisionnelle

L'organisation future de la gestion du circuit du médicament doit s'adapter aux contraintes et exigences :

- Des pouvoirs publics dans le cadre du contrat de bon usage des médicaments (CBU)
- D'une démarche qualité opérationnelle
- D'un développement de l'activité du service

SCHEMA RECAPITULATIF DU FONCTIONNEMENT INTERNE



Un établissement d'hospitalisation à domicile peut ainsi créer sa propre pharmacie à usage interne (PUI), fonctionner avec des officines de ville partenaires, partager une PUI au sein du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), ou bien encore opter pour un système hybride PUI / Officine(s) de ville.

Le projet de l'Association SSV repose sur les cinq grands principes suivants :

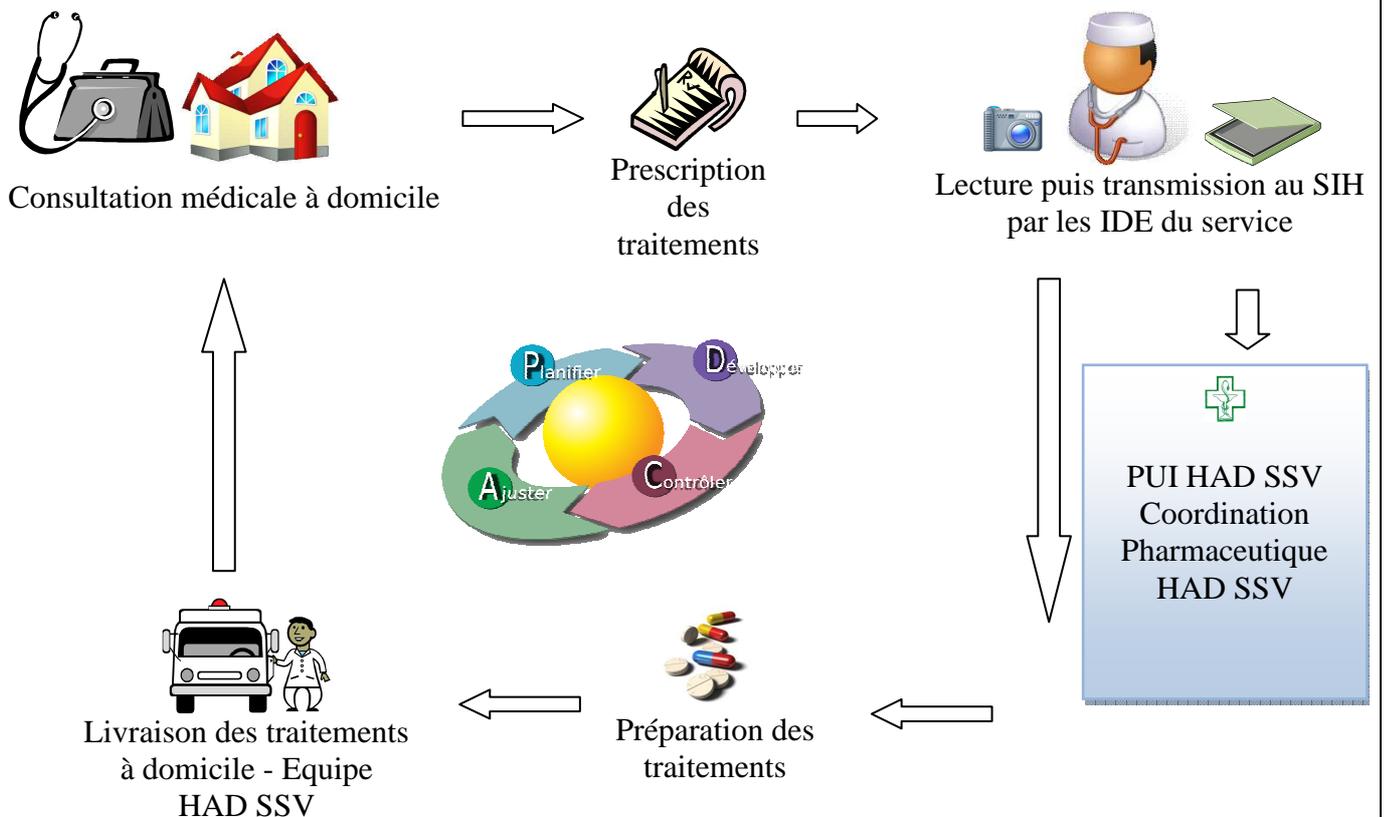
- 1- Création d'une PUI propre à l'Association SSV en partenariat avec d'autres Etablissements (EHPAD...)
- 2- Coopérations avec officines de ville
- 3- Couverture de l'ensemble du territoire d'intervention
- 4- Gestion du dispositif par un pharmacien coordonnateur
- 5- Utilisation des technologies numériques modernes de transmission des informations

L'ampleur du territoire d'intervention du service est telle qu'elle impose un service logistique intégrant une équipe de livreurs.

Le choix de création d'une PUI et de ne plus fonctionner par le biais des officines de ville nécessitera de repenser en profondeur notre organisation logistique actuelle afin d'intégrer les médicaments, aux consommables et ce tout en veillant à respecter les règles de sécurité de gestion du circuit du médicament, d'acheminement des traitements à domicile et de conditions financières spécifiques.

Le pharmacien coordonnateur de l'HAD aura la charge et la responsabilité de piloter, superviser et contrôler ce dispositif.

SCHEMA DE LA PRESCRIPTION A L'ADMINISTRATION



Le circuit médico-logistique est relativement simple et peut être décrit par une succession d'étapes fondamentales :

- Le médecin traitant effectue une visite à domicile du patient puis prescrit des traitements.
- Le premier infirmier du service qui effectue sa visite à domicile après la visite du médecin, prend connaissance de l'ordonnance médicale et la transmet à l'HAD SSV en utilisant une technologie numérique appropriée (Scanner, appareil photo numérique, courriel...).
- La PUI de l'HAD SSV reçoit donc dans les meilleurs délais l'ordonnance. Cette intégration dans le SIH répond à l'objectif d'informatisation des prescriptions évitant la retranscription et permettant un partage de l'information vers les professionnels concernés.
- Le pharmacien de SSV est alors en mesure de contrôler les prescriptions, de préparer les commandes puis de livrer les médicaments au domicile des patients du secteur concerné.
- Le Pharmacien de SSV contrôle et pilote le dispositif et représente le lien entre les différents services de l'HAD SSV. Il effectue les contrôles qualité adaptés, vise les factures provenant des laboratoires, puis les transmet aux services financiers de l'HAD SSV pour règlement.

4.2 Le contexte de l'urgence

Qu'elle que soit la situation rencontrée le contexte de l'urgence impose au service de répondre à plusieurs questions. Comment, très rapidement :

- Transmettre la prescription à la PUI ?
- Délivrer les médicaments ?
- Administrer les traitements ?

Le dernier point est rapidement traité dans la mesure où le service dispose d'un infirmier d'astreinte 24h/24h, qui est donc susceptible d'intervenir à toute heure et pour tout motif de santé.

Dans le contexte si particulier de l'urgence il convient de conserver le principe de la participation directe du patient et/ou de son entourage. Le déplacement de l'entourage du patient vers la pharmacie de secteur partenaire du service reste certainement la solution la plus rapide de gestion du circuit du médicament.

Dans tous les cas l'infirmier de garde ou d'astreinte est appelé afin d'être informé de la situation et qu'il puisse transmettre les premières consignes en attendant sa visite.

Schéma général du circuit du médicament en urgence

L'urgence peut être déclenchée par le médecin traitant qui souhaite qu'un traitement puisse très rapidement être mis en œuvre.

Pendant les heures d'ouverture de notre PUI, c'est donc celle-ci qui assurera cette mission.

En dehors des heures d'ouverture et durant les dimanches et jours fériés, le patient et/ou l'entourage seront redirigés vers la pharmacie de garde la plus proche.

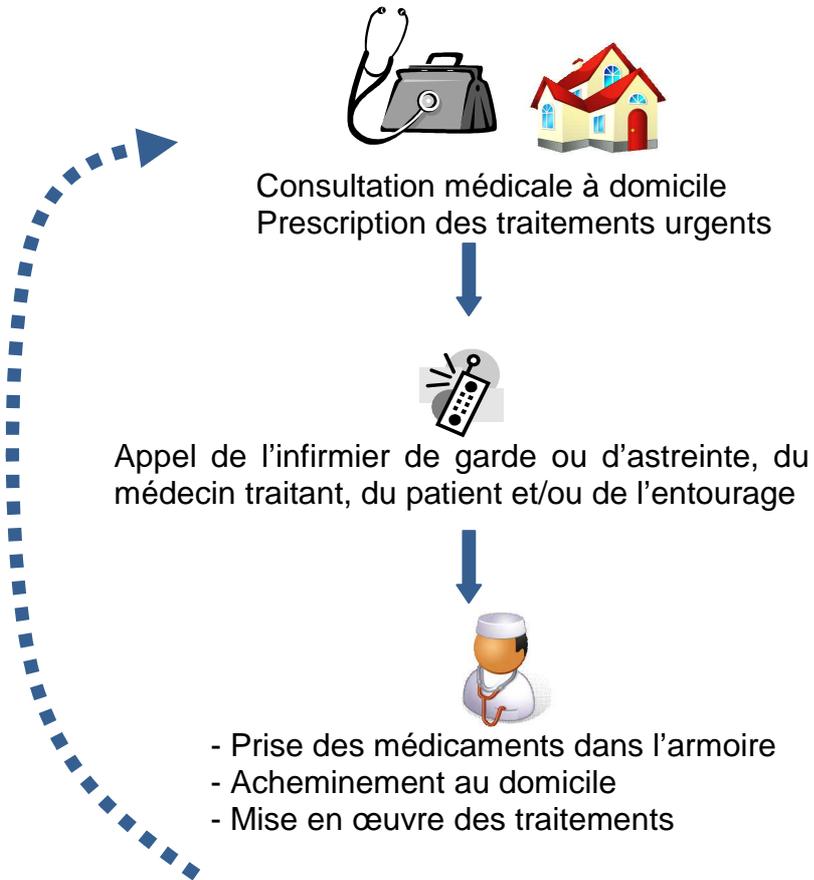
L'urgence d'administration des traitements réservés à l'usage hospitalier

Cette situation est relativement exceptionnelle car la prescription ne peut être réalisée que par un praticien hospitalier. Il semble donc que seuls les urgentistes du SAMU soient concernés. Dans le fonctionnement habituel des médecins du SAMU, les traitements sont administrés directement par eux-mêmes et les éventuelles ordonnances établies pour les jours suivants ne concernent alors que des médicaments d'officine.

Quelques médicaments de la réserve hospitalière restent parfois prescrits et il convient alors, pour, le patient et/ou l'entourage, de se rendre à l'hôpital le plus proche.

L'armoire d'urgence : un dispositif situé au siège de l'Association SSV

Chaque structure disposera d'une armoire d'urgence leur permettant un accès rapide aux médicaments d'officine ou hospitaliers.



La présence dans le classeur à domicile de la liste des médicaments disponibles dans l'armoire d'urgence permet au médecin traitant d'orienter éventuellement son ordonnance d'urgence.

4.3 La politique du médicament

En HAD SSV, l'intervention de professionnels multiples (libéraux et salariés) et l'absence de pharmacie à usage intérieur rendent difficile la maîtrise de la sécurisation du circuit du médicament. La mise en place d'une PUI s'inscrit dans une dynamique et une recherche d'amélioration.

Voici les 4 axes prioritaires de la politique du médicament :

AXE 1 : INFORMATISATION DU CIRCUIT DU MEDICAMENT

Le circuit du médicament comprend 3 étapes : Prescription / Dispensation / Administration.
Un des leviers identifié par les instances compétentes est l'informatisation de ce circuit.

Etat des lieux :

Etape de prescription

Les prescripteurs ne sont pas salariés de SSV. Ils sont nombreux et issus de deux mondes différents : le monde hospitalier et la médecine de ville.

L'informatisation de la prescription a plusieurs buts :

- répondre aux exigences réglementaires (arrêté RETEX)
- transmettre des informations fiables à l'officine de ville
- permettre la fabrication d'un plan de traitement pour le personnel soignant

Etape de dispensation

L'HAD SSV ne dispose pas à ce jour de PUI. Les ordonnances sont analysées puis dispensées par les pharmaciens d'officine référents des patients.

Par l'informatisation des prescriptions, les pharmaciens auront plus rapidement accès à l'information d'une nouvelle ordonnance et pourront ainsi mieux répondre aux besoins du patient.

Le système informatisé permettra également des échanges tracés entre professionnels notamment en cas de difficultés d'approvisionnement par exemple.

Etape d'administration

Les infirmières tracent actuellement l'administration via le diagramme de soins ou sur le support de prescription dédié quand celui-ci est rempli. La retranscription est proscrite.

L'informatisation de la prescription va permettre une élaboration d'un plan de traitement informatisé qui constituera à la fois un support d'exécution de tâche mais aussi d'enregistrement des actes d'administration des traitements.

Le système informatisé permettra également des échanges tracés entre professionnels notamment en cas de refus de traitement par un patient ou l'observation d'effets indésirables chez le patient.

