

Projet d'établissement

Hôpital Intercommunal du Haut Limousin

2024-2028



hihl
Hôpital
Intercommunal
du Haut-Limousin



L'élaboration d'un projet d'établissement est un moment fort dans la vie d'un centre hospitalier. Il permet d'évaluer sa place dans le système de santé tout en se projetant, de façon pragmatique, vers l'avenir.

L'HIHL est un hôpital de proximité. A ce titre, il doit développer une offre sanitaire et médicosociale, voire, à minima maintenir l'offre actuelle et ce sur deux versants : sur le versant quantitatif, adapté aux besoins de la population du territoire, et, sur le versant qualitatif.

La qualité de notre offre doit être notre priorité. La qualité globale est multifactorielle : soins médicaux et paramédicaux, hôtellerie, sécurité des lieux...

L'HIHL doit également relever les défis du 21^{ème} siècle : cybersécurité, communication interne et externe, partenariats publics, associatifs, privés et libéraux.

Enfin, les actions de prévention et de promotion de la santé doivent être également repensées et renforcées.

L'HIHL doit passer de la prise en charge des soins des patients à la gestion globale de la santé de la population de son territoire.

A l'HIHL, la priorité c'est l'humain.

Sommaire

L'établissement au cœur du territoire du Haut Limousin	9
Présentation du Projet d'Etablissement 2024-2028	12
Déclinaison des politiques : socle des valeurs de l'HIHL	14
La politique bientraitance et démarche de réflexion éthique.....	14
La politique de lutte contre les risques infectieux	14
La politique de lutte contre la douleur.....	14
La politique de prévention des chutes	15
La politique de prévention et de prise en charge des escarres	15
L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse des patients/résidents	15
La politique de gestion et de tenue du dossier patient.....	15
La politique hôtelière	16
La politique de manutention des patients/résidents.....	16
La politique des évaluations internes et externes	16
La politique qualité, gestion des risques	16
La politique de communication	17
La politique développement durable.....	17
La politique des achats éco responsables.....	17
La politique de sécurisation du système d'information	18
La politique « lieu de santé sans tabac ».....	18
Strategie de l'établissement.....	19
1. HIHL : hôpital de proximité	19
2. HIHL Acteur du GHT	20
3. HIHL Porteur d'informations	20
Le Projet Médico-soignant	24
1. Synthèse du diagnostic et axes de restructuration envisagés	25
2. Les axes de restructuration et de développement de l'offre de soins de l'HIHL	35
2.1. Axe 1 : Développer les liens avec la ville pour répondre aux besoins de la population et aux nouvelles missions des hôpitaux de proximité.....	36
2.2. Axe 2 : consolider la filière gériatrique.....	37
2.3. Axe 3 : Restructurer les modes de fonctionnement de la médecine et du SSR pour répondre aux besoins de la population et aux injonctions de l'ARS et aux réformes attendues.....	37
3. Optimiser la prise en charge des usagers	40
3.1. Soutenir la pratique soignante.....	40
3.2. Développer les soins palliatifs	40

3.3. Sécuriser et optimiser le circuit du médicament	41
Le Projet Qualité Gestion des Risques	48
Le Projet des Usagers	51
1. La prise en charge des « résidents »	52
2. L'accompagnement spécifique des personnes âgées au travers de leur projet personnalisé et collectif	53
3. Le fonctionnement de l'institution.	54
4. Le respect des droits des usagers/les conditions de séjour	54
Le projet Managérial et Social	61
Définition des axes prioritaires du projet social 2024-2028.....	62
Le projet Responsabilité sociétale et environnementale : Développement Durable	68
Les achats	68
Les actions du volet environnemental du Développement Durable	68
Schéma Directeur du Système d'Information.....	72
1. Infrastructure réseau	72
2. La sécurité.....	75
3. Usages	75

GLOSSAIRE	
ALD	Affectation Longue Durée
ANAP	Agence du Numérique en Santé
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
APP	Analyse des Pratiques Professionnelles
ARS	Agence Régionale de Santé
BHRe	Bactérie Hautement Résistante Emergente
BMR	Bactérie Multi Résistante
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDU	Commission Des Usagers
CLAN	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CODD	Commission Développement Durable
COPIL	Comité de Pilotage
CPIAS	Centre d'Appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CSARR	Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et de Réadaptation
CSP	Code de la santé publique
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DD	Développement Durable
DMA	Direction des Moyens et de l'Activité
DMP	Dossier Médical Partagé
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DPC	Développement Professionnel Continu
DPI	Dossier Patient Informatisé
DRH	Direction des Ressources Humaines
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EI	Evènement Indésirable
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ESA	Equipe Spécialisée Alzheimer
ETP	Equivalent Temps Plein
FEI	Fiche d'Evènement Indésirable
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital de Jour

HOP'EN	le programme HOP'EN constitue le nouveau plan d'action national des systèmes d'information hospitaliers
HTU	Hébergement Temporaire d'Urgence
ICALIN	Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales
ICSHA	Indicateur de Consommation des Solutions Hydro Alcooliques
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IDS	IDS (Integrated Delivery System) désigne une méthode de gestion des ressources de soins de santé
IPA	Infirmière en Pratiques Avancées
IPDMS	Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour
IPS	La mission d'Innov'Pôle Santé (IPS) est de transformer les besoins des patients et des professionnels de santé en projets de recherche et de développement
IQSS	Indicateurs Qualité Sécurité des Soins
LSST	Loi sur la Santé et la Sécurité du Travail
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MS Santé	Messagerie Sécurisée
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
PAP	Projet d'Accompagnement Personnalisé
PAPRI Pact	Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PDCA	Planifier (Plan), réaliser (Do), contrôler (Check), agir (Act)
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoires
PEC	Prise En Charge
PGSSI-S	Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRA	Plan de Reprise d'Activité
PSSI	Politique de Sécurité du Système d'Information
PSSI-C	Politique de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé
PSSI-C GHT	Politique de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé du GHT
PSSI-E	Politique de Sécurité du Système d'Information de l'Etat
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
QoE	Quality of Experience
QVR	Qualité Vigilances Risques
QVT	Qualité de Vie au Travail
REX	Retour d'Expérience
RGPD	Règlement Général de Protection des Données
RSE	Responsabilité Sociétale des Entreprises
SAAD	Services d'Aides et d'Accompagnement à Domicile
SAD	Service Autonomie à Domicile
SI	Système d'Information
SMR	Soins Médicaux et de Réadaptation
SONS	Système Ouvert et Non Sélectif
SPASAD	Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile

SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SUN'ES	Le programme SUN-ES s'inscrit dans les grands principes du Ségur du numérique en santé et particulièrement celui d'une vision centrée sur les usages. Ce programme se place dans la continuité du programme HOP'EN.
TIAC	Toxi-Infections Alimentaires Collectives
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
UTM	Unified Threat Management
UVP	Unité de Vie Protégée

L'ETABLISSEMENT AU CŒUR DU TERRITOIRE DU HAUT LIMOUSIN

L'Hôpital Intercommunal du Haut Limousin (HIHL) est un Etablissement Public de Santé issu de la fusion de 3 ex-hôpitaux locaux situés respectivement sur les communes de Bellac, Le Dorat et Magnac-Laval. Cette fusion a eu lieu en 1998. Ainsi, l'HIHL s'inscrit sur un territoire vaste, très rural qui s'étend au nord du département de la Haute-Vienne, au-delà des limites de la communauté de communes du Haut Limousin en Marche.

Les sites sont distants d'environ 15 km :

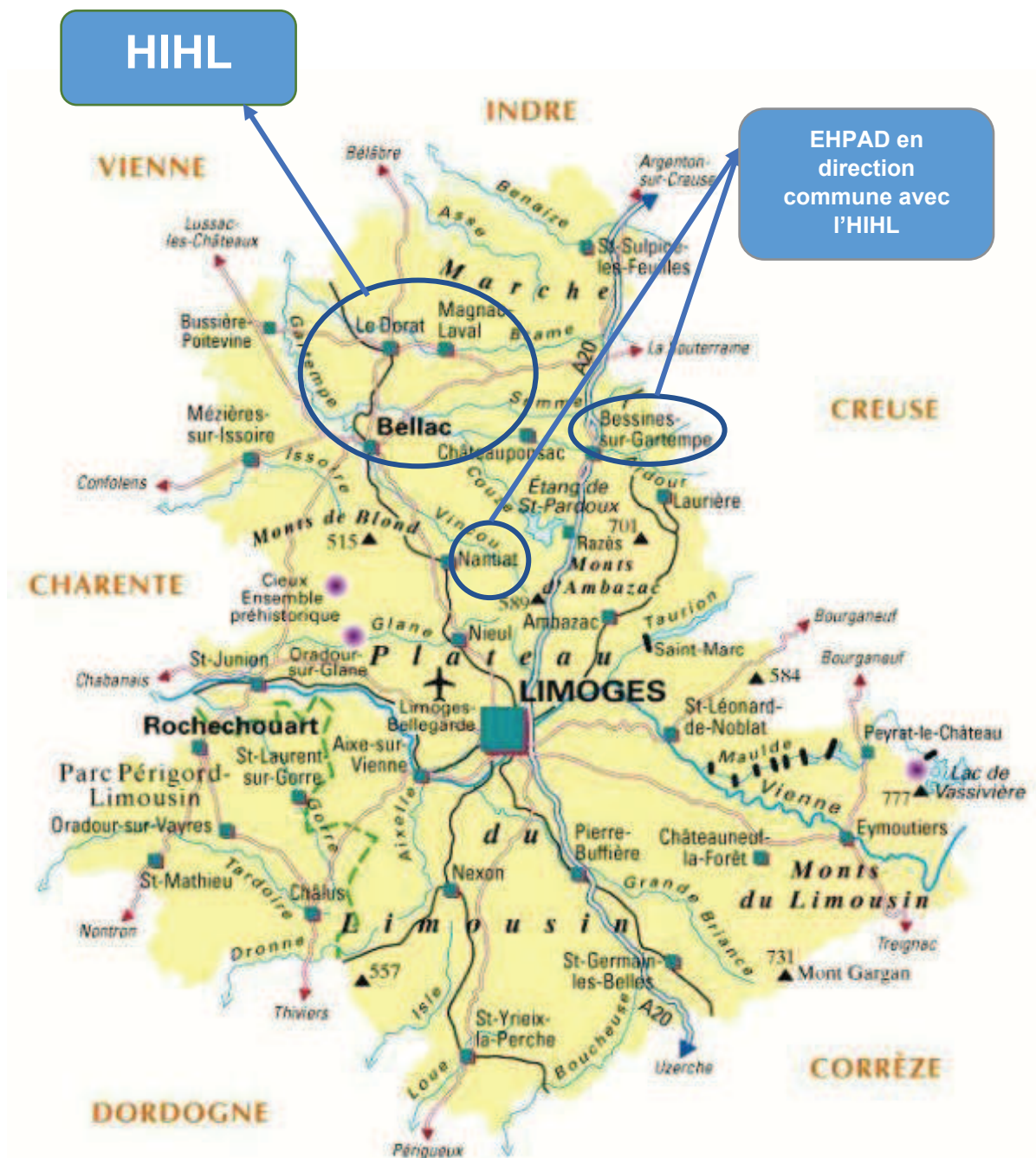
- 11 km entre le site de Bellac et le site du Dorat
- 16 km entre le site de Bellac et le site de Magnac-Laval
- 7 km entre le site de Magnac-Laval et le site du Dorat.

Depuis le 1^{er} janvier 2021 l'HIHL a signé une convention de direction commune avec deux EHPAD : l'EHPAD André Virondeau de Nantiat et l'EHPAD Suzanne Valadon de Bessines-sur-Gartempe.

L'établissement se situe sur un territoire dont le bassin de population est vieillissant et en forte diminution démographique.

Les établissements hospitaliers les plus proches sont :

- Le centre hospitalier de Saint-Junien qui se situe à 33 km de Bellac (30 minutes), 45 km du Dorat (45 minutes), 49 km de Magnac-Laval (50 minutes)
- Le centre hospitalier de Montmorillon dans le département de la Vienne qui se situe à 31 km du Dorat (30 minutes), 39 km de Magnac-Laval (40 minutes) et 43 km de Bellac (42 minutes)
- Le CHU de Limoges qui se situe à 58 km de Bellac (45 minutes), 66 km de Magnac-Laval (50 minutes) et 67 km du Dorat (60 minutes)
- Le centre hospitalier de Guéret qui se situe à 64 km de Magnac-Laval (45 minutes), 71 km du Dorat (50 minutes) et 76 km de Bellac (55 minutes).



Les autorisations d'activité détenues par l'établissement sont :

- La médecine : 47 lits d'hospitalisation complète et 2 lits d'hospitalisation de jour,
- Les soins de suite et de réadaptation : 60 lits d'hospitalisation complète et 2 lits d'hospitalisation de jour,
- Les soins de longue durée : 84 lits,
- L'activité EHPAD : 513 lits dont 5 lits d'hébergement temporaire, dont 2 hébergements temporaires d'urgence (HTU),
- Un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) : 100 places dont 10 places de prises en soins assurées par une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA),
- Un accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées : 6 places.

Au sein de l'activité d'EHPAD, l'HIHL dispose de trois Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), un sur chacun de ses sites.

En outre, l'établissement assure un service de portage de repas à domicile dans un périmètre très large (jusque dans l'agglomération de Limoges).

Des consultations spécialisées sont proposées à la population. Les principales sont : ophtalmologie, dermatologie, cardiologie, angiologie, gynécologie, obstétrique, holters tensionnels et rythmiques, orthopédie, addictologie, urologie, pneumologie, douleurs chroniques, diététique.

Une Infirmière en Pratique Avancée (IPA) se rend à domicile des patients du SSIAD et effectue une évaluation gériatrique de la personne. Cette approche permet d'identifier les risques de fragilité et de proposer un suivi médical à titre préventif ou curatif.

L'HIHL dispose d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). Cette PUI ne fait pas de rétrocession. Elle est située sur le site de Bellac.

Une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) rattachée au CHU de Limoges, est hébergée au sein de l'HIHL. L'EMSP, sur le site du Dorat, est composée de professionnels (médecin, infirmières, secrétaire et psychologue) salariés de l'HIHL et mis à disposition pour cette activité. Les missions de l'EMSP couvrent le territoire d'implantation de l'HIHL. Un lien étroit avec les services de l'établissement permet de renforcer l'offre de soins de proximité. Ainsi, les personnes suivies à domicile ou en EHPAD par l'EMSP, peuvent bénéficier d'une admission à l'HIHL dans le cadre de 5 lits identifiés « soins palliatifs », ou dans le cadre d'une hospitalisation pour dégradation de l'état général.

Le CPOM sanitaire 2018-2023 prévoit la diminution de 11 lits d'hospitalisation complète en médecine. Ce CPOM a été prorogé par l'ARS de Nouvelle Aquitaine jusqu'au 30 juin 2025.

Le précédent CPOM médico-social (2017-2021) prévoyait la diminution de 15 lits d'EHPAD en hébergement permanent et la création de 3 lits d'EHPAD en hébergement temporaire : ces actions ont été menées fin 2021. Le CPOM médico-social concernant l'EHPAD a été renégocié en 2021 et signé fin 2022. Il couvre la période 2022-2026.

L'HIHL a été labellisé hôpital de proximité par arrêté du 28 décembre 2021 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R.6111-25 du Code de la Santé Publique.

L'établissement se situe sur le territoire de deux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Un partenariat a été initié avec la CPTS L'Occitane (Nord-Est de la Haute-Vienne). La direction de l'établissement est invitée aux réunions de constitution de l'autre CPTS (Nord-Ouest de la Haute-Vienne).

En outre, l'HIHL a développé des coopérations fortes avec les acteurs de santé du territoire : la plupart des médecins intervenant en médecine ou en SSR exercent également en libéral. Sur le site du Dorat, un cabinet de médecine libérale jouxte le bâtiment de l'hôpital. A Bellac, un des cabinets de médecine libérale se situe à l'intérieur de l'enceinte de l'hôpital. Cette proximité géographique facilite l'intervention rapide des médecins dans les services de soins et facilite la coopération ville-hôpital.

PRESENTATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT 2024-2028

Le projet d'établissement est un document qui définit, notamment sur la base du projet médical et de soins, la politique générale de l'établissement. Il doit être compatible avec le Projet Régional de Santé, avec le schéma de l'Autonomie du département de la Haute-Vienne et avec le Projet Médico Soignant partagé du Groupement Hospitalier de Territoire du Limousin en tenant compte de ses orientations stratégiques en matière d'offres de soins et de mutualisation des fonctions supports.

Le projet d'établissement établit également un lien entre tous les acteurs de l'établissement par le fait qu'il précise les missions propres à l'institution et permet de réaffirmer ses valeurs.

Enoncer des politiques dans un établissement de santé, revient à lister les pratiques, les faits et les décisions qui concernent cette institution dans ce qu'elle a de spécifique. Les politiques définissent des valeurs, des principes, qui visent à fédérer les professionnels autour d'une vision commune de la prise en charge.

Ainsi, un certain nombre de politiques doivent être confirmées et développées. Elles sont présentées dans un volet préliminaire et sont jointes en annexe du Projet d'Etablissement 2024-2028.

L'HIHL doit s'adapter à l'évolution des besoins de la population de son territoire, à la désertification médicale et paramédicale particulièrement forte dans les zones rurales, aux normes et recommandations concernant les prises en charge des personnes hospitalisées et hébergées, et enfin à la réglementation énergétique des établissements de santé (décret tertiaire de la Loi ELAN).

Le présent projet d'établissement définit les grands axes de restructuration et de développement envisagés.

Le socle du projet d'établissement est le projet médico-soignant : il doit entrer en résonance avec le projet médical de territoire porté par le GHT du Limousin. Il a été élaboré avec l'aide du cabinet APSIS Santé dans le cadre d'une démarche participative afin de mettre en valeur une grande diversité de compétences exercées dans l'établissement, ainsi que des partenaires institutionnels. Il s'appuie sur un diagnostic et le recensement des besoins de la population.

Le projet médico-soignant est indissociable du schéma directeur architectural : le bâti de certains sites est inadapté aux prises en charges des patients/résidents et non conforme aux recommandations des bonnes pratiques. La restructuration architecturale est également liée aux regroupements des activités permettant la spécialisation des sites sur certaines prises en charge.

Le projet Qualité, Gestion des Risques s'inscrit dans la poursuite de la démarche Qualité, Gestion des risques à tous les niveaux de l'organisation. L'enjeu est d'intégrer au sein des professionnels une dimension de responsabilisation et d'implication dans la maîtrise des risques et dans la démarche qualité.

Le projet des usagers est porté par la Commission des Usagers (CDU) en lien étroit avec la Direction Générale de l'établissement et l'animatrice en santé publique. L'objectif est d'associer l'utilisateur aux parcours de soins et de vie proposés, de promouvoir la

prévention et d'affirmer les droits des usagers notamment dans le cadre de la culture de la bienveillance.

Le projet managérial et social s'articule autour du diagnostic réalisé par le cabinet ORATORIO sur la mise en œuvre de la Qualité de Vie au Travail dans l'établissement. Il vise à perfectionner les compétences des managers au service de la performance des équipes : manager sur le principe de la confiance et aider l'encadrement intermédiaire à se positionner en qualité de manager.

Le projet développement durable a été construit autour des nombreuses obligations réglementaires qui s'imposent à l'établissement. L'objectif est d'impliquer l'ensemble des acteurs internes et externes dans la mise en place d'actions concrètes ayant un impact sur l'environnement.

Le déploiement du schéma directeur du système d'information est de la compétence du Groupement Hospitalier de Territoire. L'HIHL s'intègre dans la convergence du système d'information validée par le Comité Stratégique du GHT.

Ce projet d'établissement se décline suivant les valeurs fortes véhiculées dans l'établissement. Elles constituent les fondations de la prise en charge des patients et des résidents admis dans l'établissement.

DECLINAISON DES POLITIQUES : SOCLE DES VALEURS DE L'HIHL

La liste des politiques écrites et présentées ci-après n'est pas exhaustive. Elle s'enrichit à l'occasion de l'élaboration de processus qui suscitent la nécessité d'affirmer les valeurs à transmettre.

Chaque politique écrite et validée fait l'objet d'une actualisation. Les principes énoncés doivent rester actifs et vecteurs d'émulation dans le cadre des pratiques professionnelles. La rédaction complète de chaque politique est disponible en annexe du Projet d'Etablissement.

Ces politiques sont énoncées et résumées dans un ordre logique, centrifuge : de celles concernant la prise en soins les plus proches du patient ou du résident, à celles les plus éloignées mais pour autant indispensables à l'organisation.

La politique bientraitance et démarche de réflexion éthique

La bientraitance est avant tout une attitude, une démarche permettant d'identifier l'accompagnement le meilleur possible pour le patient/résident dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins.

La politique de la bientraitance s'organise à l'HIHL autour de trois principes généraux :

- Faire de la promotion de la bientraitance une préoccupation permanente
- Garantir l'amélioration des pratiques, des procédures et des organisations, partagée dans le cadre d'une réflexion pluriprofessionnelle et d'une approche transversale, en prenant appui sur une dynamique d'évaluation individuelle et collective,
- Développer la lutte contre la maltraitance.

Des actions de formation sont inscrites systématiquement au plan de formation. La participation des représentants des usagers aux décisions prises dans ce domaine est constante.

La politique de lutte contre les risques infectieux

Le CLIN a tenu à définir la politique de dépistage adéquate concernant les risques infectieux (prévention de la transmission des Bactéries Multirésistantes (BMR) et des Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRe), prévention des risques épidémiques, diffusion des bonnes pratiques d'hygiène liées aux soins, prévention des risques environnementaux). Une procédure de surveillance et de signalement des infections est élaborée en particulier pour les BMR, les BHRe, les cas groupés d'infections, les infections liées à l'environnement (légionnelle, Aspergillose, TIAC).

Les professionnels de l'HIHL ont été fortement sensibilisés aux questions d'hygiène. L'établissement participe aux audits initiés par le Réseau d'Hygiène CPIAS Nouvelle Aquitaine.

La politique de lutte contre la douleur

La prise en charge de la douleur est omniprésente dans les préoccupations des professionnels du soin. La population prise en charge au sein de l'établissement (en

médecine/SSR, en USLD, en EHPAD et au SSIAD) est âgée, souvent polypathologique et parfois dans l'impossibilité de s'exprimer. Le dépistage est donc systématique.

Cette approche nécessite une réflexion collective, une formation des professionnels et une démarche institutionnelle. C'est une réflexion obligatoirement coordonnée avec l'accompagnement des personnes en soins palliatifs. Cet engagement des soignants permet d'instituer dans leurs pratiques, une approche globale des besoins des patients.

Un programme de formation est inscrit annuellement au plan de formation de l'établissement. Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) coordonne les actions visant à organiser la lutte contre la douleur au travers ses missions : promotion des soins, information et formation, évaluation dans le domaine de la douleur, communication extérieure.

La politique de prévention des chutes

La politique de prévention des chutes définit les actions mises en œuvre au sein de l'HIHL pour prévenir les chutes, leur récurrence et leurs complications.

Elle est destinée à l'ensemble des professionnels des services de soins.

Les moyens permettant le déploiement de cette politique sont définis : formations, coordination pluridisciplinaire de professionnels, moyens matériels.