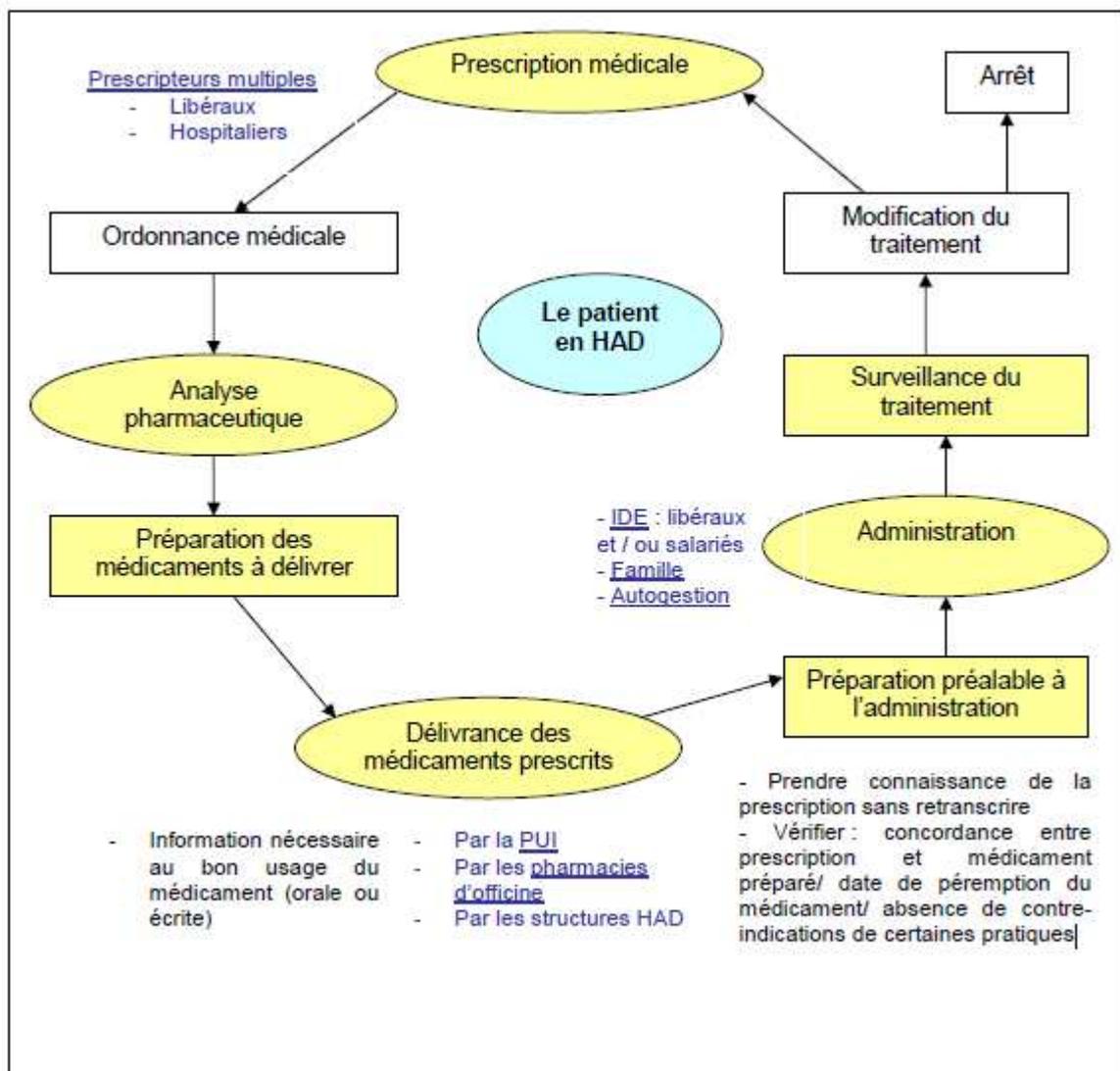
Projet : Informatiser à court terme l'ensemble du circuit du médicament.

Calendrier prévisionnel :

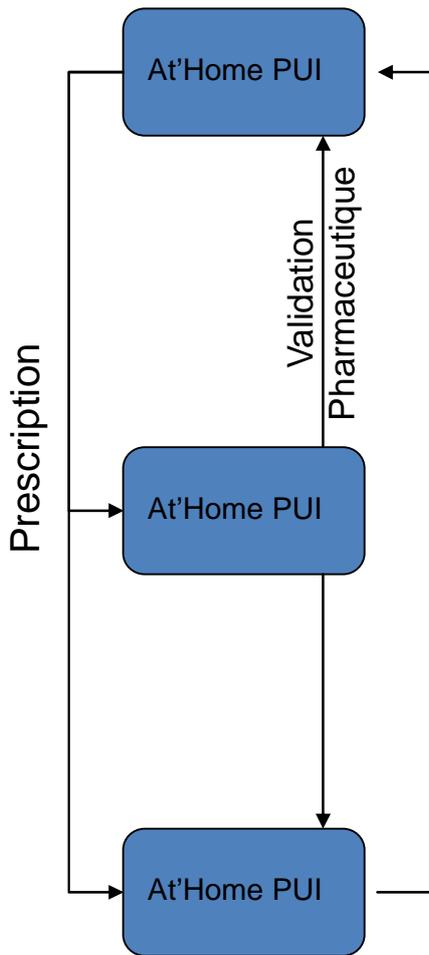
- 2ème Semestre 2013 :
 - Constitution d'un groupe de travail dédié
 - Elaboration d'un cahier des charges et validation
 - Prise de contact avec les éditeurs de logiciel
 - Analyse de faisabilité de l'informatisation
- 1^{er} semestre 2014
 - Choix d'un éditeur
 - Mise en place du logiciel dédié avec formation des personnels

Le projet sera mené conjointement par le directeur et le pharmacien coordonnateur en s'appuyant sur les compétences techniques de l'informaticien.

SCHEMA DU CIRCUIT DU MEDICAMENT



ARCHITECTURE DEPLOIEE DE L'OUTIL At'Home PUI



Outil médical pour la prescription des médicaments et des soins

Par patient :

- ✓ Prescriptions en cours
- ✓ Pancarte des constantes biologiques (contenu défini avec le service utilisateur)
- ✓ Historiques des traitements

Outil pharmaceutique pour l'analyse des prescriptions

Outil infirmier pour la planification et la traçabilité des actes

Par service :

- ✓ Planning des soins et prescriptions en cours

Par patient :

- ✓ Prescriptions en cours
- ✓ Plan de préparation

BUDGET PREVISIONNEL

2013

Acquisition d'un module spécifique At'Home dans le cadre du projet de création de PUI : Budget prévisionnel de 9 328.80 €

2013

Acquisition d'un module spécifique At'Home douchettes / logistique PUI : Budget prévisionnel de 12 716 €

2014

Acquisition, déploiement et migration vers la mise en place de tablettes au personnel soignant à domicile : Budget prévisionnel de 12 716 €

2017

Déploiement global d'un système informatisé du circuit du médicament PUI HAD SSV

AXE 2 : SECURISATION DU RANGEMENT DES MEDICAMENTS AU DOMICILE DU PATIENT

Les objectifs principaux de la sécurisation du rangement des médicaments au domicile du patient sont :

- Diminuer les risques de confusion
- Eviter le surstock
- Eviter les doublons de prescription
- Permettre un gain de temps pour les soignants et une perte d'argent pour l'HAD SSV

Une réflexion va être menée afin de compléter le dispositif actuel de rangement des dispositifs médicaux et les médicaments, ceci afin de permettre un rangement sécurisé et uniformisé au domicile du patient.

La mise en place d'une période de délivrance de 7 jours en 2011 limite la non utilisation de médicaments en cas de sortie du patient de l'HAD SSV ou de mise à jour du traitement.

Une réflexion sur la préparation de pilulier journalier ou hebdomadaire sera entreprise par le pharmacien coordonnateur, les médecins coordonnateurs et le cadre de santé de l'HAD SSV.

La récupération des médicaments du domicile dès lors de la sortie du patient de l'HAD SSV devra être intégrée dans les projets.

AXE 3 : REFLEXION SUR LA POURSUITE DE LA MISE EN PLACE DU SYSTEME D'ASSURANCE QUALITE

La politique est d'assurer une qualité optimum du service rendu dans la prise en charge globale du patient, dans le respect des contraintes budgétaires et réglementaires.

Pour cela nous devons optimiser et assurer le suivi du système d'assurance qualité de nos processus et parallèlement optimiser notre fonctionnement interne pour gagner le temps nécessaire à nos actions en faveur des patients et des acteurs des services de soins.

- Définition des sécurités sanitaires, en particulier celles du comité du médicament et des dispositifs médicaux et les organiser pour ne pas traiter uniquement les alertes mais organiser la prévention.
- Optimisation du système de formation, de recueil d'informations et d'évaluation.
- Analyse des événements indésirables, erreurs médicamenteuses ou dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse, en vue de la détermination d'actions d'amélioration, par la mise en œuvre de la déclaration interne.

AXE 4 : AMELIORER LA PRESCRIPTION CHEZ LE SUJET AGE

Mieux prescrire chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique.

Si le médicament est avant tout une chance, la polymédication, souvent légitime, augmente le risque iatrogénique et peut diminuer l'observance.

La prescription, complexe, peut être optimisée, en repérant les excès de traitements «overuse», la prescription inappropriée «misuse» et l'insuffisance de traitement «underuse».

Les principaux objectifs sont :

D'améliorer la prescription dans toutes ses dimensions

Repérer le risque iatrogénique

La méthode

- Une approche par situations cliniques pour améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

- Des outils développés sur la base de l'expertise clinique et des preuves scientifiques

- Des références nationales

4.4 Axes d'amélioration

↳ Créer un poste de pharmacien coordonnateur au sein de SSV, notamment pour formaliser la prise en charge médicamenteuse

↳ Adapter l'équipe logistique en fonction du développement du service (notamment avec l'équipe livreur)

↳ Développer et structurer la coopération avec les officines de ville

↳ Réflexion sur la création d'une PUI au sein de notre structure

↳ Déployer l'informatisation du circuit du médicament

↳ Optimiser la sécurisation et l'uniformisation des médicaments au domicile des patients

↳ Optimiser et assurer le suivi du système d'assurance qualité de nos processus en lien avec le projet pharmacie

↳ Améliorer la prescription chez le sujet âgé

5 PROJET DE SOINS

« 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 SSV 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.

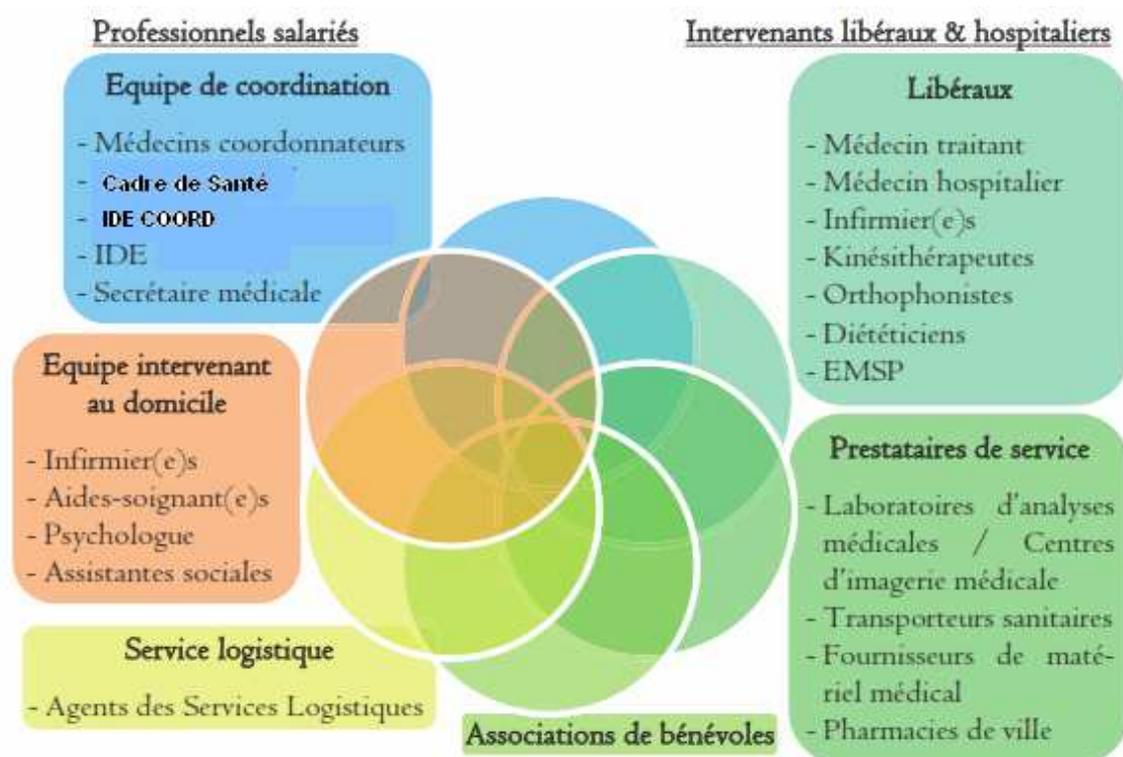
5.1 Organisation générale du service

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

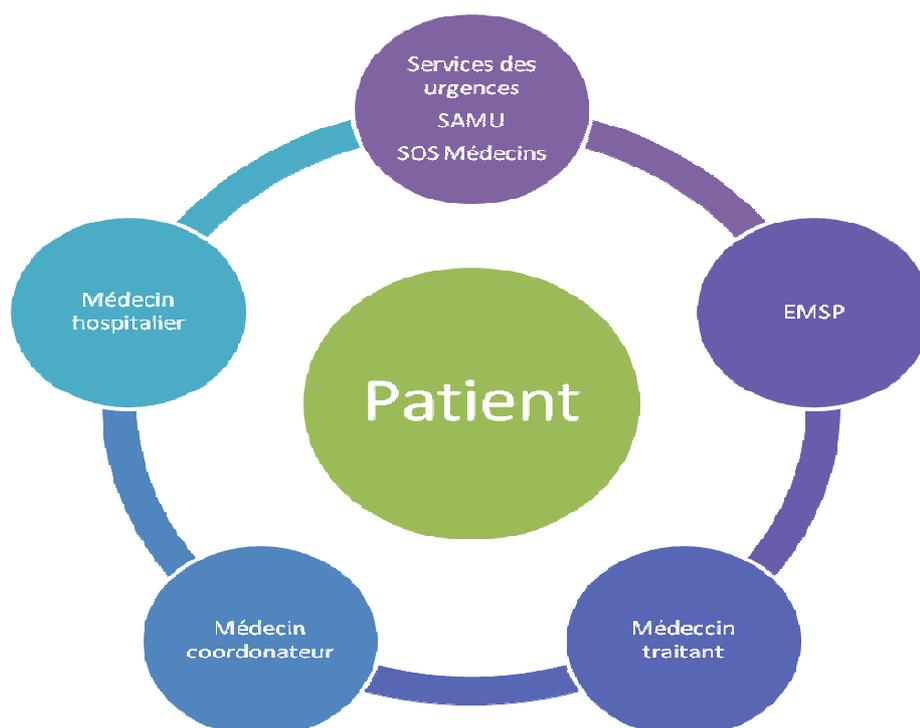
- Améliorer la qualité de la prise en charge et répondre aux besoins de nos patients
- Améliorer l'organisation du service
- Répondre aux exigences réglementaires

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

SCHEMA DE L'ORGANISATION DU SERVICE



SCHEMA DESCRIPTIF DES ACTEURS DE LA COORDINATION MEDICALE



LA 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. Son accord est obligatoire pour toute intervention de l'EMSP à domicile.

- 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 ré hospitaliser 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.

- L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)

L'HAD SSV est également en lien avec l'EMSP des Centres Hospitaliers qui intervient effectivement pour établir un lien avec certains patients en provenance de l'hôpital mais également pour intervenir, à la demande du médecin traitant, auprès de malades suivis en HAD. Cette collaboration précieuse pour l'HAD permet de proposer aux malades et aux médecins traitants une équipe pluridisciplinaire de haut niveau avec des spécialistes reconnus en matière de soins palliatifs

- Urgence et continuité des soins (SAMU, SOS Médecins, Service de garde ...)

La continuité médicale est assurée par des liens avec le SAMU, LES URGENCES et SOS MEDECINS, afin d'avoir une réponse médicale et/ou des interventions rapides et pertinentes. Ces liens devront faire l'objet de convention. Ces services ont une connaissance réactualisée en temps réel des patients pris en charge en HAD SSV. Les soignants sont au fait des différentes procédures.

Une réflexion devra être engagée afin d'élaborer une ébauche de dossier partagé en lien avec le SAMU, l'ESMP et SOS MEDECIN afin d'optimiser la prise en charge. Ce dossier comprend le motif d'admission, les différents comptes rendus, les derniers résultats biologiques et radiologiques

- Les réseaux de santé
- Le réseau départemental des soins palliatifs.
- Le réseau SLA PACA
- Le réseau ONCOSUD

L'HAD SSV a souhaité travailler avec l'ensemble des réseaux de santé. Au sein de ces réseaux, nous espérons que nous pourrions apporter aux partenaires notre expérience et notre savoir-faire et nous attendons un enrichissement de notre HAD par l'apport de compétences nouvelles et complémentaires des autres professionnels des réseaux.

LA COORDINATION PARAMEDICALE

L'ensemble des services de soins de l'HAD SSV est supervisé par le 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.

- 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 besoins de la population et atteindre notre objectif de 150 patients/jour en 2017, nous envisageons de nous implanter au plus près du vivier des patients susceptibles de recevoir des soins à leurs domiciles à savoir dans les Hôpitaux partenaires.

C'est ainsi que nous avons implanté en 2012 une présence d'une IDE coordinatrice au sein de l'Hôpital de Hyères avec une activité réalisée par un partenariat à 100 % libérale.

Le concept consiste à s'installer au cœur du système, au sein des hôpitaux périphériques, avec lesquels nous pourrions passer une convention spécifique dans ce cadre. En effet, ainsi implantés nous pourrions répondre dans des délais très brefs aux demandes d'admission et procéder à l'évaluation de la charge en soins, sur place au chevet du patient hospitalisé.

L'expérience en cours de réalisation au sein de l'hôpital de Hyères en cas de réussite pourra être transposée au sein de l'ensemble des hôpitaux du Var Ouest.

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, a l'aide d'une trame faite par la CDS

Les informations sont insérées dans le dossier de soin patient informatises ce qui permet d'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...

5.2 Descriptif général 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.

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.

5.3 Axes d'amélioration

- ↳ Améliorer notre réactivité de prise en charge d'un patient dans les meilleures conditions (suivi fiche d'admission)
- ↳ Développer les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) et les Maisons d'Accueil Spécialisée (MAS) suite au nouveau décret
- ↳ Optimiser le suivi du patient au domicile, en lien avec tous les intervenants
- ↳ Axer sur le développement de l'informatisation de nos outils, au chevet même du patient pour tous
- ↳ Développer le service HAD au sein des hôpitaux du secteur Var Ouest
- ↳ Améliorer la réactivité en termes d'inclusion de patient suite à un avis favorable médico-administratif (Indicateur : délai entre la date d'accord médical et la communication de la date de PEC au niveau du service)
- ↳ Poursuivre le partenariat avec les EHPAD sur l'ensemble du secteur géographique (Indicateur : nombre de nouvelle convention par an)

6 PROJET DE SERVICE DU SSIAD

La prise en charge de la dépendance a fait l'objet d'un débat national, lancé en janvier 2011 par la ministre des solidarités et de la cohésion sociale.

Plusieurs axes de réflexion ont été mis en avant par le chef de l'Etat, dont les suivants :

« Le maintien le plus longtemps possible de la personne âgée dépendante dans son environnement familial »

« La responsabilisation des proches de la personne âgée dépendante »

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.

6.1 Organisation générale du SSIAD

Les demandes d'admissions

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.

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'utilisateur 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.

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.

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'utilisateur 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

Un projet de soins individualisé est mis en place lors de la prise en charge initiale. Il sera réévalué dès que nécessaire sur simple demande des soignants et/ou de l'utilisateur et/ou de son entourage.

6.2 Participation des usagers à la vie du service

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

La consultation : collecte des informations

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 peut solliciter un rendez-vous avec un membre de la direction.

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.

6.3 Axes d'amélioration

↳ **Mettre en œuvre les évaluations internes et externes du SSIAD**

L'évaluation interne va nous permettre de :

- Préparer l'évaluation externe qui fera suite à cette première phase et qui est prévue dans le courant de l'année 2014
- Se mettre en conformité avec la loi
- Impulser une démarche qualité en continu, en répondant aux axes d'amélioration qu'elle aura mis en avant

Les résultats de l'évaluation interne nous guideront pour déterminer la priorité des actions à mettre en place.

↳ **Réorganiser le management du travail des équipes**

L'augmentation de capacité d'accueil nous a amené à réfléchir sur une nouvelle organisation du service et le management des équipes en 2012.

L'objectif étant de modifier l'organisation des tournées et les horaires, et ce afin de répondre à l'augmentation de notre capacité d'accueil, tout en tenant compte des demandes des équipes du terrain et de bénéficier de temps plein. Celle-ci devra au cours de l'évolution de l'activité du SSIAD, évoluer et s'adapter.

↳ **Améliorer la communication en interne**

Pour une meilleure information des professionnels du terrain, sur la vie du service, des réunions ont été mises en place sur le temps de travail (nouvelle organisation).

Objectif → Communiquer, informer et répondre sur :

- L'organisation et la prise en charge de l'utilisateur
- La transmission et la remontée d'information
- Les difficultés rencontrées par les soignants

D'autre part, les entretiens annuels d'évaluation sont assurés par l'IDEC du SSIAD en binôme avec la RRH de l'Association. Ceux-ci permettent de fixer les objectifs à atteindre, de mieux connaître les projets professionnels, les besoins en formation et ce afin de personnaliser l'accompagnement des soignants du service.

↳ **Optimiser l'accueil du nouvel arrivant**

SSV a toujours mis l'accent sur l'accueil des nouveaux arrivants et souhaite poursuivre ce tutorat dans le respect du nouveau cadre législatif en la matière.

Par ailleurs, un travail du service RH en lien avec les IDEC du SSIAD, le cadre de santé, l'EOH, le service qualité et l'informaticien, devra être mis en place concernant le « livret d'accueil du nouvel arrivant », destiné à tout nouveau salarié.

↳ **Optimiser les transmissions**

L'objectif principal est de sensibiliser sur l'importance des transmissions sur le dossier de l'utilisateur 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).

↳ **Mettre en place une gestion documentaire SSIAD**

Une gestion documentaire spécifique aux documents utilisés au SSIAD SSV sera mise en place par le service qualité, en lien avec l'IDE coordinateur du SSIAD.

Ceux-ci sont et seront régulièrement évalués pour les améliorer et/ou les adapter si nécessaire.). SSV a pour objectif de mettre un ordinateur à disposition des soignants afin qu'ils puissent la consulter facilement.

↳ **Optimiser la prise en charge de l'utilisateur**

Nous souhaitons :

- Pérenniser la mise en place d'une formation annuelle ou biannuelle, destinée à tous les soignants. Le choix du thème serait au carrefour des priorités émanant du terrain, des débats nationaux et/ou des besoins de réactualisation des connaissances (droit en santé, bientraitance, maladie d'Alzheimer, Gestion des conflits...) et permettrait d'accroître la compétence du service.

Pour exemple, en 2012, tout le personnel du SSIAD a pu suivre la formation sur la « bientraitance » ce dispositif devra se poursuivre.

- Poursuivre les formations inter SSIAD/HAD

- Travailler sur la prévention des risques (gestes et postures, sécurité routière...). En effet, les statistiques établies selon les fiches de déclarations, indiquent un taux important de TMS. Nous souhaitons établir une conduite à tenir à ce propos : aménagement du domicile et/ou sensibilisation de l'utilisateur et/ou de l'entourage.

- Finaliser les protocoles généraux de soins et conduite à tenir (ex : soins de sonde vésicale, décès à domicile...).

↳ **Développer la diversité des prises en charge**

L'existence de réseaux gérontologiques bien organisés garantit à la prise en charge un retour à domicile assorti de l'ensemble des services sociaux ou sanitaires dont elle a besoin au sortir d'un hébergement temporaire ou d'une hospitalisation et par conséquent lui permet de disposer d'un éventail d'intervenants dont l'action diffère ou rend inutile l'entrée en institution. C'est pourquoi, nous prévoyons des actions d'information auprès des services sociaux et des services hospitaliers.

↳ **Développer la coopération avec les partenaires extérieurs**

Nous souhaitons :

- Porter à la connaissance des associations d'aide à domicile, de l'utilisateur et/ou de l'entourage, les missions du SSIAD, afin de clarifier le rôle et les limites de chacun.

- Optimiser le suivi avec les IDEL et l'élaboration, avec leur concours, d'outils pour renforcer notre coopération, nous permettra d'être informés de leur secteur d'exercice et de leurs interventions chez les bénéficiaires du SSIAD en temps réel. Un tableau de suivi optimisera la gestion prévisionnelle des encours.

- Renforcer les liens avec les partenaires extérieurs (Hôpitaux, cliniques, services sociaux, équipe de l'APA du Conseil Général, CLIC, ESA, MAIA...) en organisant une ou deux rencontres par an.

↳ **Optimiser l'animation et le suivi de projet**

La démarche du projet de service du SSIAD sera diffusée à tout le personnel concerné.

Afin que l'équipe puisse s'approprier le projet, nous envisageons la mise en œuvre des objectifs au travers d'un plan d'actions.

7 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

7.1 Cadre général du projet social

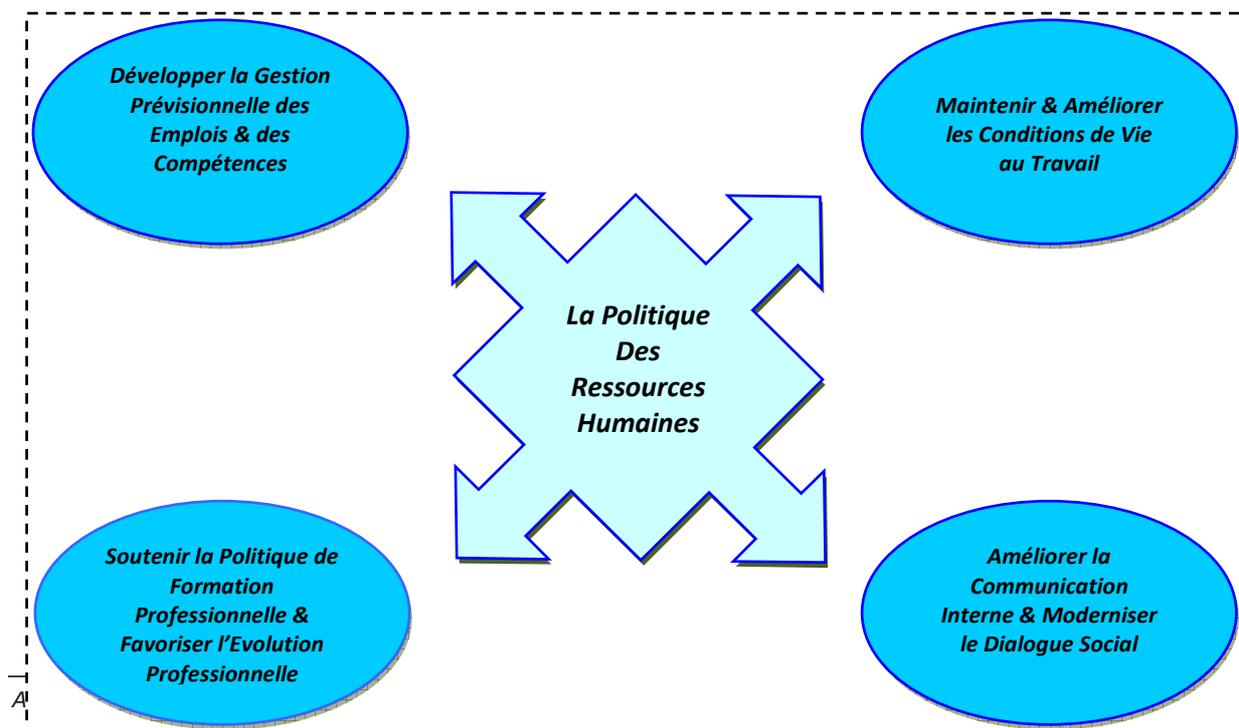
L'Association a connu depuis plusieurs années une augmentation de son activité et de ce fait une augmentation proportionnelle de son personnel. De nombreuses actions ont été menées afin de dynamiser et structurer la gestion des Ressources Humaines au sein de l'Association. Il est important de finaliser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



7.2 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 et sont à réviser. 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 d'évaluation annuels sont tous réalisés par l'Adjoint de Direction RH et/ou les chefs de service.