La politique de prévention et de prise en charge des escarres

La politique « Escarres » a pour objet de mettre en cohérence toutes les actions de soins en lien avec une prise en charge adaptée et bienveillante dans le respect de la personne accueillie.

Elle vise essentiellement à prévenir l'apparition des escarres et à prendre en charge les patients/résidents porteurs d'escarres.

L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse des patients/résidents

Les objectifs de cette politique sont la maîtrise du risque iatrogénique et le développement du signalement et de la gestion des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse.

De nombreuses procédures concernent la gestion des médicaments et des dispositifs médicaux. Un programme d'actions est défini pour répondre aux risques a priori ou a posteriori déterminés à partir d'une cartographie des risques.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse reste au cœur des préoccupations des professionnels. Un groupe de travail pluridisciplinaire mène une réflexion continue sur l'amélioration du circuit du médicament et l'adaptation des organisations pour une meilleure maîtrise des risques liés à ce circuit.

La politique de gestion et de tenue du dossier patient

Cette politique vise à harmoniser les pratiques en matière de gestion et de tenue du dossier patient. Elle met également en cohérence la gestion du dossier patient dans la politique de soins. Elle vise à faciliter la coordination des soins et la continuité de la prise en charge par

la rédaction de plusieurs procédures réunies dans un guide d'utilisation « Dossier Patient » : composition du dossier patient, circuit du dossier patient de son initialisation à son archivage.

La politique hôtelière

L'hôtellerie est une valeur intégrée au « Prendre Soins » : elle rassemble les notions de services, accueil, sécurité, confort.

La politique hôtelière fixe les orientations stratégiques dans les domaines d'activités concernés. Ces orientations stratégiques sont déclinées en actions d'amélioration inscrites dans le plan global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Il s'agit principalement de l'amélioration de la qualité de l'accueil, de la restauration, de la gestion du linge, du nettoyage des locaux.

Des groupes pluridisciplinaires mènent des réflexions dans les différents domaines concernés et font des propositions d'amélioration continue de la qualité de ceux-ci.

La politique de manutention des patients/résidents

Cette politique a pour objet de mettre en cohérence toutes les actions en lien avec l'activité manutention réalisée par le personnel et le respect du maintien des capacités de déplacement de la personne accueillie.

Cette politique vise à mettre en œuvre le projet personnalisé de la personne autour des soins de base et activités de déplacement en lien avec les capacités restantes de cette personne, tout en prévenant les accidents musculo – squelettiques du personnel.

La politique des évaluations internes et externes

La politique d'évaluation est déployée selon les principes d'une démarche qualité (PDCA).

Le développement de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est intégré à la politique de l'amélioration de la Qualité et de la sécurité des soins. La démarche EPP s'applique à l'ensemble des services de l'établissement (sanitaires et médico-sociaux).

La visite de certification de la HAS et les évaluations externes concernant le secteur médico-social permettent à l'établissement de suivre les référentiels de qualité et de bonnes pratiques garantissant ainsi les conditions de sécurité et de qualité des soins exigées.

D'une manière générale, les évaluations sont listées et définies dans une politique. Sa mise en œuvre doit être effective et suivie.

La politique qualité, gestion des risques

La politique Qualité – Gestion des risques repose sur l'engagement de la Direction et sur les valeurs partagées par l'ensemble des professionnels.

Elle s'appuie sur des structures spécifiques dont les missions et le fonctionnement ont été définis.

Elle s'articule autour de trois principes généraux :

- L'amélioration de la prise en charge des usagers comme préoccupation permanente,

- L'amélioration des pratiques dans le cadre d'une réflexion pluridisciplinaire et transversale,
- Le développement d'une culture qualité partagée par tous les acteurs et s'appuyant sur une dynamique d'évaluation collective.

La politique de communication

La politique de communication s'attache à véhiculer les informations concernant les missions et les activités de l'établissement dans le respect des droits et libertés des personnes.

Cette politique se décline en actions pluriannuelles : diffusion du flash info, mise en place de l'intranet, mise à jour des livrets d'accueil, actions de l'animatrice en santé publique en interne et en externe.

La politique de communication est définie et coordonnée par le directeur de l'établissement.

La politique développement durable

L'HIHL s'inscrit obligatoirement dans la Responsabilisation Sociétale et Environnementale (RSE). Son engagement dans le développement durable marque sa volonté d'inscrire le fonctionnement de l'établissement dans la durée, avec une réflexion sur les impacts économiques, environnementaux, sociaux et sociétaux.

Cette politique se décline autour de 4 axes :

- Le volet sociétal : accès aux soins (consultations avancées, usage du numérique, actions de prévention en Santé Publique),
- Le volet social : amélioration du dialogue social, du bien-être au travail (QVT), valorisation des parcours professionnels,
- Le volet économique : engagement dans des achats éco-responsables, conformément à la politique d'achats du GHT du Limousin,
- Le volet environnemental : réduction des émissions de gaz à effet de serre, préservation de la qualité de l'air, préservation de la biodiversité et des ressources en eau, diminution et gestion des déchets.

Une COMmission de Développement Durable (CODD) a été créée au sein de l'HIHL et un référent Développement Durable a été désigné.

La politique des achats éco responsables

La politique Achats définit les orientations et intentions générales relatives aux achats et approvisionnements de l'HIHL. Un achat responsable est un achat intégrant dans un esprit d'équilibre entre les parties prenantes, des exigences, spécifications et critères en faveur de la protection et de la mise en valeur de l'environnement, du progrès social et du développement économique (définition de l'Observatoire des Achats Responsables).

Cette politique formalise la volonté de l'HIHL d'appréhender l'achat responsable comme un outil de performance économique, environnemental et social, au service des patients et des résidents.

Cette politique prend en compte les objectifs de la fonction achat mutualisée du GHT du Limousin, constituée par les documents socles (politique Achat du GHT, axes stratégiques,

règlement intérieur de la fonction achat mutualisée). La prise en compte des achats responsables y est clairement précisée.

La politique de sécurisation du système d'information

L'HIHL est intégré au groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Limousin. La présente politique est alignée sur la PSSI-E (Politique de Sécurisation du Système d'Information de l'Etat), sur la Politique de Sécurisation du Système d'Information du GHT et enfin sur la PSSI-S (Politique de Sécurisation du Système d'Information de la Santé).

La PSSI du GHT couvre l'ensemble des informations et leurs traitements.

Les dispositions de sécurité traitées dans la présente politique de sécurité du système d'information, les politiques thématiques, les procédures opérationnelles et les documents applicables, s'imposent à tous dès l'approbation de cette politique par le directeur de l'établissement.

La politique « lieu de santé sans tabac »

L'HIHL s'engage dans une démarche de **Lieu de Santé Sans Tabac (LSST)**

Un lieu de santé sans tabac est un établissement de santé ayant une stratégie de progression dans l'aide aux fumeurs et dans la disparition du tabagisme au-delà du simple respect de la législation en vigueur.

Cette stratégie comprend un ensemble d'initiatives politiques, administratives ou médicales, s'effectuant dans le cadre d'un projet planifié. Elle s'inscrit dans la démarche qualité globale de l'établissement et concerne donc tous les professionnels de l'établissement. Cette stratégie s'appuie sur les professionnels de santé de l'établissement et les partenaires territoriaux (RESPADD, LAST, COREADD et les associations locales ou régionales d'addictologie ou de tabacologie).

Un comité de pilotage et un chef de projet LSST ont défini les axes d'interventions.

Ces différentes politiques se déclinent en sept grands chapitres qui composent le projet d'établissement :

- La stratégie de l'établissement
- Le projet médico-soignant
- Le projet de la qualité et de la gestion des risques
- Le projet des usagers
- Le projet managérial et social
- Le projet responsabilité sociétale et environnementale : développement durable
- Le schéma directeur du système d'information

Ces sept chapitres sont présentés puis déclinés en fiches projets pragmatiques, chacune d'entre elles fera l'objet chaque année d'une évaluation objective basée sur les critères de suivi bien identifiés.

STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT

1. HIHL : hôpital de proximité

Les missions spécifiques dévolues aux hôpitaux de proximité s'imposent à lui :

- Assurer des soins de proximité à visée diagnostic et à visée curative dans le cadre d'une activité de médecine, de consultations avancées et d'imagerie médicale
- Assurer le suivi de rééducation et de réhabilitation à la vie sociale des patients du territoire dans le cadre d'une activité SSR
- Assurer des Soins de Longue Durée
- Assurer des soins à visée palliative en privilégiant le confort de vie des patients

Parallèlement à ces activités, l'HIHL a développé une filière médico-sociale et propose une offre complète pour les personnes âgées du territoire :

- Une activité « Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes » (EHPAD) en hébergement permanent ou hébergement temporaire (dont deux places d'Hébergement Temporaire d'Urgence (HTU))
- Une Unité de Vie Protégée (UVP)
- Une unité pour patients psychotiques vieillissants en étroite collaboration avec le centre hospitalier spécialisé en santé mentale (CHS Esquirol de Limoges)
- Une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR)

Enfin, le point de rencontre avec la médecine de ville se fait grâce à des activités permettant de maintenir les personnes âgées à domicile, telles que :

- Un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) travaillant en partenariat avec un service d'Aide à Domicile dans le cadre d'un SPASAD
- Des accompagnements spécifiques effectués par une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)
- Un service de portage de repas
- Un accueil de jour réservé aux personnes atteintes de troubles cognitifs et vivant à domicile
- Une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), unité décentralisée du CHU de Limoges intervenant sur le Nord du département de la Haute-Vienne et fonctionnant avec des personnels de l'HIHL.

Les liens avec les partenaires institutionnels sont nombreux. Les liens avec la médecine de ville sont étroits : la maison médicale du Dorat jouxte les locaux de l'hôpital et sur le site de Bellac, un cabinet médical se situe dans l'enceinte de l'établissement. Ainsi, les médecins libéraux interviennent pour la plupart au sein de la structure en qualité de Praticiens Hospitaliers ou de médecins contractuels.

Deux CPTS couvrent le territoire de l'HIHL :

- La CPTS Occitane couvrant l'Est de notre territoire avec laquelle une convention a été signée.
- La CPTS Haut Limousin qui est en émergence qui couvrira le reste du territoire de l'établissement. Le bureau du coordonnateur sera localisé au sein du site de Bellac de l'HIHL.

L'HIHL participe activement au Contrat Local de Santé du territoire de Bellac. L'animatrice en Santé Publique organise des actions de prévention auprès de la population des plus jeunes (dans les collèges et les lycées) aux plus âgés en coorganisant et coanimant des manifestations avec les acteurs locaux.

Enfin, l'intervention d'une Infirmière en Pratiques Avancées (IPA) permet d'assurer la continuité des prises en charge et d'améliorer la coordination ville/hôpital en procédant à un repérage des fragilités. Une seconde infirmière est inscrite dans le cadre d'un cycle de formation IPA. Ces professionnels seront en capacité de développer l'accès à la téléconsultation des patients et des résidents de la structure.

Pour compléter ces dispositifs territoriaux, une cellule d'orientation est mise en place pour optimiser l'admission en service d'hébergement et apporter des informations aux usagers et leurs proches avant une potentielle entrée en institution.

Ainsi grâce à la prise en charge hospitalière coordonnée avec les acteurs de ville et du territoire, ainsi qu'à l'accès ponctuel à des expertises, l'HIHL contribue à l'amélioration du parcours des personnes en situation de fragilité.

2. HIHL Acteur du GHT

Outre ces actions de territoire « Haut Limousin », l'HIHL s'inscrit dans la politique du Groupement Hospitalier du Territoire (GHT) du Limousin en participant activement aux différents groupes de travail afin d'arriver à une convergence sur les différents domaines de compétence du GHT.

3. HIHL Porteur d'informations

Toutes ces interactions nécessitent une réelle communication au sein et hors de l'HIHL. Elle doit avoir pour objectif d'informer aussi bien les professionnels et usagers de l'HIHL, mais également les habitants du territoire ou toute autre personne souhaitant avoir des renseignements sur notre établissement et ses activités. Il a donc été nécessaire de créer une équipe de communication qui doit développer des outils pour atteindre ces objectifs.

La stratégie de l'établissement se décline en trois fiches projets :

- Communication,
- Animation en santé publique,
- Reconnaissance de l'HIHL.



MIEUX COMMUNIQUER POUR MIEUX TRAVAILLER

La communication devient un élément essentiel de la stratégie d'établissement. L'HIHL souhaite développer la communication aussi bien externe qu'interne.

Être mieux vu pour être reconnu, est l'enjeu de tout établissement et, qui plus est, pour un hôpital de proximité qui ne dispose pas de service de pointe permettant de se distinguer des autres établissements du territoire. S'agissant de la communication

interne, le fait qu'HIHL soit réparti sur 3 sites géographiques, complexifie le mode de communication pour que l'intégralité des agents ait une connaissance générale de l'établissement. La mission de l'équipe de communication sera de permettre une meilleure visibilité de l'établissement et une meilleure connaissance de celui-ci par ses salariés.

OBJECTIFS

Créer une équipe de communication

Rédiger une politique de communication

Améliorer la visibilité de l'établissement

Créer des pages de réseaux sociaux HIHL

Améliorer la communication interne

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Composition d'une équipe de communication
- ✓ Rédaction d'une politique de communication
- ✓ Création d'un nouveau site Internet
- ✓ Création de pages HIHL sur les réseaux sociaux
- ✓ Référencement d'HIHL sur les pages Google
- ✓ Réflexion sur un nouveau mode de communication en interne

ANIMATION EN SANTE PUBLIQUE

FICHE PROJET 2-2024-2028



PROMOUVOIR L'ANIMATION EN SANTE PUBLIQUE

En 1952, l'OMS définit la santé publique comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif. Le champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie (médecine et soins) et de réadaptation.

La santé publique a pour objet l'étude, la mise en œuvre et l'évaluation des actions permettant d'améliorer l'état de santé de la population.

L'HIHL souhaite en ce sens développer des actions de prévention au sein de l'établissement mais également « hors les murs » sur différentes thématiques en ouvrant le champ d'intervention auprès de l'ensemble de la population (de l'enfant à la personne âgée) et en créant des partenariats sur le territoire.

A titre d'exemple, HIHL travaille en partenariat avec l'éducation nationale sur l'endométriose, avec le club de football de Le Dorat pour Octobre Rose.

OBJECTIFS

Développer HIHL
comme lieu de
santé sans Tabac

Saisir les
opportunités au fil
de l'eau

Promouvoir les
actions « Hors les
Murs »

Pérenniser l'action
« Octobre Rose »

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Avancement du projet Lieu de santé sans Tabac
- ✓ Nombre de thématiques traitées lors d'une action de santé publique
- ✓ Taux d'actions « Hors les murs »
- ✓ Nombre de participants aux actions de santé publique
- ✓ Suivi des indicateurs relatifs à la vaccination contre les virus de l'hiver

RECONNAISSANCE DE L'HIHL

FICHE PROJET 3-2024-2028



HIHL ACTEUR DU TERRITOIRE ET DU GHT

OBJECTIFS

L'HIHL, hôpital de proximité est l'un des 18 établissements publics de santé intégrés au GHT du Limousin. A ce titre, il participe à l'élaboration et au suivi des différents projets du GHT : projet médico-soignant partagé, système d'information, fonction achats...

Ses services de soins constituent un maillon essentiel à la prise en charge sanitaire et médico-sociale des patients et résidents du territoire. Sa place dans le parcours patient en lien avec les autres services sanitaires des établissements publics de santé parties du GHT du Limousin est importante.

Développer les
partenariats de
territoire

Représenter
l'HIHL aux
groupes de travail
du GHT

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Nombre de participations aux réunions du GHT par domaine d'activité
- ✓ Nombre de conventions signées avec des organisations de territoire

LE PROJET MEDICO-SOIGNANT

L'HIHL a fait appel au cabinet APSIS Santé pour l'accompagner dans l'élaboration de son projet médico-soignant. La mission d'accompagnement s'est déroulée en 2021 et s'est achevée en 2022.

Compte tenu des évolutions prévues dans Ma Santé 2022 et du Plan Solidarité Grand Age, l'établissement doit se restructurer et proposer une activité innovante répondant :

- Aux besoins de la population,
- Aux attentes relatives aux nouvelles missions données aux hôpitaux de proximité (article 35 de la Loi d'organisation et de transformation du système de santé),
- Au déploiement du Projet Médical et de Soins partagé du GHT dont il fait partie (GHT du Limousin),
- Aux engagements pris dans le cadre du CPOM sanitaire et du CPOM médico-social prévoyant notamment une diminution de lits en médecine.

Au-delà de ces enjeux fortement stratégiques, l'HIHL doit prendre en compte la disparité architecturale de ses 3 sites qui pénalise le développement de ses activités. Une réflexion sur une nouvelle répartition de l'activité est nécessaire en prenant en compte les caractéristiques de chaque site.

Les missions confiées aux consultants se définissaient comme suit :

- Mener une analyse des besoins de la population sur le territoire, et des liens ville-hôpital aboutissant à la définition d'axes de développement stratégiques permettant de mieux structurer les filières et les flux de patients
- Evaluer la potentialité de chacun des sites pour répartir au mieux les activités existantes et celles à développer.

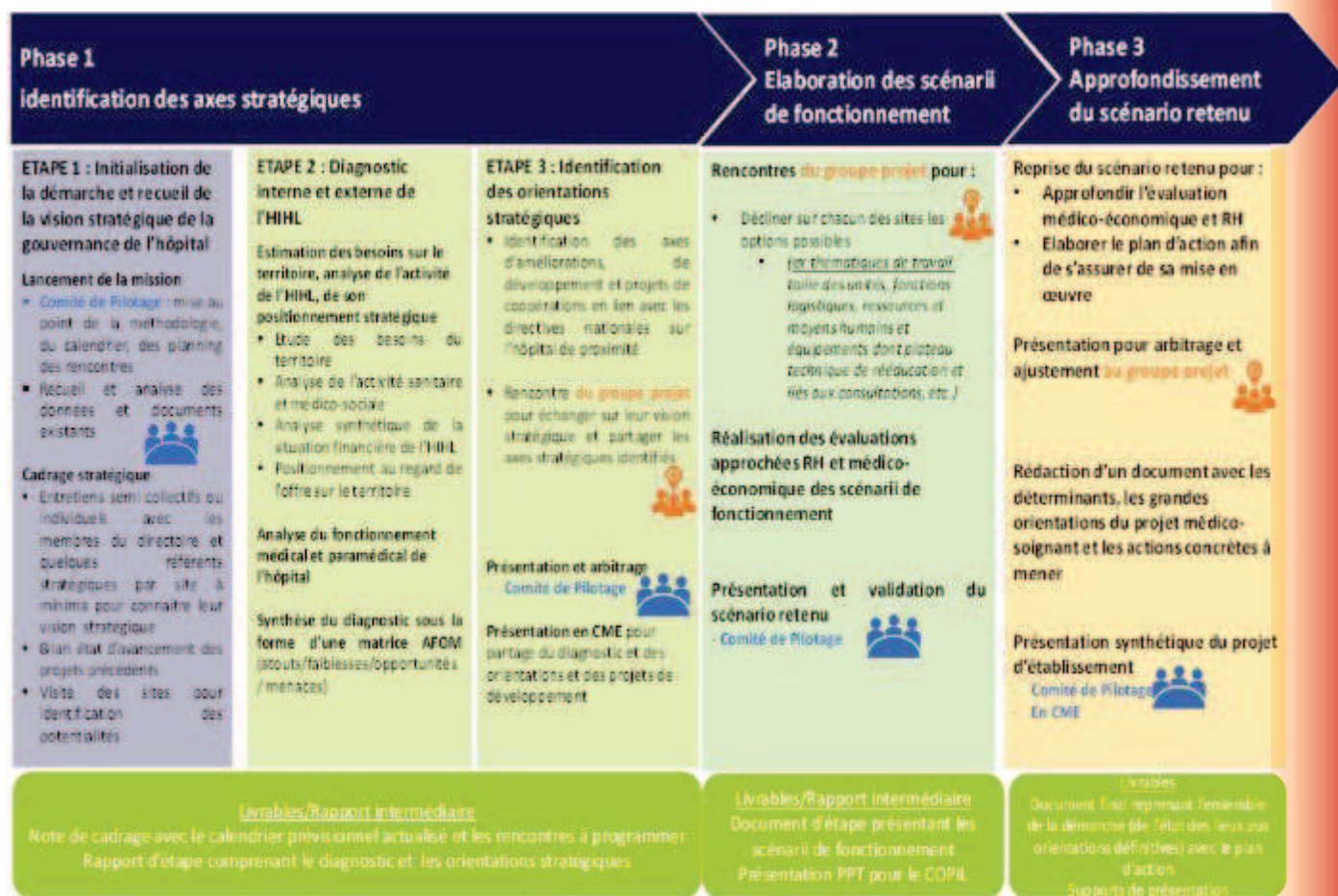
La méthodologie d'accompagnement proposée s'est articulée autour de 3 phases :

- Un diagnostic aboutissant à l'identification des axes stratégiques et une proposition de reconfiguration de l'offre sur les 3 sites à travers l'analyse :
 - De l'offre et des besoins de santé sur le territoire
 - De l'activité des sites de l'HIHL
 - Du fonctionnement médical et paramédical des 3 sites
 - Des sites et de leurs potentiels
- L'élaboration de scénarii de fonctionnement :
 - Fonctionnement RH
 - Faisabilité architecturale
- L'approfondissement du scénario retenu avec le coût macro de l'opération et le phasage.

Un comité de pilotage comprenant les membres de l'équipe de direction et des médecins a été constitué.

Un groupe projet pluridisciplinaire et composé d'agents des 3 sites, a été consulté à chaque phase de l'élaboration du projet médico-soignant.