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).

2- Reconnaître et valoriser l'expérience professionnelle

La rencontre du salarié avec son supérieur hiérarchique dans le cadre de l'entretien annuel d'évaluation 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.

Il peut être alors mobilisé pour préparer une évolution professionnelle, une démarche de formation ou de validation des acquis de l'expérience.

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

7.3 La politique de formation

La formation initiale et continue doit conjuguer et favoriser le développement des compétences individuelles et collectives 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 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 également répondre aux besoins individuels des personnels pour permettre à chacun de construire son projet professionnel, notamment par des formations qualifiantes pour les moins qualifiés d'entre eux.

La promotion professionnelle doit être une priorité de cette politique.

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 l'activité de la structure et la construction des parcours professionnels.

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

Pour son élaboration, l'ensemble du personnel est sollicité via une note d'information. Le personnel 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 annuel d'évaluation aborde également les besoins en formation du personnel.

La satisfaction des personnels sur les formations est envisagée à chaque fin de formation par la réalisation d'une évaluation à chaud en présence du formateur, au travers de questionnaires d'évaluation, et enfin au travers du 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 prend la forme d'actions :

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

7.4 Les conditions de travail

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

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

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

Cette démarche 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.

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

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

1- Mettre en œuvre une nouvelle organisation du travail

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

Celui-ci permet aux derniers salariés embauchés de :

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

Au niveau du secteur Ressources Humaines, la croissance de l'activité de l'Association a permis le recrutement d'un Assistant Ressources Humaines à 64 % permettant ainsi de sortir d'un fonctionnement uni-tête (1 seule personne) et de sécuriser le secteur.

Un audit sur la répartition des tâches au niveau administratif a été réalisé permettant de structurer les services par pôle. Ceci a permis également de structurer mieux les tâches et missions au sein des postes.

Les absences du personnel (prévisibles ou imprévisibles, de courte ou longue durée) ne sont pas systématiquement remplacées compte tenu de l'activité très fluctuante en HAD. Ceci engendre des glissements de tâches sur les salariés en poste ayant des répercussions sur les missions propres et donc générateur de retards.

La réalisation d'un audit sur l'absentéisme et la réflexion sur des axes d'amélioration devraient permettre d'apaiser les organisations. Cette réflexion se fera en lien avec l'Adjoint de Direction RAF dans le cadre d'un budget prévisionnel.

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 activement ses salariés à améliorer leur état de santé général et leur bien-être.

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

En permettant aux travailleurs de se sentir mieux et en meilleure santé, la promotion de la santé sur le lieu de travail 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 Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (C.H.S.C.T.) 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 Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail de l'Association.

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.

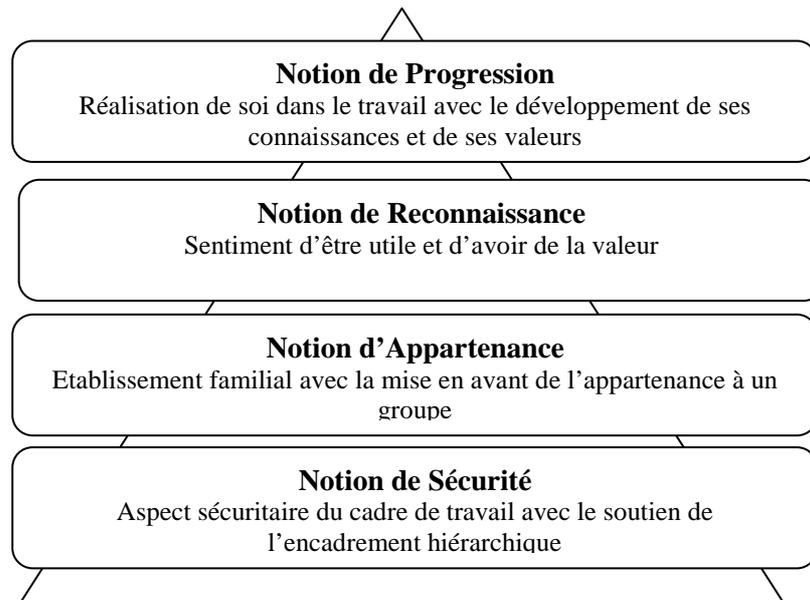
L'Association a mis en œuvre une procédure de signalement des accidents et incidents via le logiciel RMES qui s'inscrit dans une démarche de qualité de gestion des risques.

L'Association a mis en place des formations sur le stress et l'épuisement professionnel et, dans le cadre du soutien psychologique, préconise pour tout salarié en souffrance l'accès au service psychologique du travail de l'AIST 83.

Les actions développées ont un lien privilégié avec les actions conduites par le C.H.S.C.T. notamment dans le Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRIACT).

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 considérables 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 dévouement, 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 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.

Cela passe également par la recherche de solutions innovantes afin de dégager des marges financières et ainsi promouvoir une politique salariale plus dynamisante, par la gestion de ces enveloppes à destination des salariés.

7.5 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 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, des différentes commissions et comités.
- 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 : Délégués du personnel, Comité d'Entreprise, CHSCT...
- Comités : Comité de Direction, Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins, Comité de Gestion des Risques ...
- Commissions : Commission Médicale d'Etablissement, Commission EPP...

La politique d'information et de communication s'attachera à maintenir et développer des relations de qualité, optimiser le fonctionnement des différentes instances, comités et commissions.

L'Association doit mettre en place tous les moyens utiles pour faire connaître à l'ensemble du personnel le rôle des différentes instances, commissions et comités, ainsi que les travaux qui s'y déroulent.

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.

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

7.6 Axes d'amélioration

↳ Développer la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

- Exploiter les outils « type » tableaux de bord et outils de suivi élaborés (cartographie des métiers, fiches métiers, constituer référentiel de compétences, pyramide des âges, flux des entrées et sorties)
- 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 annuels d'évaluation
- Faire évoluer le support d'évaluation du personnel pour permettre une meilleure communication entre le N et le N+1.

↳ Soutenir la politique de formation et favoriser l'évolution professionnelle

- Initier une réflexion sur la mise en place du PASSEPORT FORMATION au sein de l'Association au moment de l'entretien annuel d'évaluation
- Favoriser l'utilisation du DIF.
- Améliorer la communication sur les dispositifs de formation (DIF, CIF ...)

↳ Maintenir et améliorer les conditions de travail

- Poursuivre l'identification, la quantification et l'analyse des facteurs de risques professionnels
- Elargir les actions de lutte contre le stress et l'usure professionnelle. Engager une réflexion sur la politique de remplacement du personnel (audit interne sur l'absentéisme, pool de remplacement)
- Développer un système de reconnaissance adapté à l'Association
- Utiliser l'entretien périodique d'évaluation comme moteur de la reconnaissance
- Ouvrir une réflexion sur une politique salariale plus dynamique

↳ Améliorer la communication interne et moderniser le dialogue social

- Elaborer un calendrier prévisionnel des réunions des instances sur l'année et en informer l'encadrement afin de permettre la programmation prévisionnelle au planning.
- Poursuivre l'expression en réalisant les enquêtes de satisfaction des personnels une fois par an sur des thèmes choisis

8 DROITS ET DEVOIRS

8.1 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 CRUQ en première ligne

La CRUQ (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité) 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)
- L'enregistrement des incidents, plaintes, réclamations et démarche au niveau de la vigilance sur le logiciel RMES depuis fin 2012

8.2 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 SSV sera en mesure de conduire une politique de lutte contre la maltraitance par des actions de sensibilisation, de communication et de formation des professionnels.

8.3 Le respect des libertés 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. Cette prescription est quotidienne. 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.

8.4 Axes d'amélioration

- ↳ Développer les formations sur le respect des droits des patients
- ↳ Développer les formations sur la bientraitance, maltraitance et l'éthique
- ↳ Assurer les mises à jour des documents de communication interne et externe en rapport avec les droits et devoirs des patients

9 LE SYSTEME D'INFORMATION

9.1 Présentation générale

L'un des choix stratégiques de l'établissement a été d'investir prioritairement dans des applicatifs web. Ses avantages sont nombreux, à la fois pour l'utilisateur final, mais également pour la structure :

- Temps de formation et d'appropriation de l'outil plus rapide
- Aucune installation nécessaire sur les postes de travail
- Aucune mise à jour à déployer sur les postes informatique pour bénéficier des dernières évolutions
- Tous les utilisateurs utilisent la même version des applicatifs.
- Permet le remplacement du poste informatique rapidement, avec reprise du travail - immédiate
- Sauvegarde centralisée sur les serveurs
- Partage de l'information plus simple et plus rapide
- Accès aux outils possible en itinérance avec pour seule contrainte la présence d'une connexion Internet

Ainsi, au cours des années, nous avons mis en place les outils web suivants, à destination des différents pôles de la structure de l'Association SSV :

- 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 efficace et pour une traçabilité de l'information. Une déclaration CNIL a été effectuée après la mise en place de l'outil.
- RMES : logiciel de gestion des risques hospitaliers
- Gestion électronique des documents (GED)
- 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.

Projet en cours de déploiement : Projet Partenaires → accès ciblé aux informations patients demandées par l'équipe du SAMU et SOS médecins.

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 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).

Il serait opportun de faire évoluer notre système vers des concepts suivants :

- Gestion des carrières et des compétences
- Gestion de la formation
- Gestion du temps

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 même machines si elles existaient physiquement.
- Une charte a été signée entre SSV et ABC Revialis pour ce qui est du recyclage des toners usagés pour toutes les imprimantes autres que les photocopieurs, concernant ceux-ci, les sociétés Xerox et Canon ont leur propre système indépendant.

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.

Cette sauvegarde, au siège social est gérée par la politique suivante :

- Sauvegarde sur disque dur permettant une restauration de données rapide par le logiciel de Microsoft incorporé sur les serveurs « Windows Server Backup ». Il y a 2 points de sauvegarde par jour, à 12h30 et 1h30.
- Sauvegarde sur bande magnétique des données essentielles via le logiciel CA ARCServe Backup, lesquelles bandes sont entreposées dans un coffre ignifugé dans le bureau du SIH. La période de conservation des données est construit sur un roulement de 5 jours, le vendredi une sauvegarde complète est réalisé, du lundi au jeudi c'est une sauvegarde différentielle. Les bandes ne peuvent pas être réutilisées avant un délai de 4 jours.
- Une sauvegarde mensuelle est en place pour garantir une conservation des données sur 30 jours.
- 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 ». Il y a 2 points de sauvegarde par jour, à 12h30, et 1h30.

ANTIVIRUS

Les antivirus sont des logiciels conçus pour identifier, neutraliser et éliminer des logiciels (dont les virus ne sont qu'un exemple). Ceux-ci peuvent se baser sur l'exploitation de failles de sécurité, mais il peut également s'agir de programmes modifiant ou supprimant des fichiers, que ce soit des documents de l'utilisateur de l'ordinateur infecté, ou des fichiers nécessaires au bon fonctionnement de l'ordinateur. Chaque poste au sein de l'établissement est équipé d'un agent « Trend Micro Security Agent » permettant la sécurisation des données, des logiciels et le contrôle des courriels, ceux-ci étant relié au serveur ayant en charge le logiciel antivirus. Les ordinateurs portables, eux aussi amené à être utilisé en dehors de nos structures pour des présentations ou autres sont équipés quant à eux de l'antivirus « Microsoft Security Essential ». 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 Netasq (voir le schéma du SIH) dont notre structure est équipée à chaque entité.

Il permet également un accès sécurisé et contrôlé aux données du réseau interne de l'HAD à partir d'une connexion Internet (accès 18 Mo souscrit auprès de la société Orange) :

- 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 ressource web sécurisé en https (demandant une authentification lié à l'Active Directory du Domaine de l'Association) géré par le Firewall Netasq celui-ci permettant une connexion via Terminal Server et effectuant une translation de port.

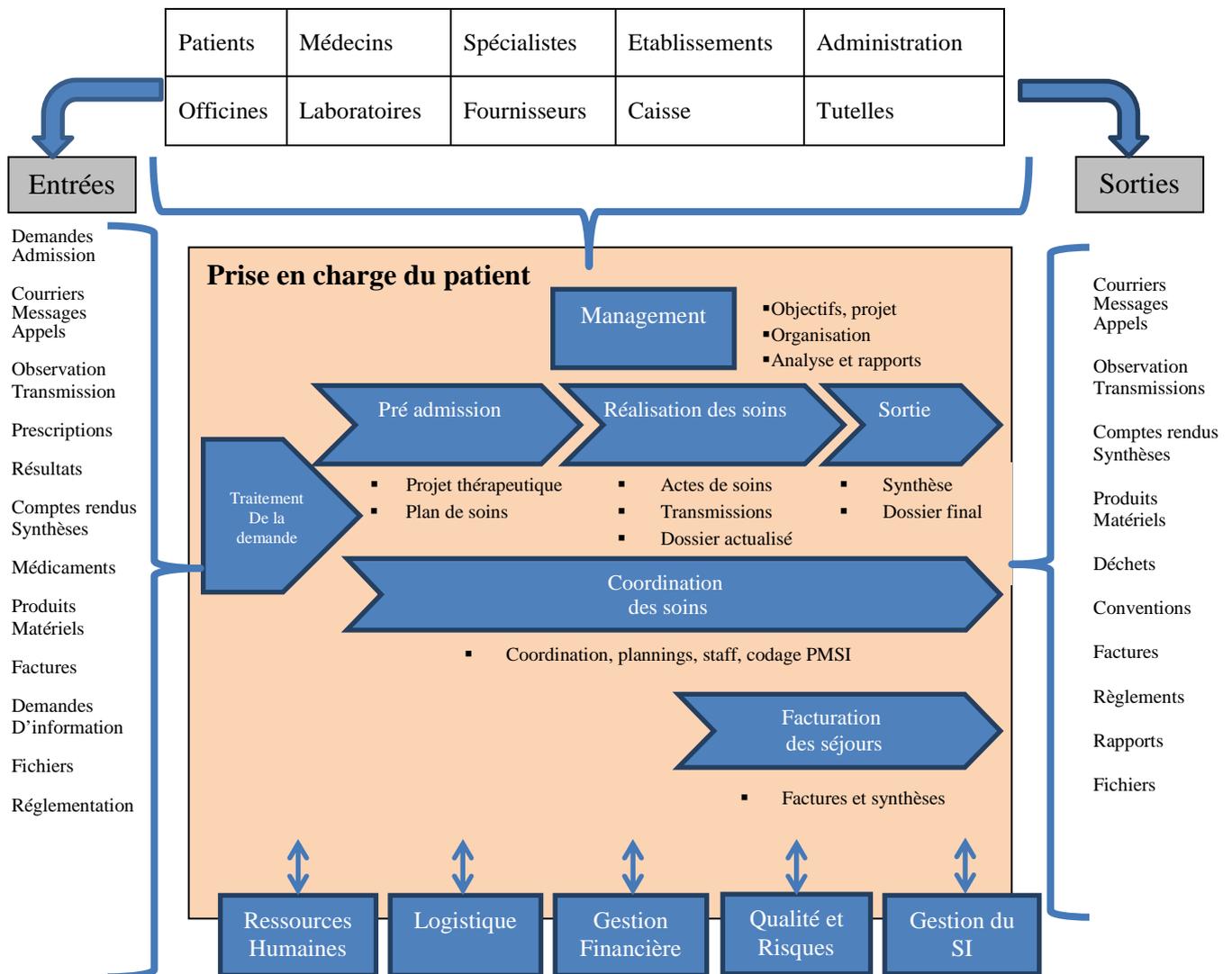
9.2 Gestion des flux d'information

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.

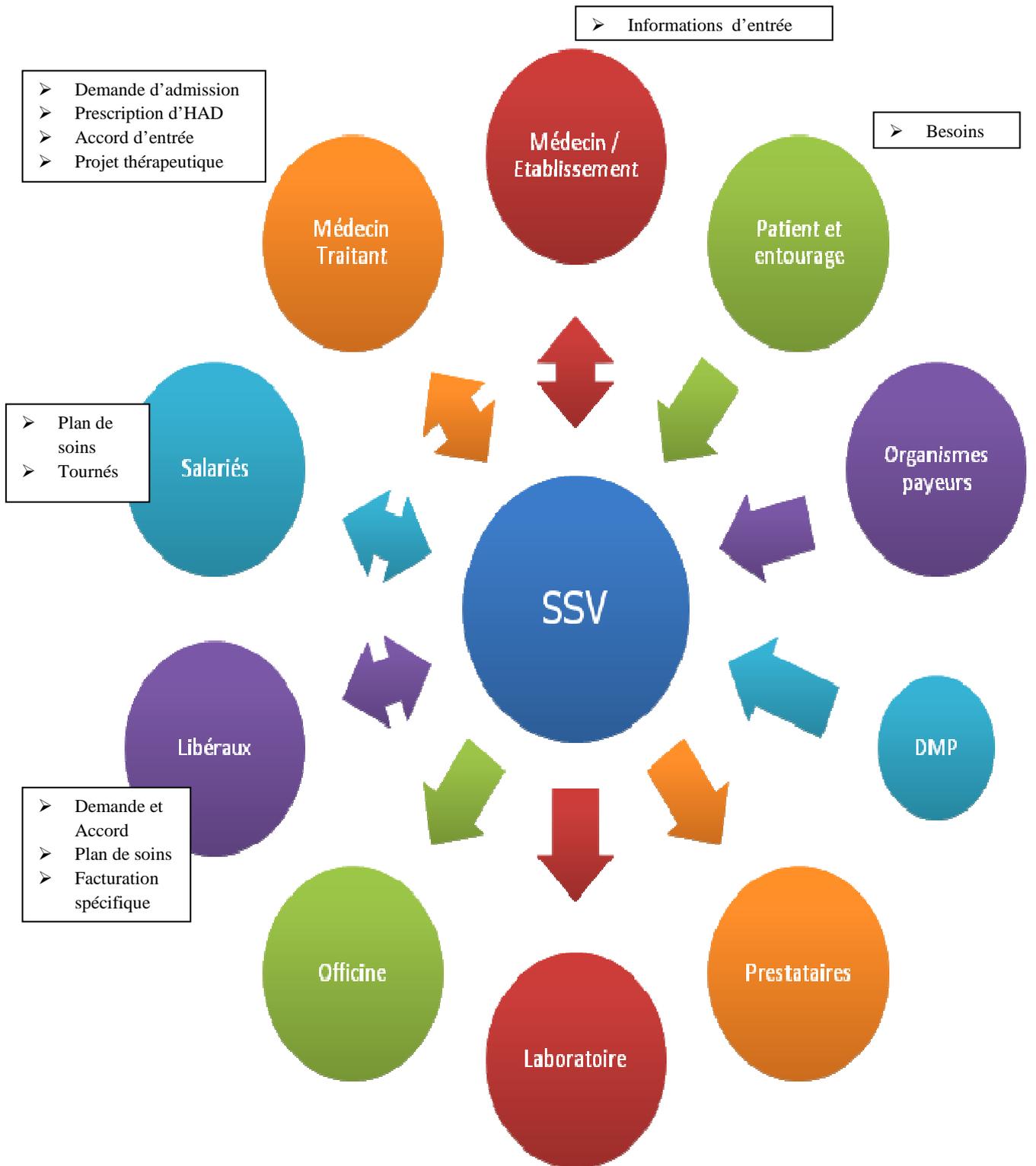
Ce sont ces flux d'informations, et plus précisément leur cycle, qui intéressent particulièrement les services traitant de l'information, ou comment coordonner un ensemble de ressources matérielles et immatérielles qui permet de recueillir une information et de la diffuser avec la meilleure efficacité (Bonnes personnes au bon moment).

CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS

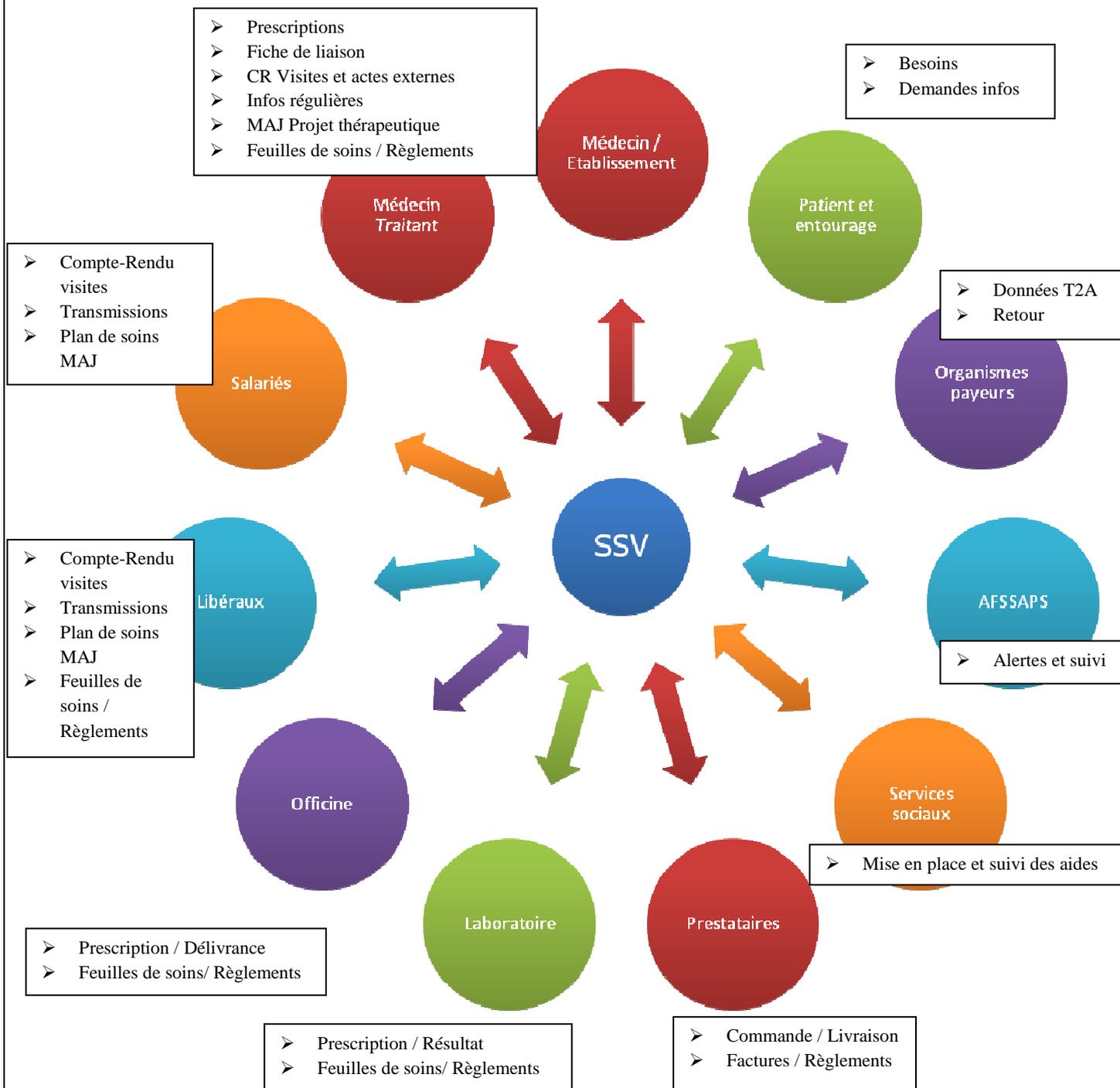


3 CARTOGRAPHIES DES FLUX

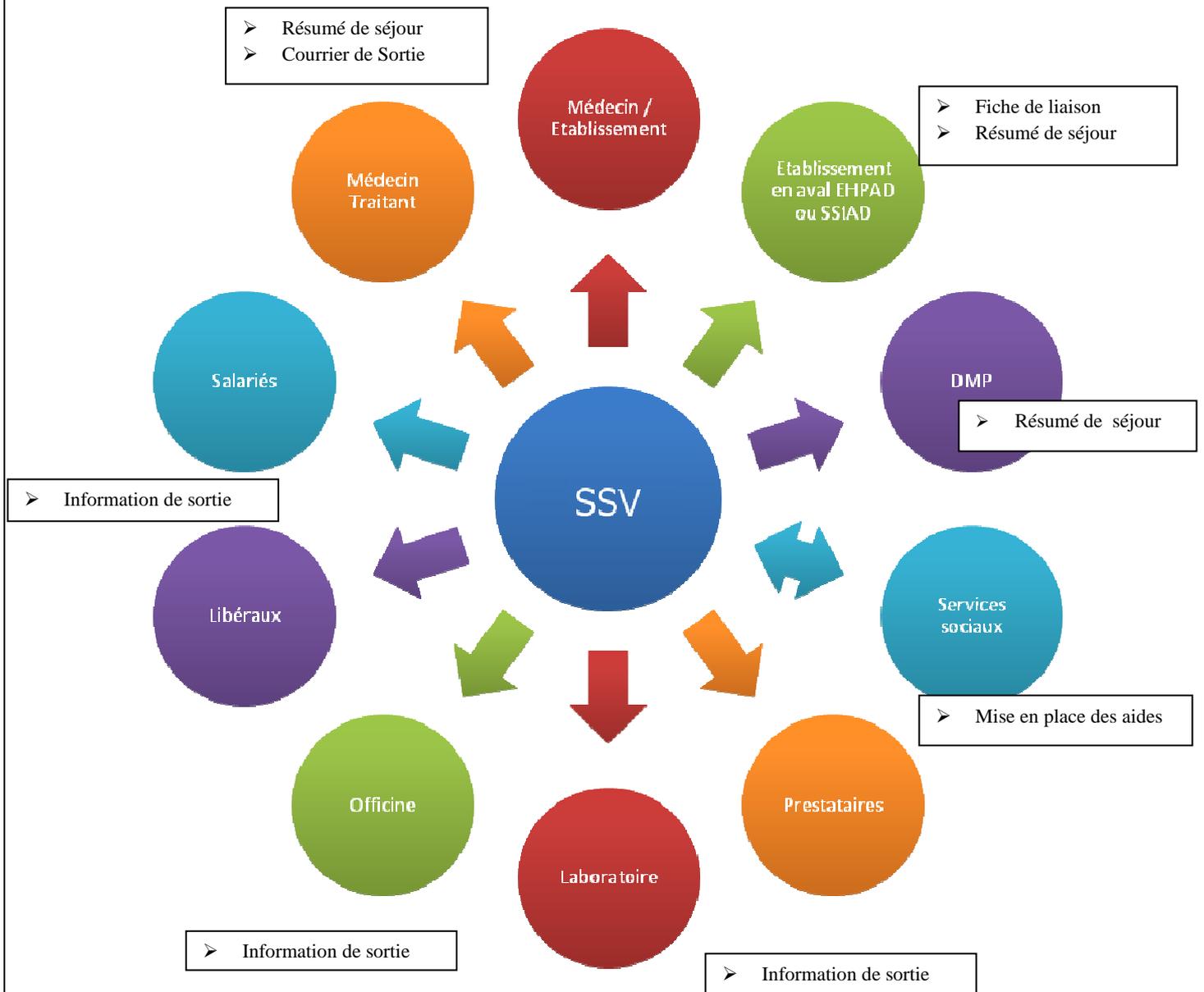
En amont du séjour :