- Le schéma de la démarche



1. Synthèse du diagnostic et axes de restructuration envisagés

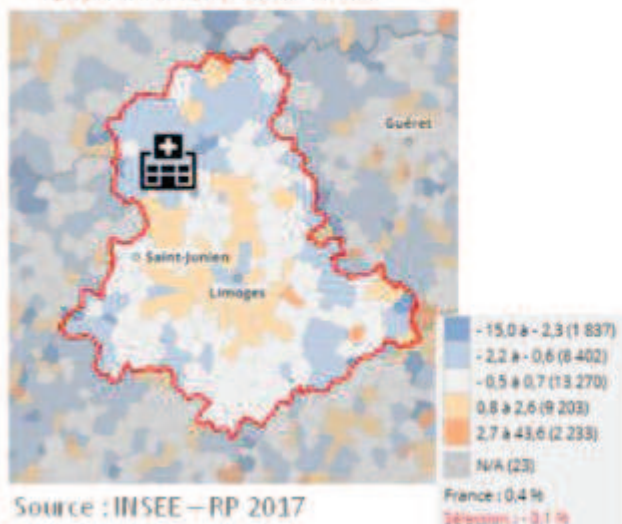
1.1. Le profil de la population et ses besoins

La population :

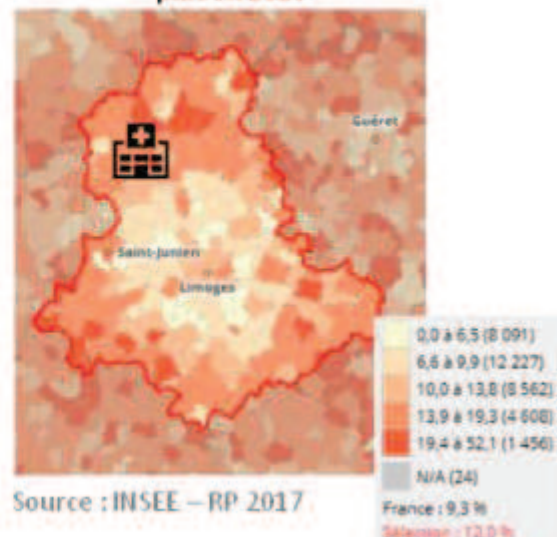
Le département de la Haute Vienne est composé de 374 426 habitants. Sa population est caractérisée par :

- Un faible dynamisme démographique : La croissance démographique entre 2017 et 2050 devrait augmenter sur la Haute Vienne (+5,3%) mais à un niveau moins important que la région et la France métropolitaine (respectivement +14,9 et +10,4)
- Un vieillissement important : 12% de la population a plus de 75 ans aujourd'hui et 18,5% en 2050. Le nord du département semble encore plus touché par le déclin et le vieillissement de la population

Evolution annuelle moyenne de la population (%) 2012 – 2017



Part des personnes âgées de 75 ans ou plus en 2017



- Une fragilité sociale (taux de pauvreté plus important que la moyenne régionale et nationale et qui touche encore plus les + de 75 ans)

	Taux de pauvreté Ensemble (%)	Taux de pauvreté des moins de 30 ans (%)	Taux de pauvreté des 75 ans ou plus (%)
Haute-Vienne	15,1	27,8	10,7
Nouvelle Aquitaine	13,5	23	10,5
France métropolitaine	14,5	22,4	9

L'état de santé :

Concernant l'état de santé de la population en Haute-Vienne, les indicateurs de mortalité sont plutôt défavorables notamment lorsque l'on étudie le taux de mortalité par tumeurs, pour les maladies de l'appareil circulatoires, les symptômes, états morbides mal définis et autres causes, maladies de l'appareil respiratoire, causes externes de blessure et empoisonnements, troubles mentaux du comportement.

Par ailleurs, le territoire est marqué par une surreprésentation des ALD pour diabète (ALD8), affections psychiatriques de longue durée (ALD 23), tumeurs ou affections malignes des tissus lymphatiques ou hématologiques (ALD 30).

Notons cependant que l'incidence et la prévalence de l'ALD 15 (Alzheimer et démences) est moins représentée sur le département qu'en région alors que la population est plus âgée, ce qui peut poser la question du repérage précoce et du diagnostic sur le territoire.

Pour 100 000 personnes (2014)		Haute-Vienne	France métropo.
ALD 8 Diabète de type 1 et 2	Incidence	362,34	314,78
	Prévalence	3738	3531
ALD 13 Maladie coronaire	Incidence	141,16	152,61
	Prévalence	1579	1675
ALD 23 Aff psychiatriques longue durée	Incidence	262,12	191,79
	Prévalence	2353	1886
ALD 30 Tumeur ou aff. Maligne tissu lymph. Ou hémato	Incidence	538,85	451,04
	Prévalence	3841	3095
ALD 6 Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	Incidence	28,98	30,84
	Prévalence	254	273
ALD 3 Artériopathies chroniques avec manif. Ischémiques	Incidence	87,73	90,53
	Prévalence	775	782
ALD 1 AVC invalidant	Incidence	79,22	88,48
	Prévalence	584	578
ALD 12 Hypertension artérielle sévère	Incidence	--	1,97
	Prévalence	1180	1271
ALD 16 Maladie de Parkinson	Incidence	26,85	26,05
	Prévalence	199	175
ALD 15 ALZ et démences	Incidence	44,39	66,13
	Prévalence	386	582
ALD 19 Néphropathie chron. Grav	Incidence	34,56	36,79
	Prévalence	201	223

L'offre de soins :

Pour répondre aux besoins de la population, le territoire présente une densité de médecins généralistes plus importante (122/100 000 habitants) qu'au niveau régionale et nationale (respectivement 100 et 90/100 000 habitants). Cependant, l'offre est inégalement répartie sur le territoire (densité moindre dans le Nord du département) et près de la moitié des professionnels ont plus de 55 ans.

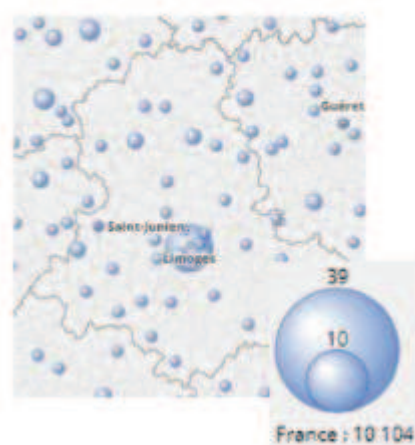
La densité des médecins spécialistes et des dentistes est en revanche inférieure aux moyennes régionales et nationales.

Densité pour 100 000 habitants - Libéraux ou mixte au 01.01.2019	Haute-Vienne	Nouvelle-Aquitaine	France métropolitaine
Médecins généralistes	122,0	100,0	90,0
dont praticiens de 55 ans et plus	46%	49%	52%
Médecins spécialistes	79,0	87,6	87,6
dont praticiens de 55 ans et plus	47%	49%	53%
Chirurgiens dentistes	43,0	63,8	55,6
Infirmiers	226,1	219,1	186,8

En matière d'équipement, le département se situe au-dessus des moyennes régionales et départementales. En revanche, l'offre en EHPAD est faible (89,6 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans) contre 105 en Nouvelle aquitaine et 99,5 en France.

Ensemble lits et places publics et privés installés au 31.12.2018 - Taux d'équipement	Haute-Vienne	Nouvelle-Aquitaine	France métropo.
Médecine	2,9	2,0	2,1
Chirurgie	1,7	1,3	1,2
Gynécologie-obstétrique pour 1 000 femmes de 15 ans et plus	0,8	0,6	0,6
Hospitalisation à domicile	0,3	0,3	0,3
Lits SSR nombre de personnes pouvant être prises en charge simultanément pour 1 000 habitants	1,9	1,8	1,8
Taux d'équipement en Psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus			
Lits d'hospitalisation complète	0,4	0,3	0,2
Équipement global (lits et nombre de personnes pouvant être prises en charge simultanément)	1,0	1,3	0,9
Taux d'équipement en Psychiatrie générale pour 1 000 habitants de plus de 16 ans			
Lits d'hospitalisation complète	1,2	1,1	1,0
Équipement global (lits et nombre de personnes pouvant être prises en charge simultanément)	2,2	1,6	1,4

Répartition des hébergements pour personnes âgées en 2019



Le projet régional de santé identifie plusieurs enjeux prioritaires autour :

- des problématiques d'addictions,
- de suicide,
- du maintien de la démographie médicale,
- des liens ville-hôpital et des prises en charge coordonnées autour des patients,
- de l'accès aux soins ambulatoires
- de l'offre de prise en charge des personnes âgées en particulier pour le maintien à domicile

Ainsi, **il existe de nombreux points à conforter sur le territoire.**

1.2. L'activité de l'HIHL et son fonctionnement

L'HIHL est un acteur majeur du territoire présent sur 3 sites : il s'agit d'un établissement sanitaire pivot du territoire de proximité du Nord de la Haute Vienne avec une double activité sanitaire et médico-sociale.



Il s'inscrit dans le GHT comme un acteur de proximité :

L'établissement est inclus dans plusieurs filières décrites dans le PMP. Dans les faits, les coopérations sont balbutiantes.

Les médecins participent très peu aux réunions du GHT.

La participation à la coordination du parcours de santé du patient en évitant les hospitalisations ou les ré-hospitalisations est peu définie/structurée encore sur le territoire mais la CPTS est en cours de définition.

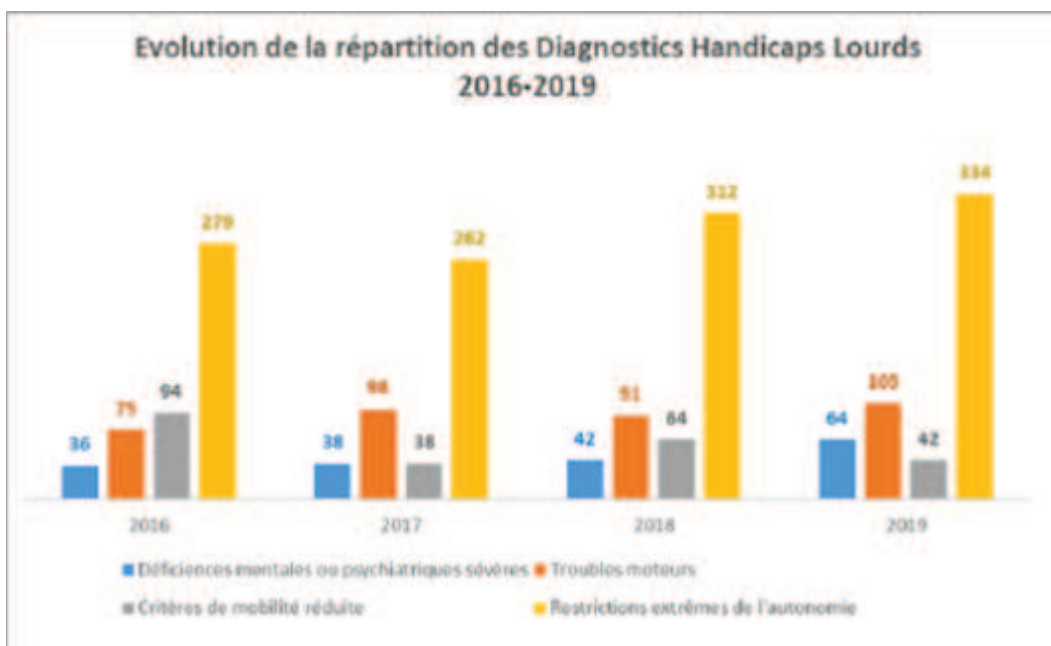
Organisation des astreintes et permanence des soins :

- Les astreintes sont organisées par site – médecine/SSR et EHPAD communes. Le personnel du service de médecine est formé à dispenser les soins de premier recours en cas de nécessité absolue. Les urgences au sein du service sont assurées H24 et 7J/7 par les médecins libéraux (planning de garde calqué sur la PDSA),
- La permanence des soins est assurée en médecine et en SSR par les médecins de ville : ces derniers font preuve d'une grande disponibilité et ont accès au DPI dans leurs cabinets.

Synthèse de l'activité et du fonctionnement en médecine :

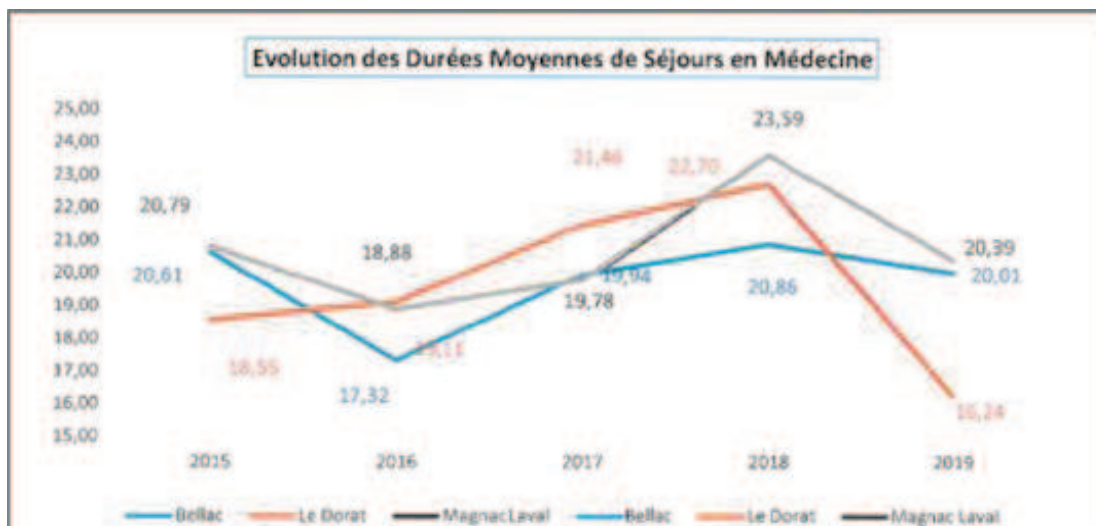
L'activité :

Les services prennent en charge une patientèle très âgée (76% des patients ont + de 80 ans contre 15% au niveau régional), lourdement handicapée (beaucoup de patients avec des diagnostics de handicap lourd) et avec de plus en plus de diagnostics précarité établis.



La DMS est en baisse mais elle reste très supérieure aux moyennes de comparaison :

IPDMS de 1,969 contre 0,94 attendu par l'ARS (soit l'équivalent de 11 lits). L'IPDMS de l'HIHL est également supérieur à celui des établissements d'activités comparables.



Notons que la zone de recrutement est très locale et qu'à Magnac, Bellac et le Dorat, seulement 1 patient sur 2 se fait soigner à l'HIHL.

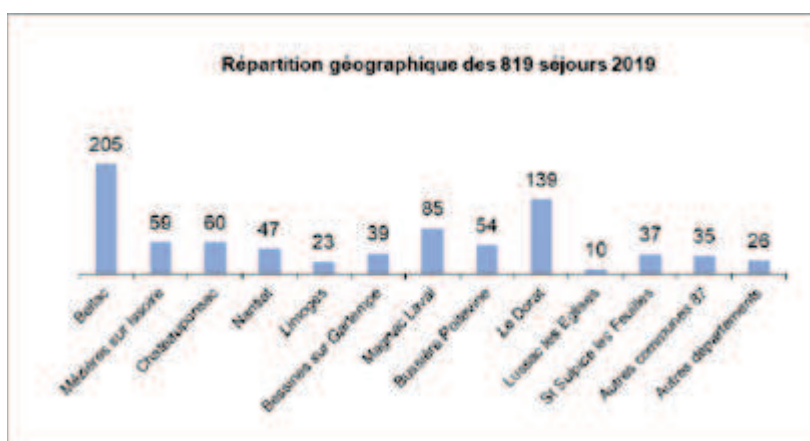
Concernant la diversité de l'activité, en 2019, *les affections du système nerveux, de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire, les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettiques ainsi que les facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé* représentent les 53,2% des séjours.

Les « facteurs influant l'état de santé » représentent le premier motif d'hospitalisation ainsi que les transfusions, recours CMD 23 (affections psychiatriques de longue durée) et anomalies de la démarche neurologique, ce qui interroge sur le contenu des hospitalisations et au regard de la durée moyenne de séjour. L'activité en HDJ interroge également : 79% de l'activité concerne des séances (saignées et transfusions).

Enfin, notons que les taux de sévérité sont importants et démontrent la lourdeur des prises en charge.

L'activité est plus dynamique sur le secteur de Bellac.

Le CPOM sanitaire 2018 – 2023 prévoit la fermeture de 11 lits de médecine (à rapprocher de l'analyse de l'IPDMS ci-dessus).



Le fonctionnement de la médecine :

L'activité est répartie sur 2 sites : Bellac et Le Dorat (à 10 minutes de distance). Les modes de fonctionnement peuvent être différents (« médecins dépendants »).

Sur cette activité, les médecins sont rémunérés à l'acte. Fréquemment, les patients sont suivis par leurs médecins de ville.

L'Hôpital n'est pas toujours vécu comme une « ressource populationnelle ».

Le plateau technique « Imagerie » se situe sur Bellac. Il y a parfois des difficultés d'accès aux actes spécialisés : le service radiologie de Bellac mériterait d'être valorisé et d'être équipé d'un scanner. Un dossier a été déposé en 2022. L'autorisation a été donnée à IMRO en mars 2023, l'implantation doit être effective avant mars 2026.

La permanence des soins pourrait être optimisée : la présence médicale dans le service pourrait s'étaler dans la matinée voire même dans la journée. Les IDE appellent les médecins à leurs cabinets en cas de problèmes ou de questionnements.

Les staffs ne se font pas de façon systématique et programmée.

La durée moyenne de séjour est longue : pas de passage en SSR ou à trop long terme. Dans certains cas, la pertinence de l'hospitalisation peut interroger.

On constate une absence d'évaluation gériatrique standardisée.

L'Hôpital de jour est à optimiser :

- Il n'est ouvert que le vendredi pour les transfusions et saignées.
- Il pourrait être le lieu d'évaluations gériatriques standardisées.

L'Hôpital de jour devrait être une ressource au service de la population pour diminuer la durée moyenne de séjour et envisager le travail avec les SSIAD et autres partenaires du domicile.

D'un point de vue architectural, les locaux des services de médecine de Bellac ne sont pas adaptés à la pratique de la médecine : absence de bureau médical, absence de salle pluridisciplinaire pour les staffs.

Synthèse de l'activité et du fonctionnement en SSR :

L'activité :

L'activité est en légère augmentation en nombre de journées par rapport à 2018. Les DMS sont dans la moyenne nationale voire plus faibles.

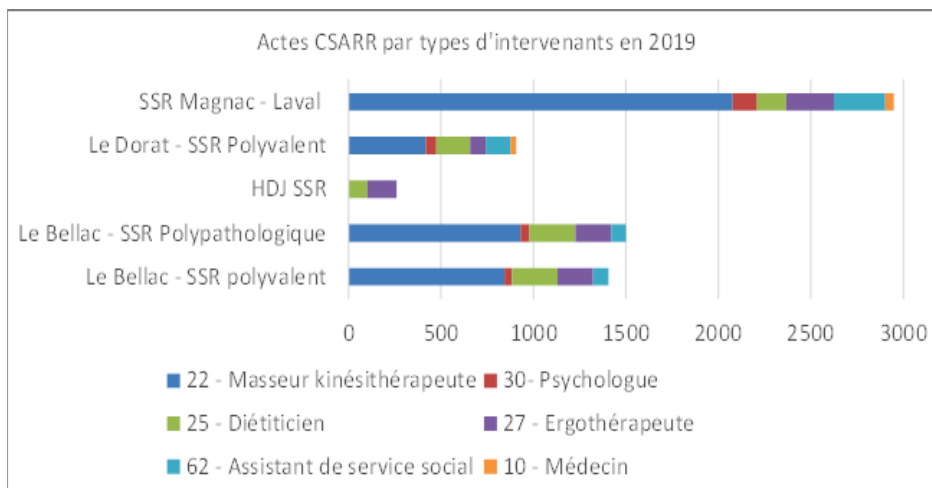
La patientèle est très âgée (66,8% des patients ont plus de 80 ans contre 40% pour la moyenne française), locale, lourdement handicapée et présente de plus en plus de diagnostics de précarité (même constat qu'en médecine).

L'analyse de l'activité montre des journées importantes en affections et traumatismes du système ostéoarticulaire et en affections du système nerveux sur tous les sites. Les principales prises en charge étant les fractures du fémur, les troubles dépressifs et anxieux, la maladie Alzheimer et les infections broncho-pulmonaires.

Sur Bellac, on note une activité significative pour les affections de l'appareil respiratoire, au Dorat et à Magnac pour les affections des organes digestifs.

Toutefois, on observe que l'activité est peu centrée sur les métiers de la rééducation : le temps de rééducation est concentré sur un temps kinés. Les autres métiers de la rééducation sont peu utilisés.

Le nombre d'actes CSARR/ patient /jour est également peu élevé mais cela peut s'expliquer par l'âge très élevé des patients pris en charge.



Enfin, en HDJ, on note une augmentation du nombre de journées (147) en 2019 par rapport à 2018 (105), ce qui représente 16 patients (vs. 13 en 2018).

Le fonctionnement du SSR :

La pratique du SSR n'est pas centrée sur une équipe de rééducation : peu de professionnels de rééducation sont présents par site et la plateforme de réadaptation est sous utilisée.

Le taux d'occupation pourrait être plus élevé dans la mesure où les DMS en médecine sont longues.

Les médecins sont salariés sur cette activité ce qui est moins attractif pour eux par rapport à la médecine, et ce qui n'encourage pas la fluidité du parcours patient.

Les motifs d'admission peuvent parfois interroger : beaucoup d'hospitalisations sont d'origine sociale.

Comme pour l'activité de médecine, l'HDJ n'est pas suffisamment active.

L'éparpillement du SSR sur les 3 sites jusqu'en août 2022 puis sur 2 sites (Bellac et Le Dorat) ne permet pas un fonctionnement et une organisation efficaces du fait de :

- La raréfaction des métiers de la rééducation (2 ETP kiné pour l'ensemble des activités de l'HIHL)
- L'impossibilité de maintenir un plateau technique de rééducation sur chacun des sites :
 - 3 salles de rééducation « standard » plutôt utilisées en salle de stockage
 - Notion de programmes à mettre en place pour les personnes âgées notamment (programme marche, suite de chute avec des professionnels de la rééducation) qui mériteraient un regroupement de l'activité pour une activité de rééducation renforcée

Synthèse de l'activité en USLD et en EHPAD :

L'activité :

Le nombre de journées d'EHPAD est stable jusqu'en 2018 puis on note une diminution de l'activité entre 2018 et 2019, du fait de :

- Une baisse de l'attractivité de l'offre, avec une concurrence accrue de l'offre de proximité notamment à Bessines sur Gartempe, après la restructuration de cet EHPAD

- Une majorité de résidents venant de Limoges, acceptant temporairement une place mais dans l'attente de se rapprocher de l'agglomération

Les taux d'occupation sont satisfaisants en 2019 (entre 91 et 96% en 2019) mais en diminution sur tous les sites. Par ailleurs, notons que pendant la crise sanitaire de COVID-19, les taux d'occupation se sont effondrés. Le taux d'occupation retrouve un niveau normal en 2022 : 94,15% sur la totalité des activités EHPAD et 93,11% en Hébergement Permanent.

Notons également que le taux d'occupation à Magnac-Laval a tendance à être plus faible que sur les autres sites : la qualité de l'offre y est globalement inférieure (chambres à 2 lits, locaux vétustes, absence de douche dans les chambres).

Le CPOM 2017 – 2021 concernant l'EHPAD prévoyait une fermeture de 15 lits d'Hébergement Permanent et la création de 3 lits d'Hébergement Temporaires. Cette disposition a été réalisée en septembre 2021.

En USLD, l'activité est en baisse en 2019 (92,8% contre 94,39% en 2018).

Les attendus sont :

- Moderniser l'offre d'hébergement
- Créer des unités de vie protégées pour répondre aux besoins des résidents déambulants et atteints de trouble de comportement
- Maintenir une activité aux alentours de 95% de taux d'occupation.

Le fonctionnement de l'EHPAD et de l'USLD :

Pour l'EHPAD, ce sont les médecins référents de l'hôpital qui suivent les résidents : non-respect du libre choix.

Le temps animation est limité sur chaque site : 1 animateur par site et des référents soignants animateurs dans les unités (Moyenne observée ailleurs : 1 animateur pour 80 résidents max).

La Gestion des admissions : les admissions se font seulement sur l'avis du médecin coordonnateur et la décision revient au médecin référent : cette pratique ne remplit pas les conditions prévues par décret.

La concurrence est importante dans le domaine de l'hébergement : des EHPAD proches du territoire de l'HIHL ont été ou vont être rénovés prochainement. Un nombre significatif de résidents est en attente de placement vers Limoges.

L'unité pour personnes psychotiques vieillissantes fonctionne bien : elle répond aux besoins d'une certaine catégorie d'usagers.

Chaque site dispose d'un PASA labellisé : cette activité est dynamique et permet une prise en charge adaptée pour les résidents qui sont éligibles.

Un travail entre secteur intra EHPAD est à renforcer sur le même site (ex. des UVP).

Il y a peu de places d'hébergement temporaire pour le nombre de lits : on constate une absence de réflexion sur l'hébergement temporaire dans sa globalité.

Il y a peu de places en accueil de jour en interne.

L'offre en unité de vie protégée est à développer.

Les projets personnalisés de soins sont en cours de formalisation sur chaque site.

Une présence de consultations psycho gériatriques via télémedecine avec le CHU est active.

La vétusté des locaux des sites de Bellac et de Magnac-Laval ne permet pas de répondre aux exigences hôtelières attendues par la population (chambres doubles et pas de douches) : une restructuration s'impose sur ces sites.

Pour l'USLD, l'unité située sur le site de Bellac est à restructurer car elle est isolée des autres services et très vétuste : la vétusté touche aussi bien l'EHPAD que l'USLD.

Il n'y a pas de différence majeure sur l'accompagnement entre l'EHPAD et l'USLD : néanmoins la lourdeur des soins (pansements, sondes, ...) est beaucoup plus importante dans les unités d'USLD.

Une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) permet de répondre aux besoins de personnes dont l'état cognitif nécessite pendant un temps, une prise en charge spécifique. Cette UHR est la seule sur le nord du département de la Haute-Vienne : elle est très demandée.

Synthèse de l'activité du SSIAD et Portage de Repas :

L'activité :

Le SSIAD est caractérisé par une forte augmentation du nombre de journées et du taux d'occupation depuis 2016. Le taux d'occupation est maximal (100,14%) en 2019.

Le dynamisme de l'activité du SSIAD est analysé par une forte demande en soins à domicile sur le territoire. Néanmoins, on note que son organisation pourrait être optimisée et plus en lien avec les autres activités de l'HIHL dont il dépend.

On note également une diminution de l'activité de portage à domicile, malgré la satisfaction des usagers. Cette diminution peut être liée à une augmentation de la concurrence sur le territoire et la demande d'arrêt de la prestation de la part d'une population âgée suite à une hospitalisation ou à l'entrée en EHPAD.

Le fonctionnement :

Il y a peu de liens entre le SSIAD et les acteurs internes (médecins et soignants) de l'HIHL.

On constate une absence de fiche de liaison qui permettrait de récupérer les plans de soins de la personne prise en charge par le SSIAD lorsqu'elle est hospitalisée et inversement : des interfaces entre OSIRIS et DICSIT (logiciel du SSIAD) sont impossibles.

Il n'existe pas de réunions de concertation clinique avec les hôpitaux ou avec les référents autonomie, ni de synthèse gériatrique sur laquelle se baser.

Des liens sont à renforcer avec l'HAD de Limoges en particulier.

Le territoire se caractérise par une offre complète qui permettrait des actions favorisant le maintien à domicile et donc des solutions alternatives. Pourtant la filière paraît peu fluide alors que l'offre est tenue par un même opérateur.

1.3. Le diagnostic immobilier

Les 3 sites sont très inégaux d'un point de vue architectural et qualité du bâti.

Le site du Dorat :

C'est le site le plus récemment restructuré. L'activité sanitaire (médecine/SSR), l'USLD comprenant une UHR et une unité EHPAD ont intégré un bâtiment neuf en 2011.

Un bâtiment accueillant une activité d'EHPAD a été construit en 1992 : il est composé uniquement de chambres seules de 20 m² avec douche. Même si ce bâtiment nécessite une modernisation, il est complètement adapté à une prise en charge EHPAD et répond aux exigences actuelles des usagers.

Le site du Dorat ne présente pas de potentiel foncier : néanmoins, il est le site le plus adapté aux différents types de prises en charge (médecine, SSR, USLD et EHPAD).

Il est préconisé pour ce site, de le maintenir en l'état avec sa capacité totale actuelle avec possibilité de suppléer une activité sanitaire par une autre ou par de l'EHPAD.

Le site de Magnac-Laval :

Comme pour Bellac, Magnac-Laval se caractérise par une vétusté importante en EHPAD avec peu de chambres à 1 lit et peu de chambres équipées de salle de douche. Par ailleurs, les espaces professionnels sont souvent exigus et mal adaptés.

Sur ce site, il est nécessaire d'humaniser l'existant et à terme, de déconstruire l'arceau du Petit Bois et son prolongement.

Compte tenu du potentiel foncier (vastes terrains autour des bâtiments), il est envisageable de créer une nouvelle structure pour dédoubler les chambres et moderniser l'existant.

Le site de Bellac :

Il est également nécessaire pour le site de Bellac d'humaniser l'existant : existence de chambres doubles et absence de douches dans celles-ci, locaux exigus. A noter que l'USLD est très vétuste et isolée du reste des services.

Le bâtiment de l'unité EHPAD le Jardin Fleuri est difficile à restructurer. L'idéal serait de créer une nouvelle structure pour dédoubler les chambres et moderniser l'existant. L'idée serait de créer un 3ème plot ou un bâtiment pont qui enjambe l'accès logistique à la place de la passerelle actuelle.

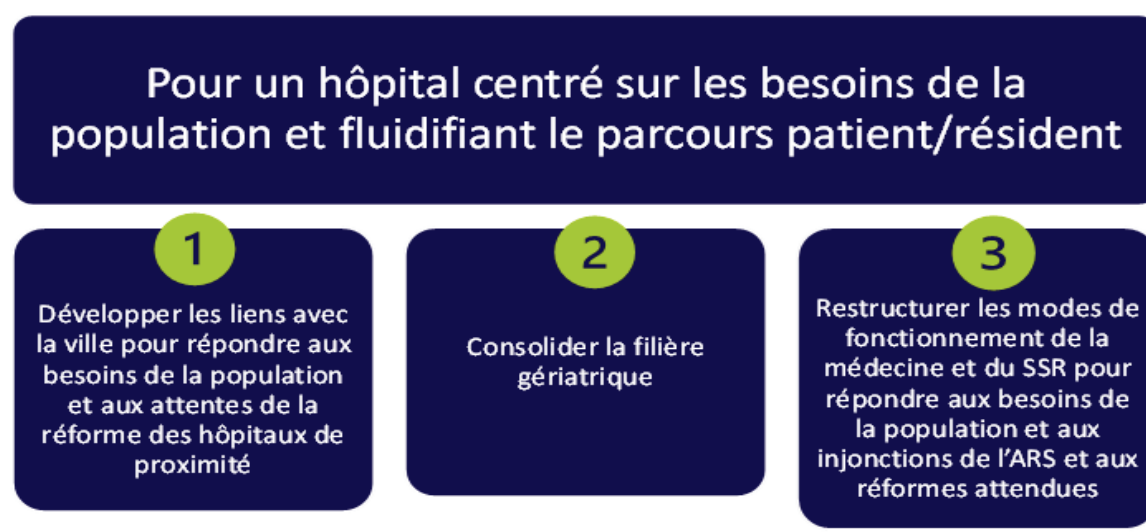
2. Les axes de restructuration et de développement de l'offre de soins de l'HIHL

Le diagnostic ci-dessus montre la nécessité pour l'HIHL de restructurer son offre pour répondre aux besoins de la population, aux attentes des professionnels de santé du territoire et aux évolutions nationales sur la nouvelle labélisation des « hôpitaux de proximité ».

Les opportunités en faveur d'une meilleure réponse aux besoins de la population :

- Un fonctionnement ville hôpital déjà effectif : les MSP et cabinets de médecine libérale sont dans ou à proximité des établissements de l'HIHL
- Des internes ou médecins étrangers à former et fidéliser pour pérenniser leur présence dans la structure
 - Une offre globale pour le parcours du sujet âgé mais à fluidifier et à organiser (aujourd'hui pas de lien et certains dispositifs peu utilisés)
 - L'arrivée d'un scanner à Bellac
 - Une filière soins palliatifs à conforter et à valoriser
 - Des actions avec la ville à développer (IPA)
 - La qualité du bâti sur le Dorat +++
 - Des consultations avancées en nombre sur le territoire.

Ainsi, **trois axes stratégiques principaux** ont été identifiés comme prioritaires. Ils constituent la ligne directrice du nouveau projet médico-soignant.



2.1. Axe 1 : Développer les liens avec la ville pour répondre aux besoins de la population et aux nouvelles missions des hôpitaux de proximité

Cet objectif prévoit ainsi de réfléchir sur :

- La création d'une équipe mobile de repérage de la fragilité qui permettrait l'évaluation des personnes à risque à domicile par une IDE et une réunion de concertation avec une équipe pluridisciplinaire (médecin, assistante sociale, ergothérapeute, IDE) et l'orientation vers l'HDJ si besoin pour une évaluation gériatrique
- La question se pose également de créer un centre de consultations non programmées à Bellac qui pourrait répondre à termes aux besoins de la population de proximité et au désengorgement des services d'urgences générales.
- Le renforcement des activités de dépistages de maladies chroniques sur le territoire en lien avec les CPTS
- Le renforcement des activités de prévention et d'éducation à la santé et l'organisation par exemple de journées thématiques de sensibilisation

- L'utilisation des espaces disponibles pour faire entrer des commerces/associations dans les lieux de vie (ex : tiers lieu sur le site de Magnac-Laval)
- Le renforcement des liens avec les acteurs locaux (Liens avec les mairies, associations locales, CCAS, SAAD, club du 3^{ème} âge)

2.2. Axe 2 : consolider la filière gériatrique

Une offre variée est proposée sur le territoire en termes de modalités de prise en charge. Toutefois, les liens et la coordination entre ces différents dispositifs sanitaires et médico-sociaux sont à renforcer pour un parcours patients/résidents fluide.

Cet objectif requiert en amont la mise en œuvre d'un prérequis : l'humanisation des services en lançant des travaux pour dédoubler les chambres et installer des douches dans chacune d'elles. Cette opération à mener dans un temps proche doit intégrer l'insertion de la ville au sein de l'hôpital : l'installation de commerces de proximité, d'associations sportives ou autres, l'ouverture du parc à la cité.

La consolidation de la filière gériatrique passerait également par :

- L'augmentation de l'hébergement temporaire pour de l'évaluation et du répit
- La création d'hébergement temporaire social d'urgence : pour ce faire, il convient d'étudier la possibilité d'obtenir une convention avec l'ARS et le Conseil Départemental
- L'installation d'unités de vie protégée sur chaque site, équipées d'une salle de détente pour des activités individuelles (type relaxation, Snoezelen)
- La création d'une plateforme d'accompagnement de répit
- La création d'un accueil de jour itinérant dans les lieux plus isolés
- L'amélioration du lien Hébergement temporaire/accueil de jour/HDJ de médecine pour les bilans autonomie en proposant une offre : « rassurer et évaluer »
- Le renforcement du lien entre le SAAD avec le SSIAD et la création d'un SAD

2.3. Axe 3 : Restructurer les modes de fonctionnement de la médecine et du SSR pour répondre aux besoins de la population et aux injonctions de l'ARS et aux réformes attendues

Cet objectif passe tout d'abord par la reconfiguration de l'offre en médecine sur 2 voire **sur 1** site. Cette restructuration permettrait ainsi de rebâtir les services de médecine adaptés aux besoins de la population et des professionnels avec un hôpital de jour renforcé proposant des évaluations gériatriques standardisées, des bureaux et salles pour les staffs ainsi que des espaces pour les familles.

Par ailleurs, il s'agit de regrouper également l'offre de SSR sur 2 voire sur un site unique avec un plateau technique de rééducation pluridisciplinaire, une équipe et un fonctionnement dédié (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, professeur d'activités physiques adaptées, psychologue,), un hôpital de jour renforcé, des programmes de prise en charge de l'appareil locomoteur et des projets d'accompagnement personnalisés qui optimiseront les ressources.

Enfin cet objectif intègre également la nécessité d'optimiser les ressources médicales et paramédicales en les regroupant. Cela sous-entend de repenser en amont le fonctionnement médical et la permanence des soins.

2.3.1. Le capacitaire projeté au regard des objectifs attendus

L'offre future de l'HIHL proposée serait composée de :

- Une reconfiguration en médecine en deux temps
 - A court terme : une suppression des 11 lits de médecine de Magnac-Laval et un maintien des capacités sur les autres sites
 - A long terme : une sur l'opportunité d'une centralisation des lits de médecine restants sur le site de Bellac (proche du plateau médico-technique et des consultations avancées)
- Une reconfiguration en SSR :
 - A court terme : recentrer les lits de SSR sur les sites de Bellac et du Dorat (15 lits sur le Dorat comme actuellement) et 45 lits sur le site de Bellac avec montée progressive (de 20 à 45 lits).
- La création d'un centre de consultations non programmées sur Bellac et d'une équipe mobile de repérage de la fragilité
- Un transfert de l'USLD de Bellac sur le service actuel d'EHPAD des 3 Chênes 1
- Une amélioration de la modularité de l'offre en secteur médico-social :
 - 1 accueil de jour sur chaque site
 - 5 places d'hébergement temporaire au total sur Magnac Laval et le Dorat.

La répartition des activités par site n'est pas figée. Une adaptation des organisations est nécessaire pour répondre au contexte de l'évolution de l'attractivité de certaines professions du soin.

2.3.2. Le dimensionnement cible de l'équipe médicale et paramédicale au regard de la réforme des SSR

Les nouveaux décrets du SSR « Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 » relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation rendent obligatoire des professionnels de la rééducation en fonction des mentions qui ne l'étaient pas auparavant.

Pour le SSR polyvalent, qui devient une mention spécialisée comme les autres, il est indiqué :

- « Art. D. 6124-177-7. L'équipe pluridisciplinaire comprend, outre les équipes prévues à l'article D. 6124-177-3, **un ou plusieurs masseurs-kinésithérapeutes.**
- « Art. D. 6124-177-8. Le médecin coordonnateur justifie d'une **formation ou expérience attestées en réadaptation.**
- « Art. D. 6124-177-9.-Le titulaire de l'autorisation propose à chaque patient, selon son état clinique, **une prise en charge dans au moins deux des pratiques thérapeutiques suivantes : Masso-kinésithérapie, ergothérapie, diététique, orthophonie, prise en charge psychologique, activité physique adaptée.**

- « Art. D. 6124-177-10. L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, **chaque jour ouvré dans le cadre d'une hospitalisation complète ou à chaque venue dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel, au moins une séquence de traitement individuelle ou collective.**

Ainsi, la présence sur place d'un kiné devient obligatoire, celle d'un psychologue, d'un orthophoniste et d'un enseignant APA est fortement recommandée.

Au-delà de l'équipe de rééducation dédiée à l'unité de SSR, il est également nécessaire de prévoir les temps suivants pour une intervention **en EHPAD, en USLD** et en Médecine sur chaque site :

- Psychologue : présence assurée sur chaque site
- Un temps APA dans chaque EHPAD
- Un pôle d'assistantes sociales : 1 à Bellac et 1 à Le Dorat et 1 polyvalente à terme
- Un pôle diététique déjà existant (situé sur le Dorat actuellement mais souhait de les localiser sur Magnac) vers le pôle logistique.

2.3.3. L'incontournable évolution bâimentaire

Seul, le site du Dorat dispose de bâtiments répondant aux exigences des prises en charge dispensées par l'HIHL : médecine, SSR, USLD et EHPAD.

Un des deux bâtiments est récent (mis en service en 2011). L'autre bâtiment accueillant une activité EHPAD date du début des années 1990 : il est composé uniquement de chambres à 1 lit avec douche et sanitaire. Des travaux de mise en sécurité sont en cours et aboutiront à un agrandissement de la salle à manger.

Le site de Bellac dispose de bâtiments hétéroclites :

- L'EHPAD « Les 3 Chênes » dispose uniquement de chambres à 1 lit mais sans douche dans les chambres. Un projet d'installation de douches dans 81 chambres est en cours. Des travaux de mise en sécurité sont également en cours.
- L'EHPAD « Le Jardin Fleuri » a été en partie rénové en 2016 : agrandissement des salles à manger, changement des sols, peintures, restructuration des locaux de soins et de déchets. Il comprend 59 lits. Certaines chambres sont à 2 lits (10 chambres). Certaines chambres sont sans douche. Néanmoins, il n'est pas prévu de restructurer cette unité. A terme, une partie des lits de ce service pourra être intégrée dans le projet de reconstruction de l'EHPAD de Magnac-Laval : l'HIHL disposera alors d'une offre EHPAD constituée uniquement de chambres à 1 lit.
- Le bâtiment hébergeant les activités de médecine, SSR et USLD est vétuste et non adapté aux activités concernées : locaux exigus, nombreuses chambres à 2 lits, pas de douche dans les chambres, pas de salle à manger pour les patients en SSR, pas d'espace pour les familles, peu de bureaux médicaux. Bref, une restructuration s'impose. Une étude de faisabilité a été initiée par le bureau d'études AREP : à terme, ce bâtiment accueillera uniquement des activités de médecine et de SSR. Par ailleurs, un agrandissement du bâtiment de radiologie est prévu : cette activité est confiée à des radiologues privés mais est propriété de l'HIHL.

Le site de Magnac-Laval est le plus vétuste des 3 sites :

- Un bâtiment appelé « Bâtiment A » et accueillant actuellement l'activité sanitaire au rez-de-chaussée et l'EHPAD « Les Fleurs » au 1^{er} et au 2^{ème} étage n'est pas

adapté aux diverses prises en charge : beaucoup de chambres doubles, pas de douche dans les chambres, locaux professionnels exigus. Ce bâtiment fera l'objet d'une restructuration afin d'accueillir à terme uniquement de l'EHPAD.

- L'EHPAD « Le Petit Bois » est en grande partie vétuste : chambres à 2 lits, chambres sans douche, locaux professionnels exigus, salles à manger trop petites. Ces locaux ne peuvent pas être restructurés. Ce service devra être reconstruit en grande partie. Une réflexion devra être menée sur l'UVP actuelle de 28 lits, car la prise en charge peut être difficile au vu du nombre de résidents. Les bâtiments actuels ne disposant que d'un rez-de-chaussée seront détruits.
- L'EHPAD « Le Printemps » dispose de 84 lits : 43 lits seront à intégrer dans la construction neuve

Ainsi, le schéma directeur immobilier de l'HIHL consisterait :

- A restructurer le bâtiment principal du site de Bellac pour accueillir uniquement des activités de médecine et de SSR.
- A restructurer le bâtiment A du site de Magnac-Laval et construire un bâtiment neuf pour accueillir uniquement de l'activité EHPAD

3. Optimiser la prise en charge des usagers

3.1. Soutenir la pratique soignante

Outre les grandes réformes et projets architecturaux de l'HIHL, il ne faut pas perdre de vue la qualité de la prise en charge des usagers aussi bien dans le secteur médico-social que dans le secteur sanitaire.

Ainsi, l'HIHL s'engage à individualiser les prises en charge pour promouvoir la bientraitance et la prise en charge de la douleur, prévenir les risques d'escarres, de chute et suicidaire et maîtriser le risque infectieux. Une politique de nutrition de la personne âgée devra être formalisée.

De nouvelles méthodologies de travail devront être développées telles que l'éducation thérapeutique du patient, l'utilisation de médecines douces ou l'ingénierie des organisations de travail.

Du côté médico-social, l'animation devra faire partie intégrante de tous les actes de vie des soignants au profit des résidents et ne plus être réduite à des activités collectives (jeux, sorties, spectacles).

La tenue du dossier patient devra rester la source de garantie de ces objectifs.

3.2. Développer les soins palliatifs

L'HIHL a la chance de disposer d'un partenariat étroit avec une équipe mobile de soins palliatifs dépendante du service de soins palliatifs du CHRU de Limoges.

Cette proximité est d'ailleurs effective par la mise à disposition de personnels de l'HIHL à cette équipe mobile.

Intervenant aussi bien au sein de l'établissement que sur le territoire du Haut Limousin, on se doit de développer encore les actions mises en place : soutien aux équipes soignantes, dispensation de formations, participations aux réunions pluridisciplinaires...

3.3. Sécuriser et optimiser le circuit du médicament

La sécurisation du circuit du médicament s'inscrit dans la démarche d'amélioration continue des soins voulue par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle peut se heurter à des contraintes parfois fortes : freins structurels, complexités opérationnelles et risques d'erreurs graves.

La nécessité de structurer et de sécuriser le circuit du médicament est donc réel et encore plus prégnante sur l'HIHL qui est découpé en trois sites géographiques avec une PUI installée sur un seul.

Dans ce cadre, outre le travail réalisé en partenariat avec le service de la pharmacie sur les procédures et le circuit du médicament, l'HIHL a pour objectif d'étudier la possibilité d'une robotisation dans la préparation des piluliers.

Le projet médico-soignant se décline en 6 fiches projets :

- Réseau ville hôpital,
- Consolidation de la filière gériatrique,
- Restructuration de l'organisation des soins,
- Prise en charge globale et individualisée,
- Promotion des soins palliatifs,
- Prise en charge médicamenteuse.



RESTRUCTURER LES MODES DE FONCTIONNEMENT DES ACTIVITES DE MEDECINE / SSR POUR ETRE ACTEUR DU RESEAU VILLE HOPITAL

La crise récente a mis en avant l'importance de la proximité dans l'organisation du service de santé. Les établissements de santé ainsi que tous les partenaires du parcours de soins d'un patient doivent réinventer un système de communication pour améliorer la prise en charge.

Le développement des réseaux remet fortement en cause l'organisation de l'hôpital. Coopération inter-établissements, collaboration avec les médecins de ville et les intervenants médico-sociaux, derrière le terme de « réseau », c'est souvent la recomposition de l'offre de soins qui est en marche.

Afin d'atteindre cet objectif, l'HIHL souhaite restructurer les modes du fonctionnement de la médecine et SSR pour pouvoir optimiser le parcours de soins. Pour cela, le repérage de la fragilité sur le territoire en collaboration avec les CPTS devra être développé grâce à des actions de santé publique : dépistage, éducation thérapeutique du patient, développement de la télémédecine. La création d'un accueil d'urgences non programmées sur le territoire du Haut Limousin semble également être un élément porteur de sens en milieu rural

OBJECTIFS

Optimiser les activités par site géographique¹

Optimiser le parcours de soins sur le territoire²

Créer un accueil d'urgence non programmé (sanitaire)³

Renforcer les liens avec les partenaires du territoire⁴

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Bilan des transferts d'activités pour répondre aux fortes recommandations de l'ARS
- ✓ Bilan d'activité de l'IPA
 - Suivi de l'origine des patients en cas d'hospitalisation
 - Développement de la télémédecine/téléconsultation/téléexpertise
- ✓ Avancement du projet « Création d'un accueil d'urgences non programmées »
- ✓ Bilan des actions menées avec les partenaires du territoire



Parmi les questions fondamentales auxquelles les pouvoirs publics doivent essayer de répondre, la prise en charge de la dépendance figure au cœur des préoccupations. Réforme structurelle reportée, ressources financières difficiles à trouver, incitent les établissements à réinventer les modes d'accueil possibles pour répondre à des besoins de territoire.