Au cours du séjour :



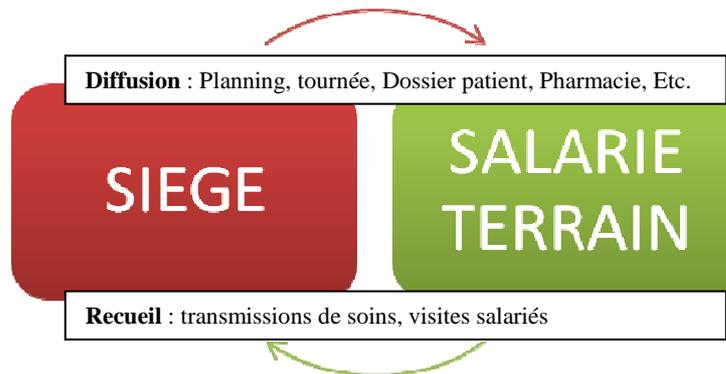
A la sortie :



LA DECLINAISON ACTUELLE

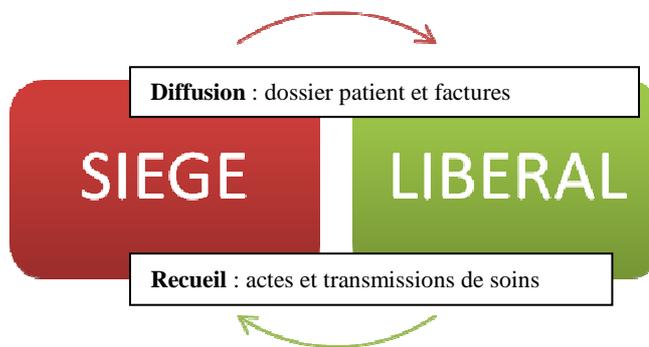
Mobile

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



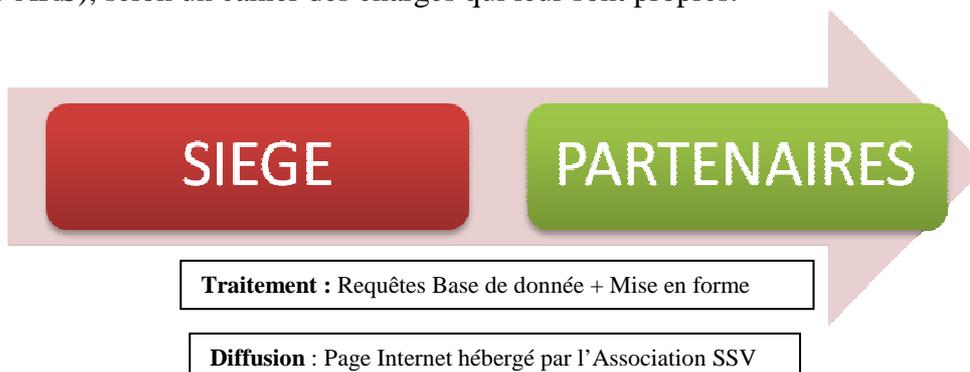
Le portail domicile

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 étant assez restrictif au niveau des modifications que nous pouvons apporter, nous avons opté pour qu'en 2013 soit créé un nouveau site web sous le même nom domaine :

- Ne pas changer l'adresse du site Internet (www.sante-solidarite-var.fr),
- Lui redonner de « la fraîcheur »,
- Le rendre plus malléable en fonction de nos souhaits,
- Utilisation des nouvelles technologies en développement web (animations en flash par exemple).

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 globale de l'Association, ce sera l'axe principal sur lequel s'orientera ce portail d'entreprise et qui sera amélioré au fil des années.

Les informations provenant de différentes sources (activité, ressources humaines, comptabilité, etc.) seront extraites, entreposées, traitées, puis diffusées. Cela permettra un pilotage plus éclairé de son activité, et un travail collaboratif accru (fonctionnement par Workflow).

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. Nous étudierons leur mise en place généralisée suivant le calendrier réglementaire des institutions ou la démocratisation des technologies.

Télémédecine et éducation thérapeutique

La télémédecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications. C'est un exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant.

En concertation avec le pôle médical, le Système d'Information Hospitalier étudiera les opportunités d'intégration et de mise en œuvre de ces technologies en HAD. Celles-ci s'intègrent parfaitement avec les orientations nationales quant à l'éducation thérapeutique du patient et notamment le projet de l' « Hôpital Numérique ».

En effet, l'idée d'un transfert de compétences des soignants vers le patient avec l'usage de la télémédecine nous semble adaptée.

9.3 La politique de sécurité du SI

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 ».

De plus, le fait de vouloir inscrire notre établissement de santé dans le projet de « l'Hôpital Numérique » dirigé par la DGOS mentionné au préalable, nous oblige à nous impliquer d'autant plus dans une PGSSI (Politique Générale de Sécurité du Système d'Information) évolutive, qui fait partie de l'un des 3 prérequis obligatoire pour s'inscrire dans cette démarche. (Cf. Schéma du réseau global prévisionnel)

Mise en œuvre d'un plan de reprise d'activité (PRA)

Il arrive dans le monde professionnel, des imprévus qui peuvent porter préjudice au SIH et à son établissement : une coupure de courant, une panne d'une ligne téléphonique, un problème matériel sur un serveur, un plantage système, dû de notre fait ou pas.

Le Plan de Reprise d'Activité ou PRA est une stratégie pour s'assurer que la structure où il est déployé soit impacté le moins possible lors d'un incident majeur ou important, avec le minimum de perte de données et permettre la remise en service en mode dégradé ou complet.

L'Association se doit d'avoir un moyen rapide pour relancer son activité lorsque cela arrive, c'est pourquoi un PRA existe et rappelons que celui-ci nous est indispensable pour faire partie du projet de l'Hôpital Numérique lancé par la DGOS.

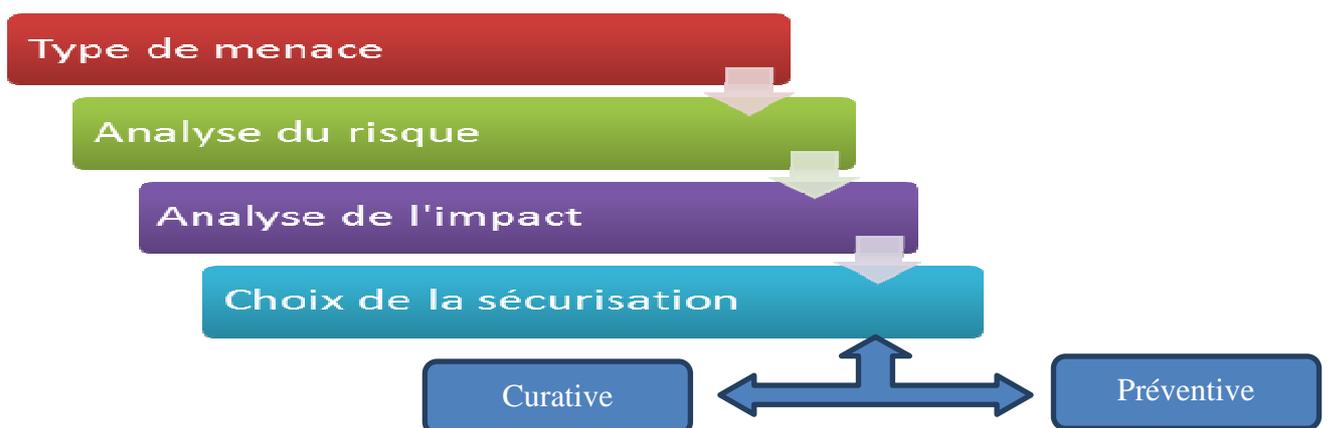
Lorsqu'un incident survient, il est traité tel que l'indique le processus suivant :



Mise en œuvre d'un plan de continuité d'activité (PCA)

En parallèle du PRA existe le Plan de Continuité d'Activité qui permet de fonctionner même en cas d'incident majeur ou important en mode dégradé s'il le faut.

Une analyse du panel des menaces susceptibles d'intervenir est la première chose à faire. On en déduit alors le risque qui en découle, puis l'impact sur ces risques. Des mesures d'atténuation sont alors envisagées si l'on juge l'impact significatif.



En fonction de tous ces éléments, l'activité de l'Association peut continuer en mode dégradé si nécessaire, ci-dessous en exemple, les pannes qui peuvent survenir sur le SI :

P
R
A

Panne Electrique

- SSV est considéré comme prioritaire (comme un hôpital) auprès de ERDF,
- Les Serveurs sont sur onduleurs et s'éteignent automatique après 5 minutes pour éviter une perte de données,
- Les Standards sont également sous onduleur avec une autonomie de 3h.

Panne Télécoms

- En cas de coupure d'une ligne principale, SSV a signé un contrat garantissant un service 24/24h, 7/7jrs avec un rétablissement sous 4h pour garantir un service de communication,
- En cas d'une coupure Internet qui pourrait paralyser l'informatique, sur le siège social plusieurs ligne ADSL sont disponibles, un simple paramétrage peut remédier au problème d'une coupure.

P
C
A

Panne Serveurs

- Si une panne matériel survient, chaque serveur a une garantie pour assurer l'échange des pièces défectueuses en 24h,
- Si la panne est logiciel, deux types de sauvegardes sont disponibles pour rétablir le système.

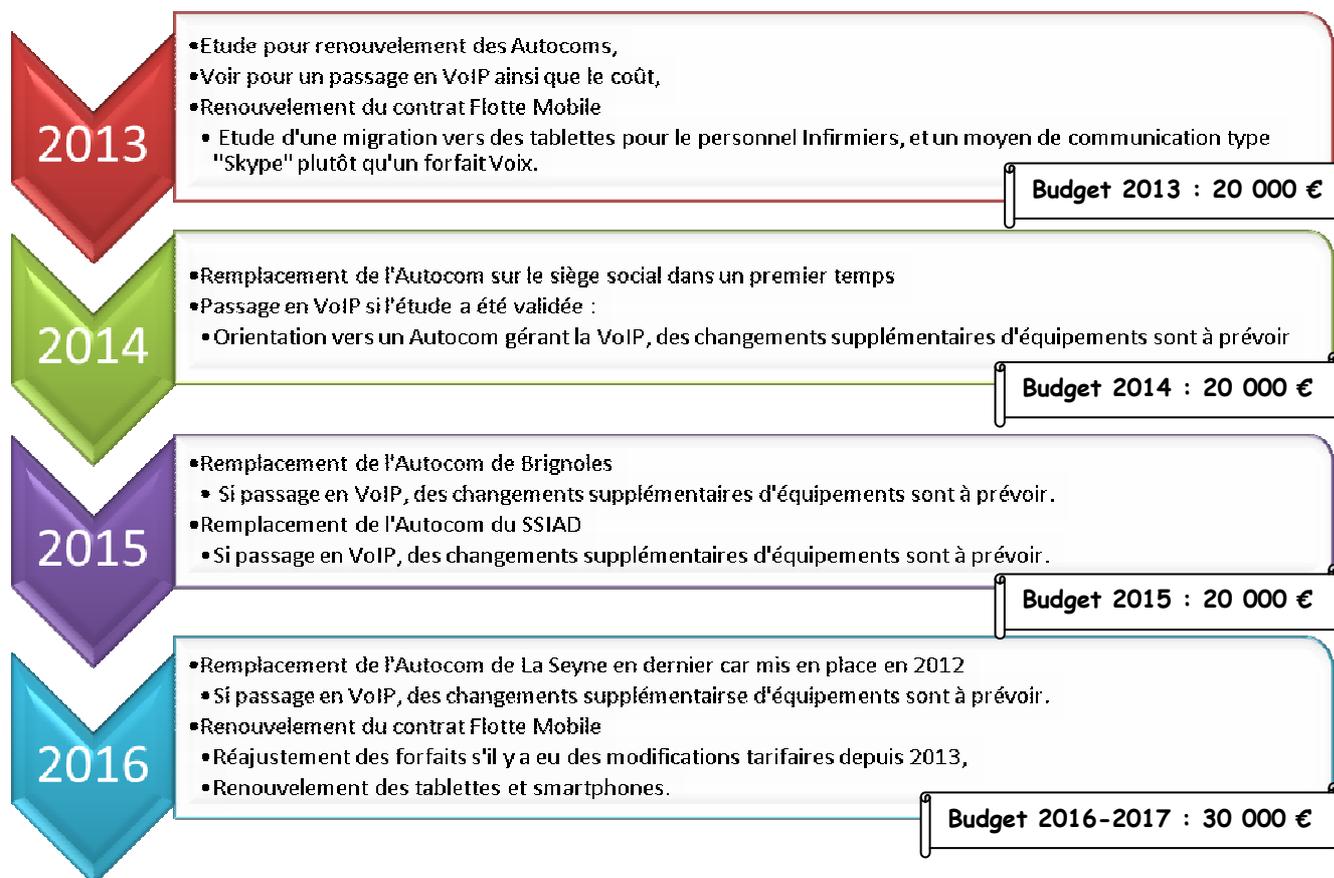
Toutes Pannes

- Lorsqu'une panne survient, chaque entité de SSV a la possibilité d'avoir recourt au dossier papier du patient afin de pouvoir palier à toutes éventualités et renseigner les patients ou les correspondants de celui-ci, consulter les comptes rendus, les tournées...