L'HIHL, porteur d'un grand nombre de lits et places en EHPAD en haute Vienne, est un acteur majeur de la filière gériatrique du Haut Limousin.

Disposant de bâtiments qui peuvent ne plus être adaptés aux attentes d'aujourd'hui, l'hôpital envisage la restructuration des bâtiments au regard des activités futures souhaitées : unité de vie protégée, accueil de jour, liens hôpital de jour / Accueil temporaire et hébergement temporaire.

Devant les situations d'urgence, l'établissement doit également être en mesure de répondre à un besoin d'hébergement temporaire d'urgence.

OBJECTIFS

Humaniser les services¹

Développer les modes d'accueils temporaires ou sécurisés²

Mettre en œuvre la réforme des SSIAD³

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Suivi du nombre de projets de services réalisés
- ✓ Evolution du nombre de PAP enregistrés par service
- ✓ Suivi du nombre de départs des EHPAD par motifs
- ✓ Bilan de l'avancement du projet de reconstruction de l'EHPAD de Magnac-Laval
- ✓ Bilan des travaux en EHPAD
- ✓ Bilan des activités d'hébergements permanents et temporaires (en structures ouvertes ou sécurisés) par autorisation et par site
- ✓ Bilan de l'impact de la réforme des SSIAD

RESTRUCTURATION DE L'ORGANISATION DES SOINS

FICHE PROJET 6-2024-2028



METTRE EN ŒUVRE LE SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER POUR ADAPTER L'OFFRE DE SOINS

Le 11 janvier 2022, deux décrets* portant réforme des autorisations du secteur Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) sont venus entériner l'appellation de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR).

Les dits décrets fixent les conditions d'implantation, ainsi que les conditions techniques de fonctionnement, applicables aux activités de soins médicaux et de réadaptation. Ils prévoient notamment les conditions de l'autorisation de l'activité et de

son renouvellement. Par rapport au texte actuel, ces décrets proposent la création de nouvelles mentions et précisent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des mentions précédemment existantes.

Ces nouvelles conditions imposent à l'HIHL une évolution bâtiminaire.

**Décrets n° 2022-24 et 2022-25 du 11 janvier 2022 relatifs aux conditions d'implantation et de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation (JO 13/01/2022)*

OBJECTIFS

Faire évoluer l'espace bâtiminaire¹

Redimensionner les équipes au regard de la réforme des SSR²

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Evolution du nombre de lits par activités et par site géographique
- ✓ Evolution des taux d'occupation par activités et par site géographique
- ✓ Bilan des travaux en secteur sanitaire
- ✓ Suivi de l'impact de la réforme des SSR

PRISE EN CHARGE GLOBALE ET INDIVIDUALISEE

FICHE PROJET 7-2024-2028



SOUTENIR LA PRATIQUE SOIGNANTE

La prise en compte des attentes de la personne dans la démarche de projet personnalisé se réfère directement à la recommandation-cadre de l'ANESM sur la Bientraitance et s'inscrit dans le droit fil des principes de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette recommandation de bonnes pratiques professionnelles vise à favoriser l'expression et la participation de l'utilisateur dans la conception et la mise en œuvre du projet qui le concerne.

Elle a vocation à éclairer la pratique quotidienne des professionnels et à servir de point d'appui pour le dialogue et les échanges avec les usagers.

Elle vise également à interroger l'organisation et le fonctionnement des établissements et services pour favoriser cette dimension de la personnalisation de l'accompagnement.

Cette recommandation concerne l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux (CASF, art. L.312-1 et L.313-1-1). Elle nécessite d'être adaptée par chaque équipe professionnelle à la spécificité des situations des personnes accompagnées et aux missions des établissements/services. Elle s'adresse d'abord à l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès des personnes accueillies et accompagnées.

OBJECTIFS

Individualiser la prise en charge

Veiller au respect des politiques existantes

Développer de nouvelles approches du soin

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Evolution des IQSS
- ✓ Suivi des FEI liés à la PEC, évolution du nombre de REX
- ✓ Nombre bilans de chutes
- ✓ Suivi des plaintes et réclamations liées à la prise en charge soignante
- ✓ Suivi des indicateurs nationaux d'hygiène hospitalière : ICSHA, ICALIN, ...
- ✓ Bilan des activités de médecines douces
- ✓ Evolution des organisations de travail

PROMOTION DES SOINS PALLIATIFS

FICHE PROJET 8-2024-2028



MAINTENIR UN DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS

L'objectif d'une équipe mobile en soins palliatifs est de faciliter la mise en place d'un protocole de soins palliatifs et d'accompagner les équipes soignantes des services d'hospitalisation. Cet accompagnement vaut aussi bien pour les établissements qui disposent de lits identifiés de soins palliatifs ou non.

L'HIHL a développé depuis plusieurs années un partenariat avec le service des soins palliatifs du CHRU de

Limoges sur le territoire du Haut Limousin via une équipe mobile basée sur le site de Le Dorat. Ce partenariat doit être pérennisé et développé afin d'optimiser la démarche palliative par un accompagnement des usagers et des professionnels de santé.

OBJECTIFS

Pérenniser les actions en cours

Développer les actions de formation à destination des professionnels de santé

Promouvoir l'information du grand public

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Evolution de l'activité de l'EMSP
- ✓ Nombre d'agents formés sur la thématique des soins palliatifs
- ✓ Bilan des actions de santé publique relatives à l'information sur les prises en charge palliatives

PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

FICHE PROJET 9-2024-2028



SECURISER ET OPTIMISER LE CIRCUIT DU MEDICAMENT

L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse est prônée par la Haute Autorité en Santé (HAS).

L'HIHL mène une politique de sécurisation et d'optimisation du circuit du médicament. Cette politique et ses déclinaisons pragmatiques sont évaluées régulièrement (évaluation qualité, certification HAS, évaluations externes des services médico-sociaux).

Les phases de prescription, dispensation et d'administration sont parmi les 10 critères faisant l'objet du plus grand nombre de décisions.

Par ailleurs, dans le cadre de la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), les établissements doivent mettre en œuvre et renforcer les démarches d'amélioration de la sécurité des soins au patient et / ou résident en gérant les risques liés à leurs activités et en mettant en œuvre des actions.

OBJECTIFS

Améliorer la sécurisation du circuit du médicament

Etudier la possibilité d'une robotisation dans la préparation des piluliers

Pour suivre l'avancée de ce projet

- ✓ Nombre de FEI en lien avec les erreurs médicamenteuses
- ✓ Rédaction et mise en place du projet sur la sécurisation et l'optimisation du circuit du médicament

LE PROJET QUALITE GESTION DES RISQUES

Afin de répondre aux besoins et attentes des usagers, du personnel et des partenaires extérieurs, l'HIHL s'engage à mettre en place, dans le cadre de ses projets institutionnels, une démarche qualité et gestion des risques pérenne et structurée. Cette démarche s'attache à promouvoir une dynamique d'amélioration permanente et à optimiser les ressources. Elle porte sur l'ensemble des services de l'établissement qu'ils soient médicaux, techniques, logistiques ou administratifs.

Le volet qualité gestion des risques s'articule autour de 4 axes :

- Promouvoir une culture qualité et sécurité fondée sur une gouvernance et un management consolidé,
- Maîtriser les risques pour renforcer une culture des risques,
- Pérenniser la dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles pour en améliorer l'efficacité et l'efficience,
- Assurer la coordination et le suivi des démarches de certification sanitaire et médico-sociale.

Ces axes sont retranscrits au travers de deux fiches projet : renforcer une culture des risques et ancrer la démarche QVR dans les pratiques professionnelles.

Le GHT Limousin est composé de 18 établissements dont le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges qui est l'établissement « support » (pilote) ; HIHL, est établissement partie. Le GHT a construit une politique qualité commune à tous les établissements du GHT Limousin. Le pilotage de celle-ci se structure autour d'une **instance territoriale opérationnelle**, la Commission Qualité GHT et de son **organe décisionnel**, le Comité de pilotage (COPIL GHT).

La cohérence et la mise en œuvre de cette démarche s'appuient sur le travail de groupes de professionnels pluridisciplinaires évoluant avec des fiches actions.

La démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est portée par la CME avec l'appui des instances spécialisées. La politique de gestion des risques associés aux soins est développée au travers du chapitre « Projet de soins ».

La politique Qualité et Gestion des Risques de l'HIHL repose sur l'engagement de la Direction et sur les valeurs partagées par l'ensemble des professionnels. Pour lui donner une légitimité importante, elle s'appuie sur des structures spécifiques, dont les missions et le fonctionnement sont définis dans le manuel qualité gestion des risques de l'établissement.

Le projet qualité et gestion des risques se décline en 2 fiches projets :

- Qualité / vigilances / risques, ancrer la démarche QVR dans les pratiques professionnelles,
- Gestion des risques, renforcer une culture des risques.

QUALITE / VIGILANCES / RISQUES

FICHE PROJET 10-2024-2028



ANCER LA DEMARCHE QVR DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

La culture QVR s'implante lentement et de façon très hétérogène à l'HIHL. Même si le souci de la qualité est présent dans l'esprit des professionnels, aujourd'hui encore les évaluations (réglementaires ou internes) sont davantage considérées comme une contrainte et un jugement

inquisiteur par nombre de professionnels plutôt qu'en tant qu'outils permettant de progresser dans les prises en charge et de valoriser le travail accompli. L'HIHL a pour objectif d'acculturer les professionnels de terrain à la QVR.

OBJECTIFS

Sensibiliser sur les enjeux de la QVR

Communiquer

Pérenniser les EPP

Coordonner les démarches d'évaluation

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Taux de correspondants et référents identifiés formés
- ✓ Nombre d'actions de sensibilisation réalisées par an
- ✓ Nombre de participants aux actions de santé publique par an
- ✓ Nombre d'actions de communication auprès du personnel
- ✓ Evolution des résultats des Indicateurs de Qualité Sécurité des Soins
- ✓ Résultats des évaluations



RENFORCER UNE CULTURE DES RISQUES

Le circuit de déclaration par le personnel ou les usagers/familles des événements indésirables, bien qu'il soit connu, est décrédibilisé par certains professionnels, qu'ils soient soignants ou non, du fait d'un manque, incompréhension ou délai jugé trop long de la réponse.

Bien que la démarche processus ait bien été instaurée avec la procédure de certification, il est nécessaire d'ancrer cette méthode au niveau du secteur médico-social.

Pour cela, l'HIHL s'engage dans une politique de gestion des risques au travers de la culture du signalement des événements indésirables, la démarche d'identification des risques a priori et la promotion de l'identitovigilance.

Enfin, le suivi du document unique des risques professionnels est une obligation réglementaire et doit être réalisé de façon périodique.

OBJECTIFS

Promouvoir une culture du signalement des EI

Poursuivre la démarche d'identification des risques a priori

Suivi du DUERP

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Nombre des FEI (Fiches d'Événements Indésirables) sur année n, n-1 et n-2
- ✓ Nombre de REX (Retours d'Expériences) réalisés sur année n, n-1 et n-2
- ✓ Nombre d'interventions au sein des services par an pour promouvoir la qualité, vigilances, risques
- ✓ Nombre de réunions du Copil DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels)

LE PROJET DES USAGERS

Le projet des usagers s'articule avec le projet médico-soignant et le projet Qualité Gestion des Risques.

Des représentants des usagers sont intégrés dans diverses instances : Conseil de surveillance, Comité de Pilotage Qualité Gestion des Risques, CLAN, CLUD.

Le projet des usagers résulte de l'implication des représentants des usagers dans l'institution mais aussi de la volonté de la Direction de les associer aux décisions concernant la vie de l'établissement et aux actions qui concernent le parcours de soin et de vie des patients et des personnes hébergées.

La Commission des Usagers prévue au décret 2016-726 du 1^{er} juin 2016, a pour mission de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients, de veiller aux respects des droits des usagers et de faciliter leurs démarches afin qu'ils puissent exprimer leurs difficultés.

Parallèlement, le Conseil de la vie sociale composé de résidents, de familles de résidents, de représentants des personnels et de la direction, est un lieu d'expression et de propositions afin d'améliorer le quotidien de chacun.

Le projet des usagers reflète l'engagement de la Direction de l'établissement, des services de soins et des représentants des usagers pour :

- Informer sur les nombreux aspects de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement
- Placer les usagers et patients au cœur des pratiques.

La démocratie sanitaire attribue des droits individuels et collectifs aux usagers du système de santé et les protège des risques de dérives.

Par conséquent le Projet des Usagers s'appuie sur le respect des droits fondamentaux et des droits plus spécifiques comme :

- Le droit à la protection de sa santé,
- Le droit au respect de sa vie privée, de son intimité, de sa dignité, de ses croyances,
- Le droit à l'information, au consentement, au soulagement de la douleur, à l'oubli, (Loi du 4 mars 2002 et Loi du 26 janvier 2016).

Le Projet des Usagers se décline en huit recommandations relatives à quatre champs d'action de l'HIHL, à savoir :

- La prise en charge des « résidents »,
- L'accompagnement spécifique des personnes âgées au travers de leur projet personnalisé et collectif
- Le fonctionnement de l'institution.

- Le respect des droits des usagers / les conditions de séjour.

Ces recommandations sont assorties d'un indicateur permettant d'en suivre la mise en œuvre sur la durée du Projet d'Etablissement.

L'HIHL, établissement sanitaire pivot du territoire de proximité du Nord de la Haute Vienne avec une double activité sanitaire et médico-sociale, propose une prise en charge au plus près des besoins de la population. Les recommandations qui suivent, s'appuient sur celles de la HAS dans le cadre de la procédure de certification, et expriment les attentes des usagers relatives à la prise en charge médico-soignante.

1. La prise en charge des « résidents »

Recommandation n° 1 : Améliorer la prise en charge médicale

La nature même de la prise en charge gériatrique peut rendre particulièrement difficile le dialogue des soignants avec les patients et/ou leur famille. Mais ces derniers ont besoin de comprendre la réponse des soignants, et en particulier celle des médecins, pour l'accepter et y adhérer.

Cela passe par :

- La désignation de la personne de confiance
- Un meilleur retour d'information aux patients et à leurs proches lors des hospitalisations,
- Le déploiement de l'Education Thérapeutique, tant des patients que de leur famille,
- L'attention portée à la façon dont la réponse à l'appel de la famille et/ou du patient est donnée, en particulier lorsqu'une demande de rencontre avec un médecin ne peut pas être satisfaite.
- Le développement du recours à l'HAD en EHPAD
- La diversification de l'offre par le développement des consultations avancées et le développement de la télé médecine
- La gestion de la réévaluation de la contention, individuelle et collective
- La prévention et la promotion de la santé
- La gestion du Dossier Patient :
 - Amélioration de la tenue
 - Amélioration de la traçabilité des pathologies
 - Amélioration du courrier de fin d'hospitalisation (respect des recommandations HAS)
- La sécurisation du circuit du médicament :
 - Mise en œuvre et suivi de l'axe spécifique de la Politique du médicament concernant la prise en charge des médicaments des personnes âgées,
 - Poursuite de la réalisation du programme de réfection des salles de soins,
 - Renforcement de la traçabilité de la délivrance nominative des traitements.

Recommandation n°2 : sécuriser le séjour et/ou l'hébergement, le parcours du patient et/ou du résident.

Cela concerne plusieurs aspects et étapes de la prise en charge :

- Les conditions d'accueil du patient, de recueil de leurs souhaits (comprendre, accompagner)
- L'identitovigilance

- La bientraitance
- Les conditions de transfert
- Les dispositifs permettant de prévenir les risques liés aux pathologies du grand âge : douleur, troubles nutritionnels, escarres,
- Sécurisation physique (sécurité incendie, systèmes sécurisant le séjour (locaux, dispositifs spécifiques...))
- Le suivi des cartographies des risques, globale et dynamique.

Recommandation n°3 : Développer la concertation entre les acteurs lors de la sortie d'hospitalisation

La sortie d'hospitalisation d'un patient et/ou d'un résident ouvre une période qui peut être à risque, surtout si elle n'est pas préparée et si le suivi du patient ou résident, faisant intervenir des professionnels aux compétences complémentaires, n'est pas bien organisée, que cela soit à domicile ou en hébergement.

L'amélioration de ce suivi passe par :

- Une communication plus fluide et une coordination plus efficace entre les différents acteurs, lesquels devraient pouvoir bénéficier de formations croisées
- L'information des proches, tant sur le suivi mis en place que les aides qu'ils peuvent trouver (formations, associations...)
- Une liaison effective avec les familles et les partenaires institutionnels

Les recommandations qui suivent manifestent l'importance que revêt, aux yeux des usagers et de leur famille, la prise en compte de cette évolution par l'HIHL.

2. L'accompagnement spécifique des personnes âgées au travers de leur projet personnalisé et collectif

Recommandation n° 4 : Donner une vraie place à l'utilisateur et à ses proches dans le processus de prise en charge

Le processus de prise en charge ne peut ignorer l'environnement familial et/ou proches de la personne hospitalisée ou accompagnée.

Par conséquent, l'HIHL doit améliorer la prise en compte du contexte de vie des personnes prises en charge et/ou accompagnées, en mettant en œuvre toutes mesures associant les familles et/ou leurs proches à cette prise en charge, et tout particulièrement pour la mise en place d'un Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP).

Faire face à l'évolution des attentes et désirs, souhaits de la personne accompagnée, par l'adaptation des moyens en place, sera une priorité. Evoluer dans nos pratiques professionnelles nécessite des compétences nouvelles dans les domaines du soin mais aussi au niveau des activités autres comme l'animation, les activités physiques adaptées, etc...

L'établissement poursuivra sa volonté de maintenir un service animation dynamique, à l'écoute des envies des usagers et ouvert sur l'extérieur afin de maintenir le lien social, d'apporter des temps de plaisir, de culture, de divertissements pour "transformer le

temps qui passe en temps à vivre". Un projet spécifique animation détaille la politique mise en œuvre sur l'établissement et l'organisation des activités sur les 3 sites.

Cette recommandation vise à soutenir la « révolution culturelle » que constitue la mise en place de ces recommandations des bonnes pratiques professionnelles.

3. Le fonctionnement de l'institution.

Recommandation n°5 : Améliorer l'efficacité de la représentation des usagers

Le bureau des admissions-facturation veille à améliorer l'information en direction des usagers et de leur famille sur ce qu'ils peuvent attendre de leurs représentants, que ce soit au sein des Conseils de Vie Sociale ou de la Commission des Usagers.

Les usagers (patients, résidents et/ou aidants) sont parfois confrontés à des événements qu'ils considèrent comme indésirables, ou encore à des situations qu'ils ne comprennent pas. Un mode de signalement de ces événements et/ou situations est en place pour leur permettre de s'exprimer.

Recommandation n°6 : Améliorer le déroulement du séjour des usagers

Comme dans tous les établissements où des repas sont proposés, la qualité de ces repas vient en tête des motifs de satisfaction ou d'insatisfaction. En ce qui concerne l'HIHL, en lien avec la politique hôtelière, une démarche d'amélioration de la prestation repas est en cours pour répondre aux attentes et habitudes de vie des usagers tout en prenant en compte les contraintes du collectif.

Un autre domaine particulièrement sensible est celui des modalités de gestion du circuit du linge personnel.

Poursuivre les actions d'amélioration du confort des usagers (confort thermique, environnement, équipements adaptés,), en particulier pour ceux qui ont une durée de séjour longue dans l'établissement (EHPAD, USLD).

Diversifier l'offre médico-sociale par le développement de l'offre d'accueil séquentiel

4. Le respect des droits des usagers/les conditions de séjour

Recommandation n° 7 : Améliorer le respect du droit des usagers

- Accès au dossier patient
- Favoriser le recueil et traçabilité des directives anticipées relatives aux conditions de fin de vie
- Restriction des libertés en EHPAD : évaluation des dispositifs en place

Recommandation n° 8 : Améliorer la communication

Il s'agit d'un point à développer dans tous les domaines, notamment par :

- Le renforcement des moyens d'information et la facilitation de l'expression des usagers
- La qualité du relationnel avec les équipes, les bénévoles

- La concrétisation d'un plan de communication
- L'organisation de formations

Le projet des usagers, qui conduit à l'élaboration des recommandations présentées ci-dessus fait apparaître des regards, différents et complémentaires :

- Celui des représentants à la CDU (Commission des Usagers), désignés par les associations reconnues par l'Agence Régionale de Santé,
- Celui des représentants aux CVS (Conseils de Vie Sociale), élus par les bénéficiaires des structures.

Il faudra donc tenir compte, dans le suivi des recommandations sur la durée du Projet d'Etablissement, de chacun de ces regards avec la diversité des désignations du public que l'établissement a pour mission d'accueillir : « usagers », « patients », « résidents », « handicapés vieillissants », ... Cette diversité reflète des situations vécues au sein de l'HIHL : on s'y fait soigner, aider, héberger...

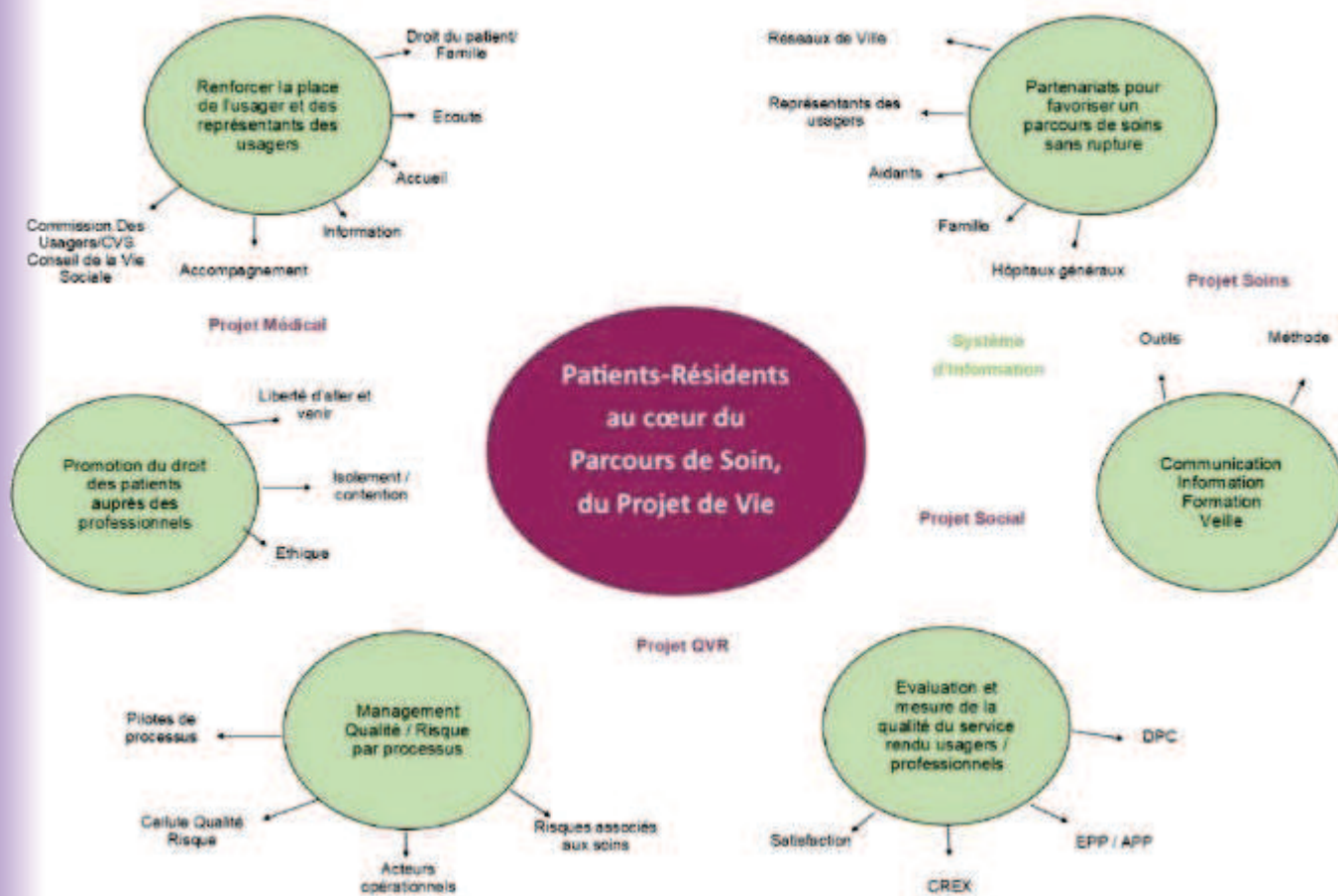
Ce projet s'appuie sur les moyens du service « Accueil-Admissions-Facturation » qui assure des missions d'accueil et de prise en charge administrative des patients (suivi, facturation ...). Il est le garant de la fiabilité juridique et administrative de l'admission des patients.