9.4 Axes d'amélioration

- ↪ Se renseigner sur la possibilité de rejoindre le projet « d'hôpital numérique »
- ↪ Optimiser la dématérialisation
- ↪ Utiliser Acrobat X Reader Pro pour certains documents de la Gestion Documentaire
- ↪ Optimiser les logiciels At'Home et RMES
- ↪ Harmoniser le parc informatique pour le personnel sédentaire
- ↪ Mettre en place un cluster de deux serveurs, chacun faisant tourner un ensemble de machines dites virtuelles
- ↪ Redynamiser le site Internet SSV
- ↪ Mettre en place un portail inter-services (plateforme pluridisciplinaire)
- ↪ Renouvellement des Autocommutateurs à commencer en 2014 : Voir pour le passage sur un réseau VoIP
- ↪ Renouveler l'équipement mobile du personnel SSV : Basculer l'HAD et le SSIAD vers un système de communication moins coûteux
- ↪ Faire une étude vers une utilisation des tablettes pour le personnel infirmier
- ↪ Améliorer les connexions ADSL inter sites
- ↪ Améliorer le système de sauvegarde
- ↪ Mettre en place un réseau Wifi sécurisé

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



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.

Budget 2013 : 10 000 €

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.

Budget 2014 : 20 000 €

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.

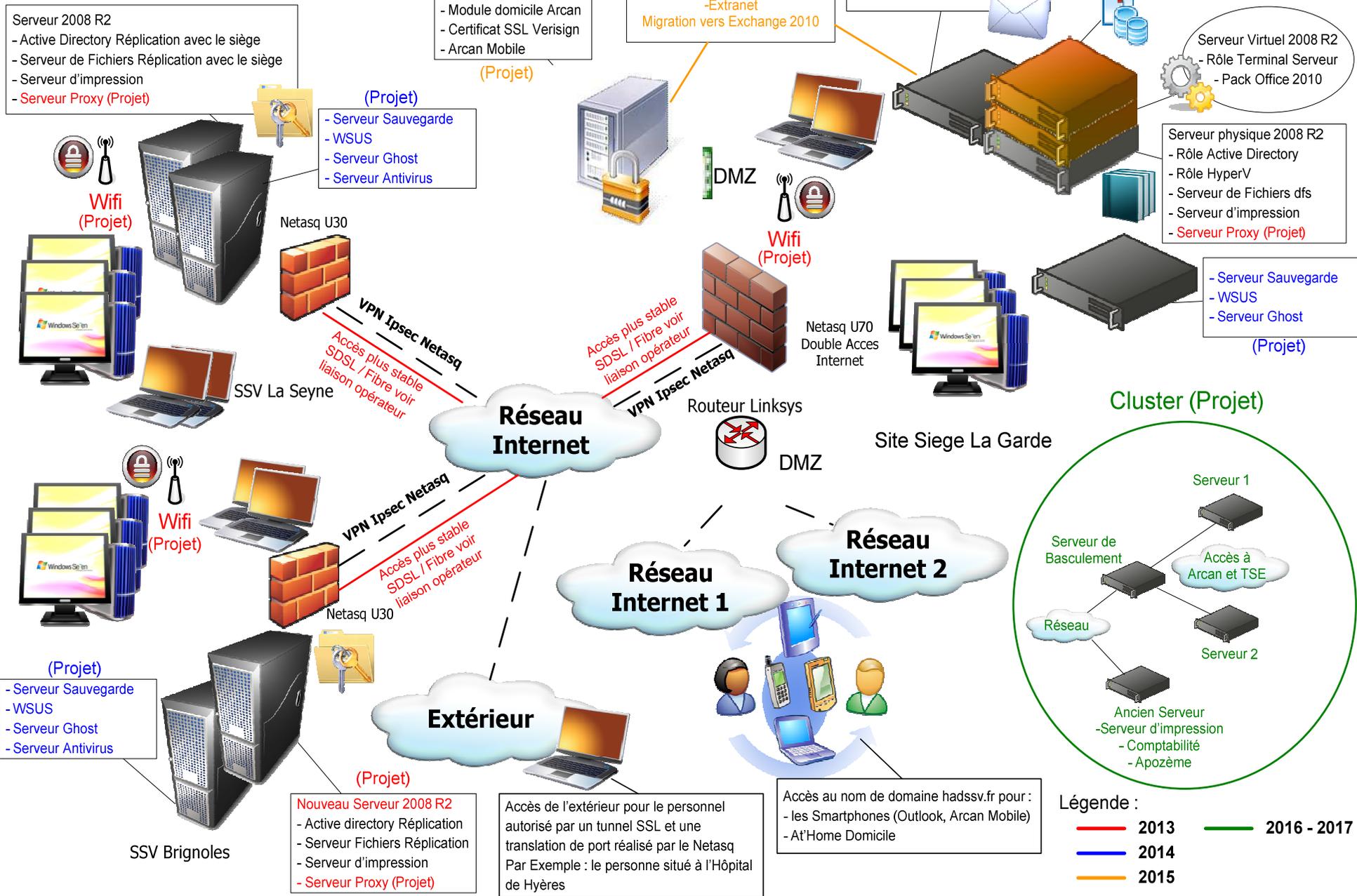
Budget 2015 : 15 000 €

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 7/7jours même en cas de crash de l'un des serveurs.

Budget 2016-2017 : 40 000 €

Sante Solidarité du Var Schéma Réseau Global Prévisionnel 2013-2017



10 LA LOGISTIQUE ET LE PARC AUTOMOBILE

10.1 La logistique

L'évolution principale de l'organisation logistique de la structure repose principalement sur une subdivision en deux secteurs : logistique et technique.

Ce découpage est apparu opportun car il fait appel à des compétences différentes.

La nécessaire coordination et transversalité des deux secteurs se situera dorénavant au niveau de la fonction de l'Adjoint de Direction RAF, en charge du pôle.

L'ajustement des effectifs à la croissance cible intéressera les deux secteurs :

- A partir de 150-160 places, il sera nécessaire d'envisager de créer un poste spécifique rattaché au pôle logistique et technique qui prendra en charge la gestion du parc des véhicules, des bâtiments, gestion des sinistres ...sous l'Adjoint de Direction RAF.

Le secteur logistique et médico-technique

L'activité logistique de l'HAD est actuellement assurée par une équipe de quatre personnes.

Trois magasiniers placés sous la responsabilité d'un responsable magasin assurent au quotidien l'approvisionnement en consommables, la décontamination et le reconditionnement des matériels inutilisés.

Le suivi des commandes, la gestion du magasin ainsi que la réponse aux urgences sont à ces jours assurés par le responsable magasin en sus des tâches d'encadrement et de remplacement des magasiniers.

Des équipements médicaux (lit, fauteuil, potence...) ainsi qu'une partie de consommables sont livrés par le prestataire extérieur directement au domicile du patient, sur la demande de l'équipe d'infirmiers coordinateurs. Le service logistique intervient dans cette relation prescripteur-prestataire-patient uniquement du point de vue administratif, en assurant le suivi et la régularisation des commandes.

L'optimisation des circuits logistiques prévue dans le projet d'établissement a donc pour objectif :

- D'améliorer la qualité et la continuité du service rendu au patient
- D'alléger le travail du personnel soignant au quotidien
- D'accompagner à la croissance des activités de l'établissement avec plus d'efficience

L'optimisation de la gestion d'approvisionnement sera permise grâce à l'amélioration du lien coordination médico-logistique. Cette coordination, composée des IDE chargés d'un secteur géographique d'intervention, d'un cadre de santé et du responsable magasin, aura pour objectif d'assurer le lien transversal entre le domaine du soin et le secteur logistique, permettant de :

- Répondre aux besoins des soignants

- Mettre en place les actions curatives et préventives permettant d'améliorer l'efficacité d'approvisionnement
- Anticiper les changements opérationnels liés aux éventuelles variations du nombre ou de la typologie du patient et donc des besoins en matériels nécessaires pour leur prise en charge

Création d'un service interne de collecte de DASRI

La collecte des déchets DASRI est assurée actuellement par le prestataire Primum. Aux vues des nombreux dysfonctionnements avec ce prestataire, l'Association a décidé de gérer la collecte des déchets DASRI. Pour se faire, le service logistique aura en charge lors des livraisons de consommables la récupération des déchets DASRI.

Les moyens à mettre en œuvre sont :

- L'achat et l'aménagement de deux camions livraison - collecte
- Le recrutement d'un magasinier supplémentaire à mi-temps

10.2 Le parc automobile

L'Association Santé et Solidarité du Var a fait le pari de munir ses équipes de véhicules de service.

A ce jour, nous comptons une flotte de 27 véhicules, 7 pour l'HAD de la Garde, 8 pour l'antenne de Brignoles, 5 pour l'antenne de la Seyne et 8 pour le SSIAD. Ceux-ci sont dédiés essentiellement aux tournées des soignants (infirmiers et aides-soignants). Il y en a également dédiés au service de coordination, à la logistique (pour assurer les livraisons de matériels) et aux personnels administratifs qui doivent se déplacer.

Nous renouvelons ces véhicules tous les 4 ans (fin de contrat), cela nous permet d'assurer un suivi des véhicules relativement efficace et surtout rendre les véhicules avant de rencontrer des problèmes mécaniques, électroniques ou autres dû à leur âge.

Avec l'évolution des technologies, et dans un souci d'écologie, « Santé et Solidarité du Var » souhaite se concentrer sur deux axes pour son engagement de développement durable :

- Louer des véhicules qui rejettent de moins en moins de CO² (< 100 g de CO² / km)
- Acheter un véhicule supplémentaire électrique ou hybride au véhicule électrique acquis début 2013.

Nous disposons de deux bornes pour recharger les véhicules sur notre nouveau parking.

10.3 Axes d'amélioration

↳ Réorganiser le service logistique afin d'assurer la collecte des déchets DASRI

↳ Mettre en place des camions dédiés à la livraison des consommables et à la récupération des déchets DASRI

↳ Louer des véhicules rejetant moins de CO² (<100 g de CO² /km)

↳ Acheter ou louer deux véhicules électriques ou hybrides

11 QUALITE, GESTION DES RISQUES ET DEVELOPPEMENT DURABLE

11.1 Le service qualité

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 et de rayonnement de la démarche qualité vers tous les secteurs d'activité et tous les acteurs de l'Association SSV.

Le service qualité est aujourd'hui constitué d'un responsable qualité et gestion des risques à mi-temps et d'un assistant qualité et gestion des risques à temps plein.

Le service qualité adhère à l'Association Qualité Santé Paca Corse (QSPC) : ce réseau, constitué sous forme d'une association loi 1901, a pour objet de fédérer les professionnels de la qualité et de la gestion des risques dans les structures ou établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, sur le territoire PACA Corse. Les objectifs sont de partager les expériences, accompagner et conseiller les acteurs, améliorer les résultats et communiquer sur les démarches.

De plus, le service qualité participe également au GIP COMET (Groupement d'Intérêt Public Communauté d'établissements) avec pour principale mission la mise en œuvre des communiqués pour la semaine de la sécurité des patients.

Les éléments entrant dans le plan d'amélioration de la qualité sont issus des :

- Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins avec des actions d'amélioration identifiées au cours de l'Auto évaluation de la V2010 (élaboré par le service qualité)
- Programme d'actions médicales (élaboré par la CME)
- Programme d'Amélioration IPAQSS (élaboré par le service qualité)
- Actions relatives aux Evaluations de Pratiques Professionnelles (élaboré par la Commission EPP)
- Programme annuel d'amélioration des conditions de travail (élaboré par le CHSCT)
- Programme annuel de prévention des infections associées aux soins (élaboré par le CLIAS)
- Programme annuel de lutte contre la douleur (élaboré par le CLUD)
- Programme annuel de gestion des risques (élaboré par le COVIRIS)
- Actions d'amélioration identifiées suite aux résultats du Diagnostic Développement Durable (élaboré par le COPIL DD)

Suite aux résultats de l'auto-évaluation et de la visite sur site (Février 2009), la Haute Autorité de Santé (HAS) a prononcé la certification et invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité sur les points suivants :

31c : Les conditions d'administration des médicaments au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte

3b : Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement

8d : L'évaluation des personnels est mise en œuvre

10b : Le programme d'amélioration continue de la qualité est formalisé, comporte des objectifs précis et inclut les résultats issus des différentes formes d'évaluation

10e : La gestion documentaire est assurée

11b : La gestion des risques est organisée et coordonnée

11c : Les résultats issus des analyses de risques permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter

21c : La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée

24d : La restriction de liberté, de circulation du patient fait l'objet d'une information au patient et à son entourage, d'une prescription médicale écrite et d'une réévaluation périodique

26d : Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement

28b : L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie

35a : La prise en charge pluri professionnelle du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et ceux de rééducation et du soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives

44d : L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée

Ces actions font l'objet d'un suivi particulier assuré par le service qualité.