Le Service « Accueil-Admissions-Facturation » constitue le premier contact avec l'Institution. Il doit donc assurer un accueil et une prise en charge administrative facilitant la suite du séjour (information aux usagers, droits des patients, cadre légal et réglementaire). L'évolution de l'accueil administratif de l'HIHL s'inscrit dans le cadre plus général de l'évolution du Projet de l'Etablissement, avec l'utilisateur au cœur des préoccupations, intégrant une déclinaison concrétisée par un volet spécifique à l'EHPAD.

Le Projet des Usagers 2024-2028 vise à maintenir, à positionner l'utilisateur au cœur des projets et secteurs de l'Etablissement dans le cadre d'une dynamique d'amélioration continue.

Le projet des usagers se décline en 4 fiches projets :

- Prise en charge des usagers,
- Accompagnement personnalisé,
- Démocratie en santé,
- Respect des droits.



PRISE EN CHARGE DES USAGERS

FICHE PROJET 12-2024-2028



LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS

L'HIHL, établissement sanitaire pivot du territoire de proximité du Nord de la Haute Vienne avec une double activité sanitaire et médico-sociale, propose une prise en charge au plus près des besoins de la population. Les recommandations qui suivent, qui s'appuient sur celles de la HAS dans le

cadre de la procédure de certification, expriment les attentes des usagers relatives à la prise en charge médico-soignante. Pour ce faire, l'HIHL s'appuie sur 3 recommandations : améliorer la prise en charge médicale, sécuriser l'hébergement, le parcours du résident et développer la concertation entre les acteurs lors de la sortie d'hospitalisation.

OBJECTIFS

Améliorer la prise en charge médicale

Sécuriser le séjour et/ou l'hébergement, le parcours du patient et/ou résident

Développer la concertation entre les acteurs lors de la sortie d'hospitalisation

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Résultats des IQSS
- ✓ Nombre de consultations avancées offertes aux usagers
- ✓ Suivi des indicateurs d'identitovigilance
- ✓ Analyse des plaintes et réclamations
- ✓ Suivi des moyens de communication développés à la sortie d'hospitalisation ou d'établissement

ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

FICHE PROJET 13-2024-2028



ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE DES PERSONNES ÂGÉES AU TRAVERS DE LEUR PROJET PERSONNALISÉ ET DU PROJET DE SERVICE

Le projet personnalisé est un outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie.

Dans la majorité des situations, les personnes accueillies sont en situation de vulnérabilité lors de leur rencontre avec l'ensemble des professionnels de l'EHPAD. Ces derniers doivent donc être à leur écoute pour rechercher, susciter et accompagner cette participation afin qu'elle soit effective. Chaque personne accompagnée a des

attentes et des besoins singuliers, que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet personnalisé. C'est une co-construction dynamique entre la personne (et/ou son représentant légal) et les professionnels. Cette démarche est un facteur-clé pour la réussite de l'élaboration du projet d'accompagnement et constitue la meilleure réponse que peuvent apporter les professionnels face au risque d'une approche standardisée, qui s'opposerait à l'objectif de personnalisation.

OBJECTIF

Donner une vraie place à l'utilisateur et ses proches dans le processus de prise en charge

Pour suivre l'avancée de ce projet

- ✓ Taux de réalisation des projets personnalisés par service



LE FONCTIONNEMENT DE L'INSTITUTION

La démocratie en santé est une démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.

Faire vivre la démocratie en santé nécessite de développer la concertation et le débat public, d'améliorer la participation des acteurs de santé et de promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers. Le

Conseil de Vie Sociale (CVS) dans le secteur médico-social, la Commission Des Usagers (CDU) dans le secteur sanitaire, sont deux instances essentielles à la représentation collective des usagers. Outre ces instances réglementaires, l'HIHL s'engage dans l'amélioration continue du déroulement du séjour des usagers. Cela débute par un accueil de qualité et se prolonge par la recherche de la satisfaction tout au long du séjour et notamment de la qualité des prestations hôtelières.

OBJECTIFS

Améliorer l'efficacité de la représentation des usagers

Améliorer le déroulement du séjour des usagers

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Nombre de CVS et CDU réalisés par an
- ✓ Analyse des FEI sur les conditions hôtelières et plans d'actions qui en découlent



LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS/LES CONDITIONS DE SEJOUR

Les droits des patients prennent leurs sources dans des textes législatifs en évolution constante :

- Loi du 4 mars 2002 dont le titre II s'intitule Démocratie sanitaire ;
- Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Ces textes de Loi et leurs décrets d'application sont inclus dans le Code de la santé publique (CSP). Les articles cités en référence sont issus de ce code.

Ce bref rappel des droits concerne les personnes majeures et juridiquement capables : les situations des personnes mineures ou protégées appellent parfois des textes spécifiques qui ne sont pas évoqués ici.

Les informations ne renvoyant pas à un article du CSP sont extraites de la Charte de la personne hospitalisée. Les principaux droits individuels des patients sont le droit à l'accès aux soins, le droit à l'information, le droit à participer à la décision médicale ou consentement aux soins, le droit au respect de la personne soignée, la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs et de fin de vie et le droit à la plainte.

OBJECTIFS

Améliorer le respect du droit des usagers

Améliorer la communication

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Nombre de FEI relatives aux droits des usagers
- ✓ Nombre de demandes de dossiers médicaux et respect du délai de transmission
- ✓ Evaluation des dispositifs de restriction des libertés en EHPAD
- ✓ Nombre de formations sur les techniques de communication

LE PROJET MANAGERIAL ET SOCIAL

Le Projet Social est défini par l'article L6143-2-1 du Code de la Santé Publique :

« Le Projet Social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels ».

Le Projet Social est négocié par le Directeur et les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement.

Le Projet Social forme un des volets du Projet d'Etablissement. Il s'inscrit dans ses orientations et il est cohérent avec celui-ci ainsi qu'avec les autres volets du Projet d'Etablissement. Il intègre notamment les valeurs du Projet Médical :

- **Des professionnels au service des usagers :**
 - Placer l'utilisateur au cœur de nos actions : respect de sa dignité et de sa qualité de vie
 - Veiller au respect du droit à une information adaptée et à l'expression personnelle de ses choix
 - Promouvoir l'humanité, la sollicitude, la bientraitance
 - Promouvoir la qualité d'accueil et de prise en charge des patients.
- **Des professionnels impliqués dans l'Institution :**
 - Développer la motivation, l'implication, la responsabilité
 - Promouvoir la disponibilité des équipes soignantes et médicales
 - Prôner l'éthique dans la prise en charge : accompagnement de la fin de vie et importance des soins palliatifs
 - Inciter à la solidarité et au respect entre professionnels.
- **Promotion de l'Institution et de ses valeurs :**
 - Dépassez les cultures propres à chaque site, pour renforcer la culture HIHL à tous niveaux
 - Promouvoir le savoir-faire et l'image de l'HIHL en développant la communication et l'information aussi bien en interne qu'en externe.

Méthode d'élaboration

L'architecture de ce Projet Social s'est faite progressivement, de manière quasi-empirique, au fil de divers échanges menés lors de différents groupes de travail sur des thèmes variés et associant systématiquement les partenaires sociaux.

Il s'appuie également sur les différents dispositifs « Qualité de Vie au Travail » menés de 2017 à ce jour et qui ont découlé sur un Plan d'Amélioration de la Qualité articulé en 4 grands chapitres :

- L'accès et le maintien dans l'emploi

- Les risques professionnels et conditions de travail
- L'expression du personnel
- La conciliation Vie Privée/Vie professionnelle

Définition des axes prioritaires du projet social 2024-2028

Même si la QVCT est mise en avant et en pratique dans l'établissement, elle est confrontée à des difficultés de plusieurs ordres (effectifs, activité, crise sanitaire...). En effet, le plan d'action n'est pas réalisé selon les objectifs. De surcroît, des phénomènes accentuent les difficultés :

- Manque d'attractivité lié à la localisation géographique
- Mal-être global dans la Fonction Publique Hospitalière
- Baisse d'activité de l'établissement

De nouveaux modes de fonctionnement managériaux sont apparus avec la crise et vont se poursuivre. Les établissements et les RH doivent désormais tenir compte d'un contexte anxiogène, de nouvelles méthodes de travail et de la nécessité d'accompagner ces évolutions pour en faire des opportunités de changement.

Le contexte de crise a mis l'accent sur l'importance de la bienveillance dans le management. Elle s'exprime à travers l'écoute des personnels et la prise en compte de leurs remarques et attentes.

En conséquence, la Direction a initié une réflexion sur le « Comment manager différemment aujourd'hui ? ». Elle souhaiterait s'orienter vers un management par la confiance. C'est-à-dire inverser l'approche managériale avec l'instauration d'une confiance par défaut. Les activités dites managériales ne reposent plus sur l'action d'un pouvoir décisionnel centralisé mais sur l'action d'un collectif formé d'acteurs responsables capables de s'auto-diriger, de s'organiser, de se coordonner et attachés au maintien de relations de confiance entre eux. Au sein de ce collectif, un manager reste nécessaire mais avec un positionnement spécifique par rapport au reste du collectif. Contrairement au management par délégation qui réside sur un contrat formel, dont l'objet est le transfert limité dans le temps et dans un domaine précis, du pouvoir de décision d'un chef à un collaborateur direct, le management par la confiance s'appuie sur une forme de réciprocité incontournable : chacun doit pouvoir compter sur l'autre pour l'aider à atteindre ses objectifs propres et les objectifs du collectif. Par ailleurs, le pouvoir de décision n'est pas nécessairement la propriété du seul manager.

De plus, l'enjeu majeur de l'établissement apparaît comme étant la nécessaire implication de l'équipe médicale sur laquelle repose les perspectives stratégiques et l'activité dans son ensemble.

Le Projet Social 2024-2028 repose donc sur les 4 orientations principales du plan QVT auxquelles nous pouvons ajouter le thème de développement durable et responsabilité sociale, l'égalité professionnelle regroupant différents axes de travail prioritaires décrites dans 5 fiches projets :

- Faciliter l'accès et le maintien dans l'emploi
- Améliorer les conditions de travail et diminuer les risques professionnels
- Favoriser l'expression du personnel
- S'engager dans une politique de développement durable et sociale dans l'établissement pour faciliter la conciliation vie privée / vie professionnelle
- Veiller à l'égalité professionnelle



FACILITER L'ACCES ET LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

L'attractivité des métiers au sein d'un établissement de santé est mise à mal aux yeux du grand public où seules les contraintes liées à un accueil 24h/24 et 365 jours par an sont énoncées.

Les hôpitaux de proximité doivent en plus composer avec le peu d'attractivité du milieu rural et sont dans l'obligation de déployer des leviers d'actions pour faciliter et développer le maintien dans l'emploi sur son territoire.

L'HIHL a pour objectif de développer une politique d'intégration des nouveaux arrivants pour qu'ils se sentent bien au travail et aient envie de dérouler leur

carrière professionnelle au sein de l'établissement.

Devant le manque de personnel qualifié, il est indispensable de coupler cet accueil à des formations d'adaptation à l'emploi, formations indispensables pour assurer la sécurité des patients/résidents et développer une qualité de vie au travail. Nous devons également, en tant qu'établissement de santé, sécuriser les parcours professionnels des agents tout au long de leur carrière professionnelle.

L'atteinte de ces objectifs devraient nous permettre de fidéliser nos agents.

OBJECTIFS

Rendre attractives nos offres d'emploi

Développer une politique d'intégration pour les nouveaux arrivants

Former les agents faisant fonction

Sécuriser les parcours professionnels

Fidéliser nos agents

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Taux d'agents formés dans le cadre des journées des nouveaux arrivants
- ✓ Effectivité de la mise en place du tutorat
- ✓ Réalisation d'une enquête sur les procédures d'intégration stagiaires et nouveaux arrivants
- ✓ Nombre de concours organisés pour intégrer la fonction publique hospitalière



AMELIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET MAITRISER LES RISQUES PROFESSIONNELS

La qualité de vie au travail (QVT) en santé regroupe l'ensemble des actions permettant de concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé.

Dans ce contexte où les marges de manœuvre semblent se réduire, la qualité de vie au travail ouvre de nouvelles voies pour favoriser des initiatives multiples s'inscrivant dans le sens premier de la mission hospitalière : soigner et prendre soin.

Aujourd'hui, les acteurs du secteur partagent une conviction forte :

plus celles et ceux qui travaillent dans les établissements de santé se sentiront reconnus, mieux chaque personne malade sera soignée et mieux elle sera accompagnée.

HIHL a pour objectif d'améliorer les conditions de travail tout en maîtrisant les risques professionnels pour contribuer efficacement à la qualité des soins au travers d'actions pour limiter le stress et la fatigue et proposer un accompagnement psychologique lors de situations difficiles. Un plan de communication devra être établi pour que chaque service ait l'information.

OBJECTIFS

Veiller au bien-être au travail

Proposer un accompagnement psychologique aux agents

Réduire les TMS
Développer la communication au sein des services

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Nombre d'ateliers bien-être organisés
- ✓ Rapport d'activités quantitatif du psychologue du travail (indicateurs chiffrés et anonymisés)
- ✓ Mise en place d'un comité de pilotage du « Document unique » et du PAPRI Pact (Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail) = suivi du DUERP
- ✓ Suivi de l'évolution du nombre d'accidents du travail
- ✓ Nombre de formations destinées à améliorer les conditions de travail
- ✓ Suivi du plan QVT

MANAGEMENT PARTICIPATIF

FICHE PROJET 18-2024-2028



FAVORISER L'EXPRESSION DU PERSONNEL

Intégrer la qualité de vie au travail dans les pratiques managériales et, dans les pratiques plus globales, à la gouvernance d'une organisation est devenue un enjeu majeur en matière des conditions de travail, d'attractivité et de performance globale.

Au regard de cette situation et des enjeux sous-jacents, l'HIHL souhaite mettre en place un accompagnement des encadrants de proximité pour développer le management participatif qui vise à l'épanouissement personnel des agents et les performances collectives.

OBJECTIFS

Définir et impulser une vision managériale porteuse de sens

Manager la qualité de vie au travail au quotidien

Identifier les moyens d'expression des agents

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Mise en place du baromètre social (dispositif d'amélioration de la QVT)
- ✓ Taux de cadres de proximité formés au management participatif
- ✓ Nombre de « Tea time » organisés



FACILITER LA CONCILIATION VIE PRIVEE / VIE PROFESSIONNELLE

D'après l'enquête publiée par OpinionWay pour Horoquartz en 2018, près de 90% des salariés comptent sur leur supérieur direct pour garantir l'équilibre des horaires et ainsi favoriser l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Le supérieur joue donc un rôle pivot pour accompagner les salariés dans leur gestion du temps de travail. À lui par exemple, de donner un volume de tâches quotidiennes raisonnable ou de vérifier que les salariés ne font pas trop d'heures supplémentaires. Il peut également recadrer un salarié qui ne sait pas s'arrêter de travailler par peur d'être mal vu, ce que l'on pourrait appeler le présentisme à l'excès, ou encore proposer des modules de formation

pour aider les salariés à aller plus vite en maîtrisant parfaitement les outils numériques dont ils disposent. HIHL a développé des outils tels que le guide de gestion du temps de travail, le guide du travail de nuit, la charte de l'absentéisme et la reconnaissance du service rendu par la remise de médailles du travail. Parallèlement la DRH encourage le co-voiturage et l'utilisation des transports en commun.

Un pool de remplacement Jour / Nuit a été créé pour faire face aux remplacements « au pied levé » afin de ne pas perturber les roulements des agents en service. Pour compléter cela, HIHL envisage d'acquérir une application de gestion des remplacements sur la base du volontariat.

OBJECTIFS

Maintenir des plannings stables

Favoriser des outils communs et connus de tous pour la gestion des ressources humaines

Réfléchir sur la mise en place du télétravail

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Taux d'absentéisme
- ✓ Mise en place de l'application de gestion des remplacements (taux de recours)
- ✓ Réflexion sur la mise en place du télétravail, de la semaine de 4 jours

EGALITE PROFESSIONNELLE

FICHE PROJET 20-2024-2028



VEILLER A L'EGALITE PROFESSIONNELLE

L'égalité de traitement entre les femmes et les hommes dans le travail implique le respect de plusieurs principes par l'employeur : interdiction des discriminations en matière d'embauche, absence de différenciation en matière de rémunération et de déroulement de carrière, obligations vis-à-vis des représentants du personnel (mise à disposition d'informations relatives à l'égalité professionnelle dans la base de données économiques et sociales, négociation), information des salariés et candidats à l'embauche et mise en place de mesures de prévention du harcèlement sexuel dans l'entreprise.

L'HIHL a élaboré son plan d'actions relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes selon 4 axes majeurs :

1. Evaluer, prévenir et, le cas échéant, traiter les écarts de rémunération entre les femmes et les hommes
2. Garantir l'égalité d'accès des femmes et des hommes aux corps, grades et emplois de la fonction publique
3. Favoriser l'articulation entre vie professionnelle et personnelle
4. Prévenir et traiter les discriminations, les actes de violence, de harcèlement moral ou sexuel ainsi que les agissements sexistes.

OBJECTIFS

Elaborer un plan d'actions relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes

Favoriser le maintien des femmes enceintes en poste

Communiquer via des actions de santé publique

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Répartition des emplois par sexe, taux de congé parental octroyé
- ✓ Taux d'entretiens individuels de reprise réalisés après une absence longue
- ✓ Nombre de formations ou sensibilisations proposées sur les questions du handicap, des discriminations liées aux origines, de l'égalité entre les femmes et les hommes et sur les questions générationnelles
- ✓ Actions réalisées à l'occasion de la journée internationale contre les violences faites aux femmes
- ✓ Actions réalisées à l'occasion de la journée internationale pour les droits des femmes

LE PROJET RESPONSABILITE SOCIETALE ET ENVIRONNEMENTALE : DEVELOPPEMENT DURABLE

Conscient des impacts de ses activités sur l'environnement, l'HIHL est engagé dans une politique favorisant le développement durable. Cette mission est portée par le référent développement durable désigné en 2022 avec l'appui de la CoDD (Commission Développement Durable) de l'HIHL créée en 2022 et des différentes Directions Fonctionnelles.

Au sein de l'HIHL la démarche Développement Durable environnementale est structurée comme suit :

- Politique Développement Durable
- Politique achat responsable
- Désignation d'un référent Développement Durable (l'Attachée d'Administration de la DMA)
- CoDD (Commission Développement Durable)

Au niveau des relations extérieures, l'Attachée d'Administration de la DMA représente l'HIHL au niveau du GHT. Elle est la référente « achat durable » auprès du GHT. L'HIHL est inscrit à l'appui terrain RSE/DD de l'ANAP dont l'accompagnement se déroulera en 2023.

Les achats

La politique achat responsable formalise la volonté de l'HIHL d'appréhender l'achat comme un outil de performance économique, environnementale et sociale, au service des patients et résidents, au centre des préoccupations.

L'HIHL est établissement partie du GHT du Limousin. Cette politique prend en compte les objectifs de la fonction achat mutualisée du GHT constituée par les documents socles : la politique achat et les axes stratégiques ainsi que le règlement intérieur de la fonction achat mutualisée du GHT. La prise en compte des achats responsables y est clairement précisée.

Les actions du volet environnemental du Développement Durable

Ce volet, intégré au projet d'établissement vise plusieurs axes, afin de prendre en compte les obligations réglementaires (décret éco-énergie tertiaire, Loi EGAlim, Loi AGECE, Loi orientation mobilité, Loi portant lutte contre le dérèglement climatique...) et diminuer l'impact environnemental lié aux soins. Son ambition première est d'être partagé et fédérateur afin de rencontrer l'intérêt et l'adhésion de l'ensemble des professionnels prérequis pour l'atteinte des objectifs. Il est décliné autour de 3 grandes orientations. Les objectifs et actions à mener sont définies dans les fiches projets spécifiques.

- Réduction des consommations d'énergie et des émissions de gaz à effet de serre
- Optimisation du tri, réduction du volume et recyclage des déchets
- Lutte contre le gaspillage : eau, alimentation, papier...



OPTIMISATION DU TRI, REDUCTION DU VOLUME ET RECYCLAGE DES DECHETS

OBJECTIFS

Le tri de nombreux déchets est organisé sur l'établissement mais pas en totalité, le tri et le recyclage sont moins avancés sur le site Bellac. Un bilan a été réalisé.

L'établissement doit réfléchir à des alternatives permettant la réduction des déchets et notamment le plastique.

La Loi AGECE pose l'obligation du tri des biodéchets à la source pour les producteurs du plus de 5 tonnes de biodéchets par an au 1^{er} janvier 2023.

Réduire le volume des déchets

Optimiser le tri et le recyclage des déchets

Mettre en place le tri des biodéchets

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Effectivité de la mise en place du tri sélectif sur l'ensemble de l'HIHL
- ✓ Evolution du volume de déchets



REDUCTION DES CONSOMMATIONS D'ENERGIE ET DES EMISSIONS DE GAZ A EFFET DE SERRE

Le décret énergie tertiaire est une obligation réglementaire qui engage l'HIHL vers la sobriété énergétique par une réduction progressive de la consommation d'énergie, moins 40% d'ici 2030 dans un premier temps. De plus, l'explosion du coût de l'énergie nécessite la mise en place d'actions rapides et durables.

La Loi Orientation mobilité porte des objectifs d'incorporation de véhicules propres dans les renouvellements de flotte, 30% d'ici 2024 et la mise en place de bornes de recharge au niveau des parkings.

La réalisation d'un bilan carbone sera réalisée pour l'ensemble des activités de l'HIHL et permettra de dégager un plan d'actions de réduction des émissions de gaz à effet de serre.

OBJECTIFS

Réduire les consommations d'énergie

Diminuer les gaz à effet de serre par l'acquisition de véhicules propres

Réalisation d'un bilan carbone

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Evolution du nombre de KWh consommés
- ✓ Nombre de bornes de recharge et de véhicules à faible émission
- ✓ Suivi du plan d'actions dans le cadre de la réduction des émissions de gaz à effet de serre

LUTTE CONTRE LE GASPILLAGE

FICHE PROJET 23-2024-2028



LUTTE CONTRE LE GASPILLAGE

Le gaspillage n'est pas évalué à l'HIHL cependant il existe sur de nombreux segments et l'HIHL doit être plus vertueux tant sur le plan environnemental que sur le plan économique, éthique et social.

La loi EGAlim pose l'obligation de réduction du gaspillage alimentaire de 50 % par rapport au niveau de 2015.

De plus, avec le changement climatique, l'eau est une denrée à préserver.

OBJECTIFS

Diminuer le gaspillage alimentaire

Diminuer la consommation d'eau

Identifier d'autres segments et proposer des plans d'actions

Pour suivre l'avancée de ce projet

- ✓ Evolution des kilos de ressources alimentaires jetés
- ✓ Evolution de la consommation d'eau

SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION

L'utilisation systématique des outils informatiques oblige désormais les établissements de santé à structurer leur politique de leur système d'information afin de sécuriser les échanges et la structure.

L'Hôpital Intercommunal du Haut Limousin a fait le choix d'axer sa politique SI autour de 4 axes principaux pour la période 2022-2026 :

- La sécurité
- L'infrastructure réseau de l'HIHL
- Les usages
- La réponse aux appels à projets nationaux

Afin de mener à bien ses orientations, chaque axe fera l'objet d'une fiche projet afin de déterminer le périmètre de l'état des lieux. Le résultat des indicateurs définis dans la fiche projet déclenchera des fiches projets ciblées en fonction des priorités fixées par la Direction de l'établissement.

1. Infrastructure réseau

La mise en place d'une infrastructure réseau constitue une obligation pour tout établissement moderne et ambitieux. Celle-ci s'apparente à la charpente de l'organisation informatique. Le bon fonctionnement des équipements et logiciels en dépend. Elle favorise une transmission rapide et sécurisée des données.

HIHL étant constitué de trois sites géographiques, l'infrastructure est d'autant plus prégnante.

Le réseau informatique représente l'ensemble des équipements et périphériques reliés physiquement ou virtuellement entre eux au sein de l'HIHL dans le but de partager des ressources ou des informations. Il constitue une succession de nœuds interconnectés via des chemins de communication. Avec la mise en place d'une infrastructure, les professionnels de l'établissement transmettent et échangent en toute sécurité des données. Ils accèdent à Internet et à des applications spécifiques.

HIHL, en tant qu'établissement partie du GHT Limousin est intégré à une infrastructure réseaux GHT (Cf. pièce-jointe 1) ; l'infrastructure de l'HIHL est décrite en pièce-jointe 2 et ne peut être contraire aux orientations du GHT Limousin.

1.1. Objectifs

L'infrastructure réseau a pour objectif de centraliser les données afin de simplifier leurs échanges sécurisés et la communication entre les agents. Elle instaure une plateforme de travail collaboratif et contribue à une amélioration des procédures décisionnelles. En ce sens, l'infrastructure réseau devra respecter 4 critères :

- **authentification** : l'infrastructure réseau gère et sécurise l'accès aux applications. Cela se traduit par l'attribution à chaque agent d'un identifiant et d'un mot de passe. Celui-ci doit impérativement s'authentifier pour pouvoir travailler sur son poste. Cela limite les risques d'intrusion et de vol de données confidentielles.

- **autorisation** : l'infrastructure réseau assure une gestion optimale de la connexion via le serveur. Celui-ci peut surveiller et filtrer les accès aux sites par le biais d'un **système d'autorisation**. Par exemple, il pourrait empêcher les collaborateurs de se connecter sur des plateformes de jeux aux heures de service.

- **sauvegarde journalière** : l'infrastructure réseau permet également la sauvegarde des données de l'HIHL. Le serveur conserve automatiquement les fichiers sensibles et l'HIHL doit pouvoir les récupérer en cas de suppression par erreur ou après un dysfonctionnement imprévu d'un ordinateur. L'enregistrement s'effectue généralement de manière chronologique. Cela garantit la disponibilité des documents originaux, y compris après leur modification.

- **sécurisation des données** : l'infrastructure réseau a aussi pour objectif la sécurisation des données. Elle empêche que des informations confidentielles de l'HIHL restent à la portée de cybercriminels et autres personnes malveillantes. La bonne configuration d'une infrastructure préserve une entité des intrusions extérieures. L'installation d'un pare-feu et d'un antivirus doit prémunir l'HIHL de toute forme d'attaque en ligne.

1.2. Qualités à rechercher

Pour tout ajout, modification ou évolution de l'infrastructure réseau existante, les critères suivants devront systématiquement être étudiés :

- **performance des applications** : elle doit permettre un fonctionnement idéal des logiciels et programmes. Les agents ne pourront pas travailler dans de bonnes conditions s'ils ne parviennent pas à effectuer les opérations en temps réel.

- **modularité** : L'environnement et les contraintes évoluent constamment. L'infrastructure réseau doit autoriser la mise en place de nouveaux produits et de fonctionnalités récentes sans entraîner des bugs.

- **continuité** : toute interruption de l'infrastructure réseau pourrait avoir de lourdes conséquences sur le fonctionnement normal de notre établissement.

- **sécurité** : la protection des applications et des données doit être garantie.

- **uniformisation des accès** : la connexion doit être différente selon les profils utilisateurs

- **stockage des données** : la sauvegarde en continu des données impose un espace suffisant de stockage afin de garantir une conservation durable et pluriannuelle des informations.

1.3. Évaluation de la performance d'une infrastructure réseau

Pour profiter véritablement des avantages d'une infrastructure réseau, l'établissement doit mesurer périodiquement l'efficacité du système en place au travers la QoE (Quality of Experience) qui désigne la qualité d'expérience utilisateur. Elle évalue la satisfaction des utilisateurs et sert à mesurer la performance des prestations proposées. En fonction des observations relevées, l'HIHL prendra des dispositions pour apporter des corrections techniques en vue de rétablir la performance du réseau.

1.4. Outils de protection d'une infrastructure réseau

Pour éviter tout dysfonctionnement du système informatique, des mécanismes de sécurité capables de détecter et d'éliminer les attaques, doivent être mis en place. Plusieurs outils sont déployés au sein de l'HIHL :

- un pare-feu : également appelé firewall, ce système assure la protection de l'infrastructure sur la base d'une politique de sécurité assez stricte. Il fonctionne comme un intermédiaire entre le réseau local et ceux externes. Il permet d'autoriser certains accès et d'en bloquer d'autres. Il comporte un mécanisme de filtrage.

- un antivirus : ce dispositif sert à détecter les programmes malveillants dans le but de les neutraliser et de les supprimer. Il scrute en permanence les différents supports de stockage ainsi que les données transférées. Il agit préventivement et déclenche des alertes pour signaler les éventuelles menaces. Il intègre généralement un logiciel anti-spam.

- UTM (unified Threat Management) : l'UTM représente un mécanisme de gestion unifiée des menaces. Il intègre de multiples fonctionnalités comme un pare-feu, un antivirus, un système de détection et de prévention des intrusions (IDS ou IPS), un filtrage de contenu applicatif. L'ensemble de ces éléments se retrouve dans un boîtier unique.

En complément des outils de sécurité de l'infrastructure, les politiques de sécurité du système d'information ci-dessous définissent les positions et attendus de l'établissement.

1.5. Hébergement de l'infrastructure

Pour sécuriser son système d'information, l'établissement a installé un Datacenter en intra réparti sur deux salles. Cet espace, protégé des intempéries et des intrus est pourvu d'une entrée par contrôle d'accès, d'un système d'extinction des incendies et d'une climatisation pour prévenir les risques de surchauffe.

HIHL s'engage à tendre vers ces bonnes pratiques en matière d'hébergement de l'infrastructure et à s'interroger pour chaque application sur les avantages/inconvénients du Datacenter.

2. La sécurité

2.1. Les politiques de sécurité

Le corpus sécurité de l'établissement est composé de :

- PSSI-C : Politique de Sécurité du Système d'Information – Cadre
- PSSI-C GHT : Politique de Sécurité du Système d'Information du GHT
- PGSSI-S : Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé
- La gestion du Plan de reprise d'activité (PRA)
- Charte informatique
- Des procédures opérationnelles et des guides d'application des politiques opérationnelles, décrivant les mesures de sécurité adaptées aux environnements techniques et organisationnels spécifiques.

Quels que soient les besoins de sécurité des métiers de l'établissement, ils doivent garantir quatre critères indispensables : disponibilité, intégrité, confidentialité et traçabilité.

La fiche projet intitulée « SECURITE du SI » définira les objectifs et actions à mener s'agissant de la sécurité du système d'information de l'HIHL.

2.2. Le règlement général sur la protection des données (RGPD)

Le 25 mai 2018, le Règlement Général sur la Protection des Données, règlement européen, est entré en application. De nombreuses formalités auprès de la CNIL disparaissent. En contrepartie, la responsabilité des organismes est renforcée. Ils doivent désormais assurer une protection optimale des données à chaque instant et être en mesure de la démontrer en documentant leur conformité.

La politique de protection des données à caractère personnel de l'HIHL décrit la mise en place du RGPD à l'intérieur de l'établissement.

La fiche projet intitulée « RGPD » définira les objectifs et actions à mener s'agissant de l'obligation du respect du RGPD en lien avec la politique du système d'information au sein de l'HIHL.

3. Usages

3.1. Les applications métiers

En concertation avec le GHT, HIHL fonctionne au quotidien avec les éditeurs et solutions informatiques suivantes :

- Elap (Médiane) :
 - Bureau des entrées permettant la gestion du dossier administratif du patient

- Facturation permettant la facturation des diverses activités
- Tutelles permettant la gestion des dossiers individuels dans le cadre d'une protection juridique par les Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs
- Gestion économique et financière
- Gestion des régies
- Fichiers communs permettant de gérer la structure fonctionnelle analytique de l'établissement et les bases de données nécessaires au bon fonctionnement des modules ci-dessus

- Evolucare technologie :
 - Osiris : outil de gestion du dossier patient Informatisé (DPI)
 - Opale : recueil de données PMSI MCO
 - Oxalys : recueil de données PMSI SSR
- Joomla : gestion de l'intranet de l'établissement
- DICSIT : gestion de dossier patient informatisé pour le SSIAD
- MPH-DA : Outil de gestion du personnel et de la paie
- Planiciel : Outil de gestion du temps de travail du personnel
- Gesform : Outil d'évaluation du personnel et de gestion des formations
- Adelyce : Outil de pilotage de la masse salariale
- Paaco Globule : Logiciel utilisé pour les consultations de télémedecine
- Speedcall : Logiciel de prise de rendez-vous des transports sanitaires
- G2IT : Outil de GMAO pour les services techniques
- Asset+ : Outil de GMAO pour le segment biomédical (commun au GHT)
- Maincare Data Analytics : Outil de contrôle de gestion achat (commun GHT)
- Bluemind : Gestion des accès à la messagerie
- SSOX et HPLIANCE : Gestion des accès au SIH
- Xprotect : système de vidéoprotection
- Datameal : outil de gestion des goûts et dégoûts alimentaires et des menus
- TimeWise : agenda de prise de rendez-vous pour les consultations externes
- PackOffice Windows : Word, Excel, Publisher, Powerpoint
- Single Sign On Systancia
- Avencis Hpliance : Gestion des identités
- GLPI/OCS/Centréon/Veeam/Vsphère : outils de gestion de l'infrastructure
- GRR : gestion des ressources
- PMSIPilot/PMSIPilote GHT : pilotage médico-économique
- OptimaBox : gestion des accès aux locaux
- TLMCOM/Hospitality : gestion de la téléphonie
- Endpoint Kaspersky : solution anti-virus
- MGDIS : logiciel plan prévisionnel d'investissement
- Via trajectoire : plateforme d'orientation des patients et résidents
- Hospilalis : plateforme d'échanges de données commerciales et logistiques entre les établissements de santé et leurs fournisseurs
- WebEx : logiciel de visioconférence
- Apicrypt : messagerie sécurisée
- MailinBlack : logiciel de filtrage des mails

- Chorus Pro : plateforme de réception des factures fournisseurs
- Sharepoint : plateforme d'échange de documents GHT
- Serveur de rapprochement d'identité GHT
- Coralie : plateforme correspondant MNH
- Etc...

Dans la mesure du possible, les applications sont liées entre elles dès que cela est possible pour éviter les doubles saisies.

HIHL s'engage à suivre les évolutions techniques et réglementaires afin de faciliter le travail au quotidien des utilisateurs.

Des fiches projet seront réalisées afin d'optimiser les usages des applications mises à disposition par l'HIHL.

3.2. Les outils métier

Pour utiliser correctement les applications métiers, HIHL doit déployer un parc de matériels en cohérence avec les besoins des applications et les attendus induits par les missions de l'ensemble du personnel de l'établissement.

Les risques d'intrusion dans les systèmes informatiques sont importants et les postes de travail fixes ou mobiles constituent les principaux points d'entrée. La multiplication des ordinateurs portables, des clés USB et des Smartphones rend indispensable d'anticiper les atteintes à la sécurité des données consécutives au vol ou à la perte de tels équipements.

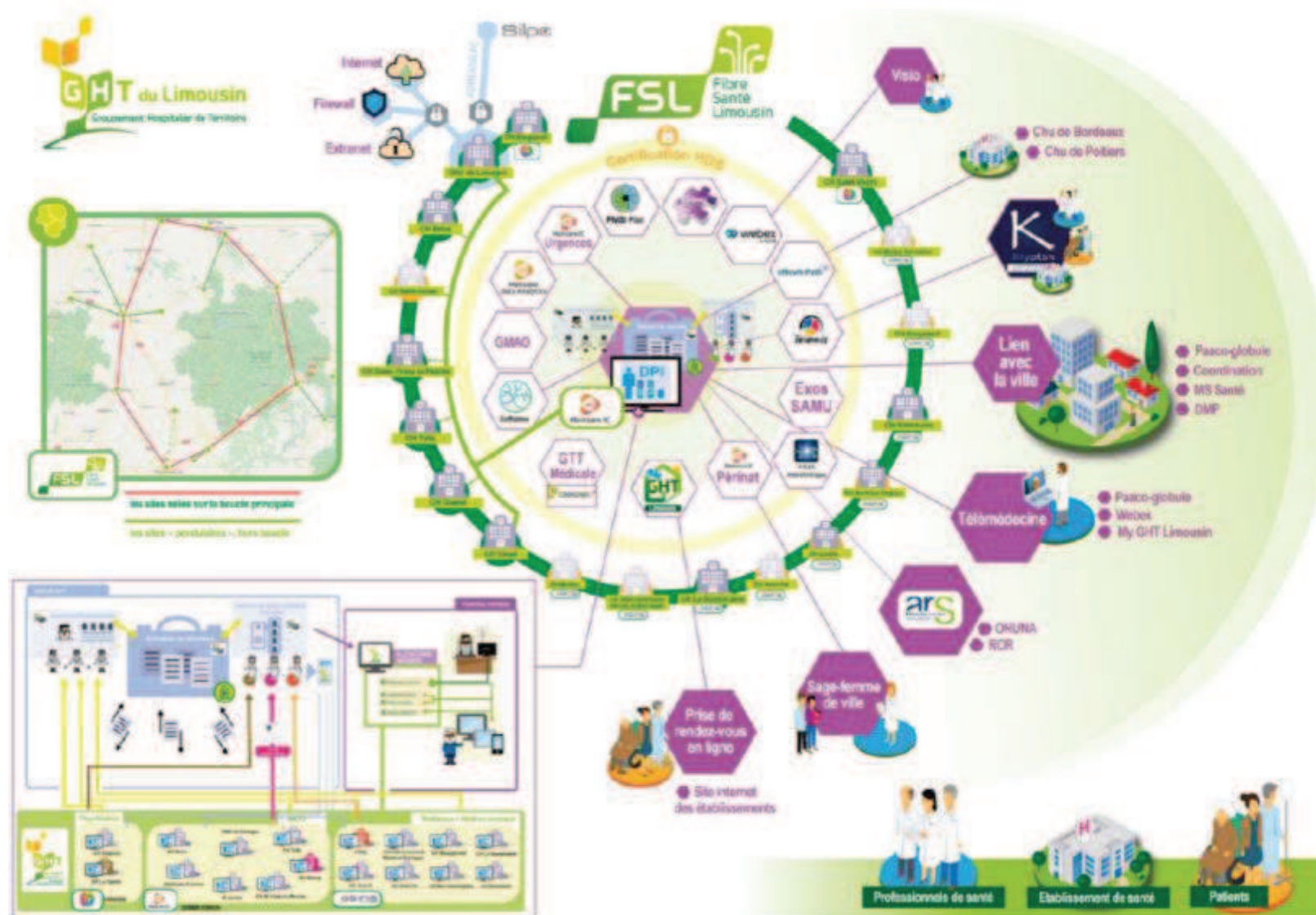
La fiche projet « SECURITE du SI » définira ce cadre.

3.3. Appels à projets

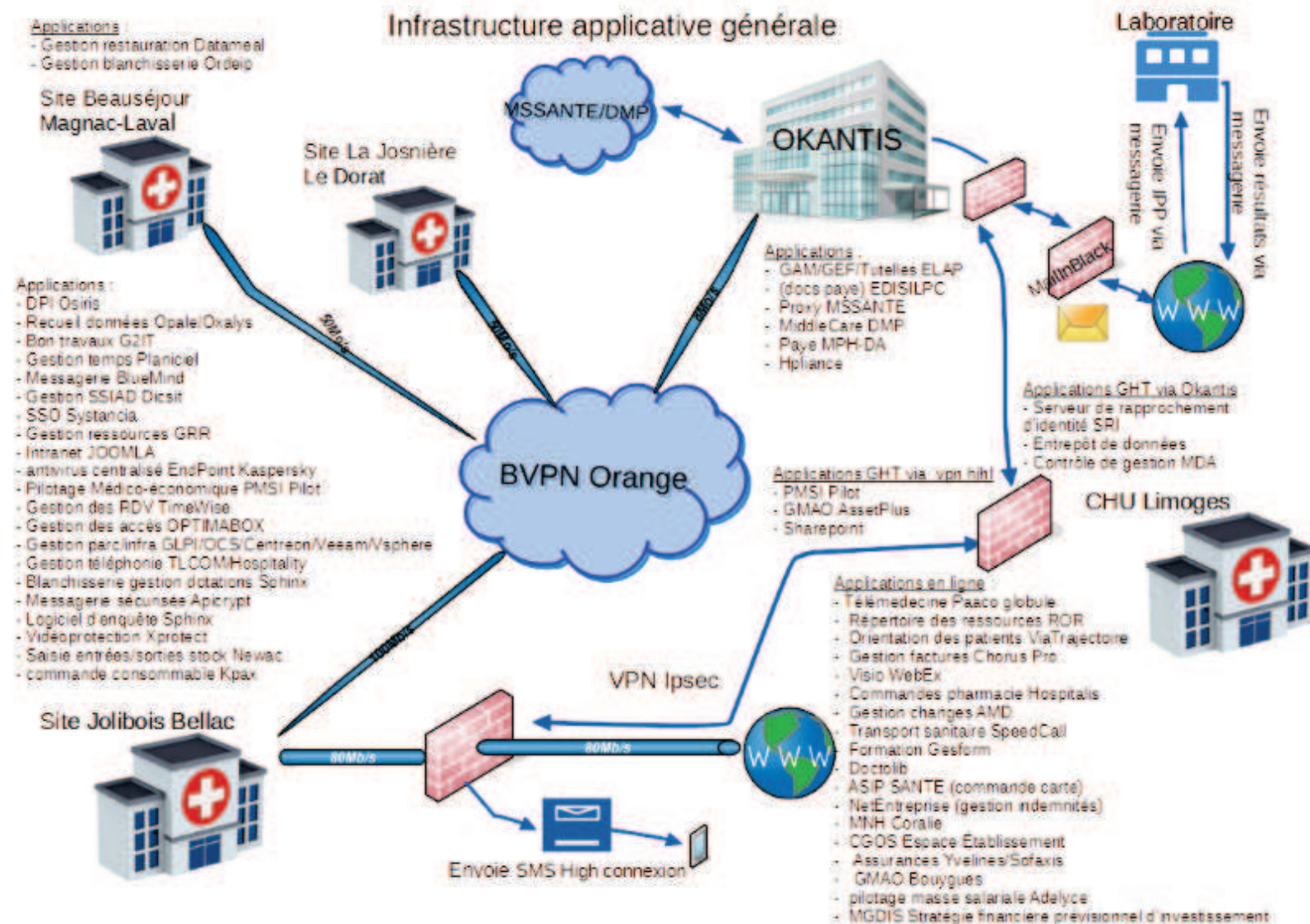
HIHL s'engage à répondre aux appels à projets nationaux à titre individuel ou en tant qu'établissement partie du GHT dès lors que l'établissement peut retirer des avantages à faire évoluer son infrastructure ou ses pratiques professionnelles.

Chaque appel à projet fera l'objet d'une fiche projet.

Pièce-jointe 1 – Infrastructure GHT du Limousin



Pièce-jointe 2 – Infrastructure HIHL





DOMAINE 6 : COMMUNIQUER ET ECHANGER AVEC LES PARTENAIRES

Ce nouveau domaine vise à développer et simplifier les liens entre les établissements de santé/GHT et leurs partenaires, notamment la ville et le médico-social dans une logique de prise en charge décloisonnée. Ce nouveau domaine répond à l'engagement de « Ma santé 2022 » de créer un collectif de soins au service des patients, en favorisant le développement de services numériques adaptés et sécurisés.

Ce nouveau domaine intègre des cibles d'usage sur l'alimentation des services socles définis dans le cadre du schéma

d'urbanisation national et s'articule avec le programme e-parcours. Il est en cohérence avec l'offre régionale de services numériques mise en œuvre pour la coordination territoriale (notamment via le programme e-parcours).

Ce domaine vise à s'assurer que l'établissement/GHT participe à la prise en charge coordonnée des patients dans le cadre de parcours de soins impliquant différents professionnels de la ville et de l'hôpital et ainsi à garantir un échange et un partage d'information généralisés et sécurisés entre l'établissement de santé/GHT et ses partenaires.