Depuis la venue des experts visiteurs, un certain nombre d'actions ont été ou sont en cours de mise en œuvre. Ces actions sont reprises dans le Programme d'Amélioration de la Qualité 2011-2013. Il s'agit, notamment de :

- L'aboutissement de la mise en œuvre de la politique qualité
- La mise à jour de la Gestion Documentaire
- La restructuration de la gestion des risques ainsi que la mise à jour du Programme de Gestion des Risques
- L'assurance d'un suivi régulier du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- La formalisation de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences...
- La rédaction du Manuel Qualité

11.2 La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

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 ...).

La politique qualité se décline en 5 grandes orientations qui sont :

1. LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

L'Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) : La loi du 13 août 2004 de réforme de l'Assurance Maladie soumet tous les médecins quelles que soient leurs modalités d'exercice, à une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Elle charge la Haute Autorité de santé « de participer à la mise en œuvre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles » (art 35).

Le décret du 14 avril 2005 définit l'évaluation des pratiques professionnelles comme : « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et qui inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. ». Il précise le rôle de la Haute Autorité en tant qu'instance de régulation et de surveillance du système.

La loi puis le décret ont donc introduit une évolution majeure élargissant le périmètre de l'évaluation des pratiques professionnelles au champ médical. De cette évaluation comparative entre l'activité clinique et les recommandations, doit résulter une amélioration des pratiques, au bénéfice du service rendu au patient. L'Association s'est dotée d'une instance spécifique de l'évaluation des pratiques professionnelles (Commission EPP) responsable de la montée en charge du dispositif.

L'évaluation des pratiques professionnelles devra être développée sur 2 axes :

a- La prise en charge et la sécurité des soins

Le respect des droits des patients est une dimension essentielle de la qualité et une priorité de la certification depuis sa création. La certification constitue l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade.

Lors de la certification V2007, des évaluations des pratiques professionnelles ont été présentées, dont il convient de poursuivre et développer ces démarches portant sur les thèmes suivants :

- La douleur : « Evaluation de la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le Dossier de Soins »

- La pertinence des admissions en Hospitalisation A Domicile

- Maîtrise des Risques liés à la manipulation des chambres implantables

Dans le cadre de la Certification V2010, la démarche EPP repose sur 8 thématiques qui sont :

- La pertinence de l'HAD

- Maîtrise des risques liés à la manipulation de chambre implantable

- Traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier de soins au domicile du patient en HAD

- Améliorer le suivi des escarres

- Améliorer le suivi dans la prévention des escarres

- Analyse d'un évènement indésirable grave lié à l'oxygénothérapie
- Le suivi des prescriptions médicales en HAD
- Améliorer la tenue du dossier du patient

b- La maîtrise du risque infectieux

La politique de prévention du risque infectieux au sein de l'Association SSV est définie en concertation par le Comité de lutte contre les infections associées aux soins.

Il conviendra en collaboration avec le CLIAS de poursuivre et développer les démarches d'EPP sur les thèmes du risque infectieux suivants :

- Evaluation qualitative de la désinfection hygiénique des mains
- Enquête de prévalence sur les escarres
- Evaluation de la qualité de la PEC chez un patient porteur d'escarres

La gestion des risques : La sécurité, quant à elle, devra se développer au travers d'une démarche globalisante de gestion des risques. Il a été créé à cet effet un comité de vigilance et de gestion des risques (COVIRIS) regroupant les correspondants des vigilances sanitaires ainsi que les pilotes des risques spécifiques. Le résultat des travaux du comité sont transmis au COPIL qualité.

Cette gestion des risques s'appuie sur :

La bonne organisation et la réactivité de la gestion des vigilances dans leur ensemble ainsi que chacune d'entre elles.

La mise en œuvre et l'adaptation d'un programme de gestion des risques mettant l'accent sur des priorités validées (élaboration d'une cartographie des risques)

2. LA MISE EN ŒUVRE D'UN SYSTEME RECONNU DE GESTION DE LA QUALITE

L'Adjoint de Direction chargé des Ressources Humaines et de la qualité et gestion des risques sera le garant institutionnel de toutes démarches d'amélioration de la qualité, qu'elles soient transversales ou spécifiques. Cette dernière devra garantir le bon fonctionnement du maillage institutionnel des différents comités et commissions (comité de pilotage de la qualité, comité de lutte contre les infections associées aux soins, comité des relations avec les usagers et de la qualité des prises en charge, commission des évaluations des pratiques professionnelles, comité de lutte contre la douleur ...)

Les outils de gestion et d'évaluation seront développés. A ce titre l'optimisation de la gestion documentaire permettra d'aboutir à un dispositif de protocoles aisément actualisable et garantissant une diffusion adaptée des procédures.

L'appui et l'aide de l'Assistante qualité permet une méthodologie commune à tous les acteurs de la démarche (création de supports méthodologiques, réalisation de comptes rendus, coordination et animation des groupes de travail...).

3. L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS A TOUS LES STADES DE LA DEMARCHE QUALITE

L'implication des acteurs demeure un axe fort, prompt à faciliter l'acceptation et l'appropriation des changements « l'on accepte ce que l'on comprend ».

L'implication se traduit par une démarche participative, active et méthodologique de tous les acteurs de la prise en charge du patient et favorisant l'expertise pluridisciplinaire.

L'information généralisée permettra également l'implication des professionnels (communiqués qualité, affichages).

4. L'AMELIORATION CONTINUE DE LA CONFIANCE DES USAGERS

Prévue par la loi du 4 mars 2002 l'écoute et la participation des usagers (patients, consultants, familles...) doivent devenir une dimension primordiale dans le fonctionnement des professionnels.

Elle suppose :

- Une plus grande participation de représentants des usagers au-delà des instances réglementaires (CA, commission des relations avec les usagers, CLIAS...)
- Une bonne organisation de la gestion des réclamations et des questionnaires de satisfaction
- Un affichage des indicateurs de la qualité de manière annuelle (en annexe du livret d'accueil et sur le site Internet de l'Association)

5. LA RECONNAISSANCE EXTERNE DE LA QUALITE DES SOINS

Elle est la résultante de la réalisation des 4 premiers axes, alors que l'établissement entre dans la troisième procédure de certification (visite des experts en Janvier 2013).

Une reconnaissance externe n'est jamais un épilogue, mais la fin d'une étape. Le processus dynamique de la démarche d'amélioration de la qualité est consacré par sa continuité.

11.3 La gestion des risques

Bilan et évolutions depuis la rédaction du précédent projet d'établissement :

Programme Global de Gestion des Risques (PGR)

Dans le cadre de la certification, l'HAD SSV a élaboré un programme global de gestion des risques (PGR). Ce programme prend en compte les risques pour les personnes prises en charge, les professionnels de l'établissement, les partenaires, ainsi que les risques liés aux bâtiments, aux installations techniques et à des situations de crise. Des actions d'amélioration sont définies à partir de l'identification de ces risques.

Risques professionnels

Le document unique a été élaboré et est réactualisé annuellement par les représentants du personnel au CHSCT. Un programme de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail est défini annuellement.

Vigilances sanitaires

L'achat d'un logiciel de gestion des risques a permis d'assurer le suivi des événements indésirables, des alertes sanitaires (pharmacovigilance et matériovigilance) et des plaintes formulées par les patients et/ou leur entourage.

Les vigilants sanitaires ont été définis en interne (CLIAS/COVIRIS).

Hygiène hospitalière

Depuis 2007, l'HAD complète chaque année le tableau de bord des infections nosocomiales. Le CLIAS élabore chaque année un programme annuel de prévention des infections associées aux soins.

Cartographie des risques

La cartographie des risques a été réalisée en 2012 par le service qualité avec l'appui notamment de la Direction, du corps médical et de l'EOH.

Plan blanc

Le plan blanc a été formalisé et est réactualisé annuellement et/ou à chaque fois que nécessaire.

11.4 *Le management du développement durable*

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 ».

Le Développement Durable est né de trois constats :

- Constat environnemental : la terre est surexploitée (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.

Quelques dates :

1992 : Sommet de la Terre à RIO et adoption par 173 pays (dont la France) de l'Agenda 21, déclaration qui fixe un programme d'actions pour le XXIème siècle dans différents domaines, pour s'orienter dans un développement durable de la planète

2002 : Sommet de JOHANNESBOURG, « La planète brûle et nous regardons à côté » (J. Chirac) : volonté de la France de s'engager plus résolument dans le développement durable

2003 : Elaboration de la Stratégie Nationale de Développement Durable (SNDD), engagement de l'état dans la mise en œuvre concrète d'une politique de développement durable

2004 : Charte de l'environnement dont article 6 : « Les politiques publiques doivent promouvoir un développement durable. A cet effet, elles concilient la protection et la mise en valeur de l'environnement, le développement économique et le progrès social »

2005 : Intégration de la Charte de l'environnement dans la constitution (01/03/05)

2007 : Grenelle de l'environnement

2009 : Lois GE I et GE II

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 MANAGEMENT DURABLE A 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 apprécié 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

Le COPIL a pour mission essentielle de coordonner les actions relatives au Développement Durable.

En fonction des nécessités, d'autres personnes peuvent être conviés (Par exemple, hygiène...). Le COPIL se réunira deux fois par an. Chaque réunion fera l'objet d'un ordre du jour et d'un compte rendu.

La personne désignée référente de ce COPIL est l'Assistante Qualité et GDR. Elle aura en charge, notamment, l'élaboration (avec la Directeur) de l'ordre du jour et la réalisation du compte rendu.

Le COPIL s'appuiera principalement sur les engagements et documents de C2DS (Comité Développement Durable Santé) auquel il s'est inscrit depuis Avril 2012 (CF : engagements C2DS en Annexe 1) 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, les dirigeants, les salariés

En externe : les patients, fournisseurs, médias.....

3) Elaborer un plan d'actions et en assurer un suivi

Un plan d'actions est élaboré, au regard notamment des critères de la V2010 :

1b : Engagement dans le Développement Durable

3d : Qualité de vie au travail

6f : Achats écoresponsables et approvisionnements

7e : Gestion des déchets

A chaque ordre du jour, un point sera effectué sur ces 4 critères afin d'assurer un suivi régulier.

11.5 Axes d'amélioration

- ↳ Réaliser l'auto-évaluation du service HAD : La visite de certification est prévue en 2017
- ↳ Elaborer un rapport d'activité annuel du service qualité
- ↳ Réaliser l'évaluation interne du SSIAD : Celle-ci sera conduite à l'aide de groupes pluriprofessionnels en 2013 et se basera sur le logiciel de l'ARESSAD, la certification V2010 de l'HAD, le projet d'établissement et le cahier des charges.
- ↳ Réaliser l'évaluation externe du SSIAD : La visite est prévue en 2014 par l'organisme Giga Conseil.
- ↳ Assurer le suivi de la gestion électronique des documents de SSV
- ↳ Assurer le suivi des instances
- ↳ Structurer et formaliser les démarches EPP
- ↳ Réaliser des audits en interne (notamment IPAQSS, dossier de soins...)
- ↳ Développer la politique qualité (communication interne et externe, participation aux événements nationaux, participation aux groupes de qualité...)
- ↳ Assurer le suivi quotidien des questionnaires de satisfaction
- ↳ Assurer le suivi des tableaux d'actions d'amélioration (PAQ, 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
- ↳ Mettre à jour le document unique
- ↳ Formaliser les procédures d'alertes et les conduites à tenir
- ↳ Développer le suivi des FEI, des alertes sanitaires et des plaintes via le logiciel RMES
- ↳ Assurer le suivi du COPIL développement durable et qualité de vie au travail
- ↳ Dynamiser la communication interne et externe au niveau du développement durable (réseaux C2DS, communiqué qualité...)
- ↳ Mise en œuvre du DPC

12 CONCLUSION

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 dégagant d'importants moyens pour soutenir et favoriser la croissance et le développement de cette filière.

Les soins à domicile représentent une évolution majeure de notre société dans la manière d'appréhender la prise en charge de la maladie, du handicap et de la dépendance. Cette évolution n'a pas encore atteint son niveau d'équilibre et connaîtra sans doute dans l'avenir une croissance soutenue.

Le décloisonnement des secteurs sanitaires et médico-sociaux aujourd'hui amorcé, viendra soutenir le développement des collaborations interservices et inter-établissements s'inscrivant dans une politique de territoire cohérente et coordonnée.

L'Association Santé Solidarité du Var, établissement en première ligne dans ce contexte, a été autorisée à étendre sa capacité d'accueil de manière importante et va s'employer à présent à assurer son développement dans les meilleures conditions et pour le plus grand bénéfice des populations concernées.

L'offre d'HAD et de SSIAD 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 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 « Vieillesse 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 :

- Mettre en œuvre et développer les lits autorisés en HAD sur le Territoire de Santé n° 8 VAR OUEST Zone de TOULON – HYERES et BRIGNOLES conformément aux objectifs du SROS
- 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, en offrant une réponse en aval à l'hospitalisation traditionnelle publique et privée et à la médecine de ville.

Cette dynamique perpétue la tradition de réussite de l'Association Santé et Solidarité du Var qui fête son 31^{ème} anniversaire en 2013.

13 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'Établissements
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'Événement Indésirable
FNEHAD	Fédération Nationale des Établissements 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	Matéριοvigilance
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
PAPRIPACT	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