OBJECTIFS

Alimenter le DMP patient

Maintenir un annuaire actualisé des correspondants de la structure

Développer les usages d'un service de messagerie sécurisée MS Santé

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Taux de séjours pour lesquels le DMP a été alimenté d'un des documents validés par la CME
- ✓ Existence d'un annuaire actualisé des correspondants de la structure
- ✓ Usage d'un service de messagerie sécurisée intégré à l'espace de confiance MS Santé



AUGMENTATION DE LA CAPACITE DE STOCKAGE

Dans le cadre de sa transformation digitale et du déploiement de nouveaux services numériques consommateurs intensifs de Big Data, l'HIHL doit pouvoir compter sur un stockage en cohérence avec ces nouvelles exigences. L'installation réalisée en 2015 n'est plus adaptée aux besoins de 2023. L'adaptation de l'infrastructure est

indispensable pour faire face aux nouveaux besoins tant en termes de capacité de performance qu'en terme de sécurité. D'ores-et-déjà, l'HIHL a ciblé cette augmentation de stockage indispensable pour l'installation de la nouvelle version du DPI, l'installation du Firewall mais aussi pour disposer d'une marche suffisante pour de nouvelles demandes à venir.

OBJECTIFS

Adapter l'infrastructure aux nouveaux besoins, tant en termes de capacité de performance qu'en terme de sécurité

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Changement de la baie de stockage, baie installée et opérationnelle avec toutes les VM intégrées et disponibles
- ✓ Augmentation espace de sauvegarde : disques installés et intégrés dans l'espace de stockage disponible pour les sauvegardes et répliquations



DISPOSITIF SYSTEME OUVERT ET NON SELECTIF (SONS)

Le dispositif Système Ouvert et Non Sélectif (SONS) est un financement incitatif proposé par l'État, à l'hôpital et en ville, pour nous soutenir dans la modernisation et la sécurisation de nos logiciels métiers afin qu'ils soient compatibles et intègrent les exigences portées par le programme Ségur (interopérabilité, sécurité, intégration des services et référentiels socles, etc.).

Il permet d'aider les établissements sanitaires et les professionnels de santé à s'équiper de solutions logicielles qui bénéficient d'un référencement officiel par l'ANS (Agence du Numérique en Santé)

Ces financements sont versés aux éditeurs pour le compte des établissements de santé, sans reste à charge pour les établissements sur le périmètre du Ségur numérique (hors matériel).

OBJECTIFS

Faire financer les mises à jour des logiciels métiers pour la prise en charge des patients sur certains domaines

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Effectivité de la mise en place de la mise à jour d'Osiris
- ✓ Vérification des possibilités de la nouvelle version en matière de transmission au DMP, échange de documents via une messagerie sécurisée



mon
ESPACE
SANTÉ

PROGRAMME SUN-ES POUR « SÉCUR USAGE NUMÉRIQUE EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ »

Le programme SUN-ES pour « Sécur Usage Numérique en Établissements de Santé » vise à poursuivre les efforts pour amener l'ensemble des établissements sanitaires – quels que soient leur statut, leur taille et leur activité - vers un plus grand niveau de maturité de leur système d'information, nécessaire pour assurer une meilleure prise en charge des patients grâce au partage sécurisé de leurs données.

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

à tout citoyen français depuis le début de l'année 2022. Il vise également à promouvoir l'usage des messageries sécurisées de santé dans l'espace de confiance MS Santé.

Le programme SUN-ES s'inscrit dans les grands principes du Volet numérique du Ségur et particulièrement celui d'une vision centrée sur les usages et d'une dimension inclusive pour l'ensemble des établissements sanitaires. Il contribue ainsi à la généralisation du partage fluide et sécurisé des données de santé afin d'accélérer les usages, en passant de 10 millions à 500 millions de documents médicaux échangés par an.

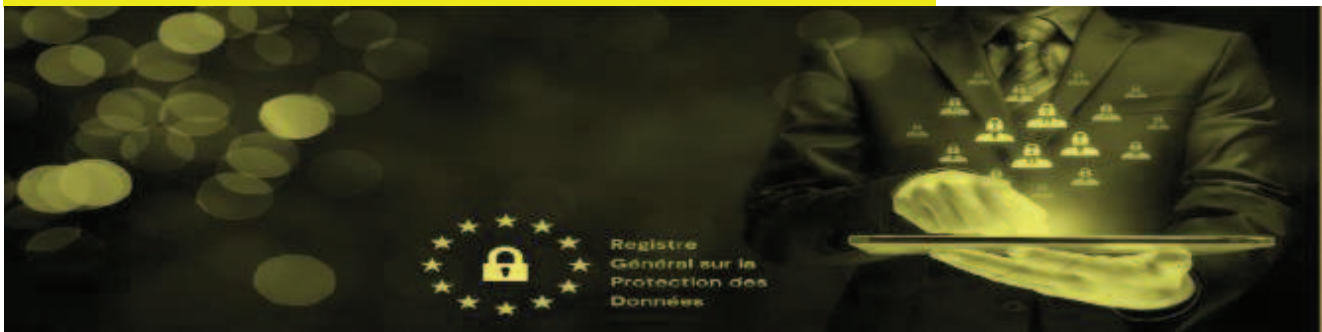
OBJECTIFS

Alimenter « Mon Espace Santé » et permettre le partage de documents de santé, par l'intermédiaire du DMP

Promouvoir la messagerie sécurisée de santé, tant auprès des professionnels de santé que des usagers

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Alimentation du DMP en lettres de liaison, ordonnances de sortie
- ✓ Envoi de documents de santé aux correspondants de santé via la messagerie sécurisée de santé professionnelle
- ✓ Envoi de messages aux patients via la messagerie sécurisée de santé citoyenne
- ✓ Présentation de la messagerie sécurisée citoyenne en Commission Médicale d'Etablissement (CME)



ACCES AUX DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le sigle RGPD signifie « Règlement Général sur la Protection des Données » (en anglais « General Data Protection Regulation » ou GDPR). Le RGPD encadre le traitement des données personnelles sur le territoire de l'Union européenne. Le contexte juridique s'adapte pour suivre les évolutions des technologies et de nos sociétés (usages accrus du numérique, développement du commerce en ligne...). Ce nouveau règlement européen s'inscrit dans la continuité de la Loi française Informatique et Libertés de 1978 et renforce le contrôle pour les citoyens de l'utilisation qui peut être faite des données les concernant.

Il harmonise les règles en Europe en offrant un cadre juridique unique aux professionnels. Il permet de développer leurs activités numériques au sein de l'UE en se fondant sur la confiance des utilisateurs.

Bien que les accès aux applications soient limités selon les profils, il n'existe pas de politique formalisée de contrôle d'accès aux applications informatiques, la gestion des habilitations n'est pas formalisée.

Les règles d'authentification des utilisateurs ne répondent pas toujours aux règles de sécurité attendues par le RGPD.

OBJECTIFS

Ecrire une politique de contrôle d'accès aux applications informatiques

Définir, formaliser et mettre en œuvre une gestion des habilitations permettant de limiter les accès aux seules données dont un utilisateur a besoin

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Audit annuel sur un échantillon de personnel présent / absent : nombre d'accès non justifiés.



SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATIONS

La sécurité du système d'information doit répondre à l'instruction n° SG/DSSIS/2016/309 du 14 octobre 2016 relative à la mise en œuvre du plan d'action sur la sécurité des systèmes d'information (« Plan d'action SSI ») dans les établissements et services concernés et application du RGPD. Les incidents liés à la sécurité des systèmes d'information se multiplient dans le monde. Selon l'éditeur Symantec, la France serait entrée en 2015 dans le top 10 des pays les plus touchés par le piratage informatique. Le cabinet de conseil Pricewaterhouse Coopers publie que le nombre de cyber-attaques recensées a progressé de 38% dans le monde en 2015, et 51% en France. Tous

les secteurs d'activités sont concernés. La sphère santé et médico-sociale n'est pas épargnée : selon un article récent, sur le deuxième trimestre 2016, les cybercriminels ont concentré leurs efforts sur le domaine particulièrement sensible et rentable de la santé. En effet, près de 90% des attaques ransomware sur cette période ont visé des établissements de santé dans le monde. Dans ce secteur, les incidents liés à la sécurité des systèmes d'information peuvent avoir un impact direct sur la sécurité des soins. Ils peuvent également avoir, comme ailleurs, un impact économique. Leur traitement est donc une priorité pour les pouvoirs publics et pour tous les producteurs de soins.

OBJECTIFS

Atteindre les items listés par l'instruction :

- Gestion du poste de travail
- Gestion des comptes utilisateurs
- Gestion des réseaux
- Gestion des contrats de sous-traitance SI
- Gestion des sauvegardes
- Gestion des ressources humaines
- Organisation

Pour suivre l'avancée de ce projet ...

- ✓ Taux d'avancement de chaque action

POLITIQUE BIENTRAITANCE et DEMARCHE DE REFLEXION ETHIQUE

Définition de la bientraitance :

« La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, du résident, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, du résident, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance.

Cette démarche globale met en exergue le rôle et les interactions entre différents acteurs que sont le professionnel, l'institution, l'entourage et le patient, le résident, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. »

Afin de répondre aux besoins et attentes des usagers, l'HIHL s'engage à mettre en place une démarche pérenne et structurée favorisant la bientraitance dans toutes ses unités, sa promotion est inscrite dans son projet institutionnel, en lien avec sa démarche qualité.

La **politique Bientraitance** de l'HIHL, repose sur l'engagement de la Direction et sur les valeurs institutionnelles partagées par l'ensemble des professionnels, fixées dans son Projet d'Etablissement.

La politique Bientraitance s'organise autour des quatre principes généraux suivants :

- ⇒ faire de la **promotion de la bientraitance** une préoccupation permanente,
- ⇒ **garantir l'amélioration des pratiques, des procédures et des organisations**, partagée dans le cadre d'une réflexion pluri-professionnelle et d'une **approche transversale**, en prenant appui sur une **dynamique d'évaluation individuelle et collective**,
- ⇒ développer la **lutte contre la maltraitance**.
- ⇒ Intégrer la réflexion éthique pour promouvoir la bientraitance

1. Les actes directeurs :

- **Ecouter et prendre en compte les attentes :**
 - o des usagers de l'HIHL les patients/résidents et leur entourage ainsi que les différents interlocuteurs externes.
 - o des professionnels de l'établissement
- S'assurer que les évolutions des **organisations favorisent la transversalité et le travail collectif** ;
- **Communiquer** sur la démarche bientraitance ;
- S'assurer que les **projets institutionnels** soient construits en intégrant les grands principes de la bientraitance ;
- **Développer l'écoute**, les enquêtes de satisfaction, favoriser la participation des usagers aux décisions les concernant. La définition de la bientraitance marque la nécessité de **favoriser la participation des usagers** aux décisions les concernant, au fonctionnement de l'établissement, notamment au travers de leurs représentants à la CDU et au Conseil de la Vie Sociale, en articulation avec les autres instances de l'établissement.

2. **La démarche Bientraitance** définie dans l'établissement, ainsi que son plan d'actions, est validée et suivie par ces deux instances.

Elle repose sur :

- Des orientations traduites en **recommandations de bonnes pratiques**.
- **Le Développement d'une culture de la Bientraitance** traduite par une Démarche collective de promotion et de renforcement de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance :
 - Prévention
 - Signalement
- **Une organisation interne** (réflexion éthique, référents, suivi des plaintes et réclamations et autres outils de prévention : charte institutionnelle, classeur bientraitance, ...), s'appuyant sur la formation des acteurs.

Elle a pour objectifs :

- de donner du sens au travail des équipes, au rôle de chacun, animer une équipe autour de l'organisation et du contenu du travail, construire une collaboration entre professionnels et usagers.
- de rechercher le développement du « sentiment d'autonomie » chez les résidents, d'un comportement de « bienveillance » de la part des professionnels.
- de communiquer largement avec bienveillance.

Cette démarche repose sur la responsabilisation des acteurs. Pour lui donner une légitimité importante, elle a été dotée de structures spécifiques, dont les missions et le fonctionnement sont définis :

- **Directeur** : garant du respect des valeurs et orientations institutionnelles, fondements de la Bientraitance **et du développement de la formation dans ce domaine** ;
- **Directeur des Soins et référent de la Direction des Soins** : responsable de l'organisation de la réflexion, pour susciter un questionnement dynamique de chaque professionnel, susciter une expression transversale, et de la mise en œuvre des actions et du signalement ;
- **Cadres** : responsables de terrain, garants de l'évaluation collective de proximité, de l'application des bonnes pratiques, du signalement ;
- **Binôme référent sur chaque site (cadre de santé/psychologue)** :
 - Développement de l'écoute
 - Animateurs de la réflexion éthique, en liens avec le Comité de Réflexion Ethique de l'établissement, dans lequel ils sont représentés, avec la participation des IDE formés, relais de terrain, avec le Médecin Coordonnateur
 - Garant de la bonne utilisation des outils et de l'évaluation, ainsi que de la diffusion des bonnes pratiques

3. **Un plan d'actions contre la maltraitance** découle de cette politique. Suivi par le CVS et la CDU, il doit s'appuyer sur des outils, parmi lesquels :

- **Procédure de signalement** ;
- **Définition d'une « Cellule de Crise »** et de ses modalités de fonctionnement (*organisation rapide des réponses à apporter aux protagonistes*) ;
- **Traçabilité** des modalités de suivi et de traitement des situations de maltraitance signalées ;
- **Démarche de soutien de la personne maltraitée** (éloignement de l'auteur des

faits, procédure disciplinaire) ;

- **Adaptation éventuelle des recommandations de bonnes pratiques**, après réflexion éthique sur la situation signalée ;
- **Des outils d'auto-évaluation** des professionnels et des équipes complétés par **des outils d'évaluation au plan institutionnel**.

Le Directeur



Arnaud DAVID
Le 12/02/2024

PREVENTION ET MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

La prévention et la maîtrise du risque infectieux se basent désormais sur une approche processus. Des pilotes ont été désignés par la Direction au sein du CLIN et de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

La Direction a défini les missions de ces pilotes, à savoir :

- Vérifier le fonctionnement du processus et la bonne utilisation des ressources allouées
- Suivre les indicateurs du processus ;
- S'assurer de l'atteinte des objectifs Qualité
- Décider de solutions pour corriger les dysfonctionnements rencontrés ;
- Proposer des actions d'amélioration ;
- S'assurer de la mise en œuvre des actions décidées et vérifier leur efficacité.

Cette approche s'inscrit dans une organisation globale, permettant de réaliser **un bilan de ce processus**, qui repose sur les éléments suivants :

- Une revue périodique de processus (pilote et équipe pour chaque processus) et au sein du CLIN
- Une revue du Programme d'Amélioration Qualité/Sécurité (PAQS) (en Cellule QVR)

1. MESURES DE PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Le CLIN élabore des recommandations, accessibles via la gestion documentaire Qualité de l'HIHL (Procédure, fiche technique etc...), et disponibles sur le site Intranet (classeurs Qualité) de l'établissement.

En cas de procédure dégradée, les documents en version papier sont disponibles dans chaque service de Médecine.

Ces recommandations concernent :

- ✓ Les bonnes pratiques d'hygiène liées aux soins : hygiène des mains, tenue vestimentaire, sécurité des actes à risque (sondage vésical, cathétérisme, ...)
- ✓ La prévention de la transmission de Bactéries Multi Résistantes (BMR), Bactéries Hautement Résistantes émergentes ou BHRé,
- ✓ La prévention des risques épidémiques
- ✓ L'épidémiologie et les signalements (Infectiovigilance) en collaboration avec le Laboratoire de microbiologie, la Pharmacie
- ✓ L'utilisation des dispositifs médicaux réutilisables (désinfection)
- ✓ L'utilisation des produits (désinfectants, ..)
- ✓ La sécurité de l'environnement (air, eau, surfaces, hygiène des locaux, ...).

2. EVALUATIONS

Les recommandations, procédures, conduites à tenir sont complétées par des évaluations de pratiques. *Cf tableau de bord des EPP et enquêtes de l'HIHL.*

Les résultats des évaluations de pratiques, audits nationaux, enquêtes de surveillance, audits internes, auto évaluations,... sont communiqués à chaque responsable de services, à toutes les instances, puis intégrés au bilan du CLIN.

Un outil permettant l'identification des risques liés à l'organisation et aux pratiques de l'établissement a été élaboré selon la méthodologie définie par l'HIHL à savoir une approche chronologique (description par activité) associée à une approche PDCA.

Il a permis de réaliser un autodiagnostic pour analyser la maîtrise du risque infectieux, d'identifier les écarts et points forts au regard des attentes de la certification et de compléter la cartographie des risques liés à cette thématique, notamment au niveau du management du processus.

Pour chaque risque identifié, non ou insuffisamment maîtrisé, le CLIN se fixe des objectifs d'amélioration pour la période à venir et s'engage dans un plan d'action.

Il identifie les responsables en charge de la mise en œuvre des actions et de leurs suivis, précise la date de début et de fin prévisionnelle, fixe les modalités/indicateurs de suivi (moyens retenus) afin d'atteindre l'objectif fixé, *cf PAQS et Compte Qualité*.

Les objectifs du programme annuel de lutte contre les infections nosocomiales sont définis annuellement et insérés sous la forme d'une fiche annexée au livret d'accueil, dans l'intranet et Internet de l'établissement.

3. SURVEILLANCES

Les surveillances s'inscrivent dans le Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales et participent aux objectifs de prévention du risque infectieux dans l'établissement.

3.1 Enquêtes régionales Réseau CPIAS Nouvelle Aquitaine

- Surveillance de la consommation des antibiotiques : ATB,
- Surveillance des bactéries multi résistantes aux antibiotiques : BMR,
- Surveillance des accidents avec exposition au sang : AES (Service de Santé au Travail).

3.2 Surveillances annuelles internes

- Enquête de Prévalence annuelle "un jour donné" des infections associées aux soins,
- Surveillance des BMR de l'établissement

3.3 Surveillance épidémiologique

L'épidémiologie de l'établissement est réalisée par le Laboratoire de Microbiologie, elle est corrélée à l'analyse des consommations des antibiotiques suivie par la pharmacie, présentée en CLIN.

3.4 Surveillance environnementale

Elle comporte plusieurs volets :

- La surveillance de l'environnement est réalisée en collaboration avec la Direction des Travaux et Services Techniques et le Laboratoire de Microbiologie.
- L'aménagement des locaux et la réalisation de travaux pour leurs conséquences en terme de risque infectieux.
- l'acquisition d'équipement ou de matériel, choix de produits de désinfection ou de nettoyage, le bionettoyage
- des campagnes de prélèvements sont organisées et planifiées au sein du pôle restauration et blanchisserie, réalisées par un prestataire extérieur selon un cahier des charges répondant à la réglementation actuelle.

4. DISPOSITIF D'ALERTE et INFECTIOVIGILANCE

L'EOH et/ou le CLIN sont avertis par le Laboratoire (prestataire externe), les services cliniques, le service de Santé au Travail d'évènements inhabituels dont l'origine est infectieuse et/ou nosocomiale ou pour lesquels il existe un risque de transmission élevée.

L'EOH et /ou le CLIN mettent en œuvre les investigations nécessaires.

Dans certains cas, un signalement aux tutelles est réalisé (e.SIN)

Le dispositif concerne notamment :

- Les cas groupés d'infection.
- Les infections particulièrement graves
- Les infections suspectes d'avoir entraîné un décès.
- Les Bactéries Multi Résistantes
- Les micro-organismes ayant un profil inhabituel de résistance et/ou à potentiel épidémique : BHRe, Infection à *Clostridium difficile*, gastro-entérites à *norovirus*,...
- Les infections liées à l'environnement : légionellose, aspergillose, TIAC.

5. FORMATIONS

- Les actions de formation sont inscrites dans le plan de formation continue de l'établissement
- Elles s'adressent à tous les professionnels
- L'EOH assure ces formations, en interne. Le CPIAS Nouvelle Aquitaine dispense des formations en externe pour les correspondants et les pilotes du processus.

6. INFORMATION DES PROFESSIONNELS

- Les résultats d'enquêtes, d'audits, évaluations de pratiques sont communiqués aux personnels concernés et présentés en réunion de CLIN, CME, CSIRMT, CHSCT, CDU et réunion Cadres.
- Les actions élaborées sont diffusées à chaque responsable, sous forme de documents (cf classeur Evaluation, enquête, indicateur) intranet auprès des médecins et cadres et flash info.
- Des journées à thèmes sont réalisées : Hygiène des mains, Sécurité du patient...

7. INFORMATION DES PATIENTS

- Le livret d'accueil patient contient une information synthétique sur la politique de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement.
- Les patients et/ou les familles peuvent être associés aux mesures de prévention des infections nosocomiales (ex : patients porteurs de BMR, ICD, BHRe), les plaquettes d'information patients sont mises à disposition du public
- Les représentants des usagers sont invités au CLIN au cours duquel sont présentés le bilan et les objectifs annuels.
- Des journées à thèmes sont réalisées : Hygiène des mains, Sécurité du patient...

8. INFORMATION DES USAGERS SUR LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS - SCOPE SANTE

Les indicateurs nationaux du tableau de bord des infections nosocomiales :

- ✓ Indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains : ICSHA.3
- ✓ Indicateur composite de bon usage des antibiotiques : ICATB.2

Ils sont consultables dans l'établissement au niveau du tableau d'affichage réglementaire, sur Intranet, sur le site Internet et sur SCOPE SANTE du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

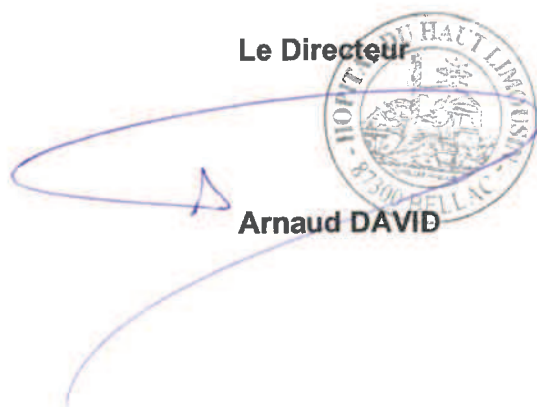
Des journées à thèmes sont réalisées : Hygiène des mains, Sécurité du patient...

9. ACTIONS DE COOPERATION INTER ETABLISSEMENTS, PROFESSIONNELS LIBERAUX

Des actions de coopération inter établissements sont formalisées :

- Etablissements pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD),
- Maison d'accueil spécialisée pour handicapés physiques et mentaux (AREHA)

Le Directeur



Arnaud DAVID

The image shows a circular official stamp of the 'Hôpital de Haut Limousin' with the text '87300 BELLAC' at the bottom. A blue ink signature, 'Arnaud DAVID', is written over the stamp, with a large loop extending to the left.

POLITIQUE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Préambule :

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un des droits fondamentaux de toute personne.

Le soulagement de la douleur est inscrit dans le code de la santé publique, dont l'Article L 1110-5 du CSP précise que « ...toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée...”

Selon l'article L1112-4 du CSP : *les établissements de santé (...) mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert (...). Ils assurent, à cet égard, la formation initiale et continue des professionnels de santé et diffusent (...) les connaissances acquises, y compris aux équipes soignantes, en vue de permettre la réalisation de ces objectifs en ville comme dans les établissements. Ils favorisent le développement de la recherche.*

La prise en charge et la lutte contre la douleur sont des priorités de l'établissement, et font partie intégrante du projet d'établissement.

Un contrat d'engagement de la prévention et de lutte contre de la douleur a été signé par l'établissement et figure dans le livret d'accueil remis à chaque entrant (sanitaire, médico-social, etc...). La prévention et la lutte contre la douleur s'inscrivent de l'accueil à la sortie, tout au long du parcours du patient et/ou résident.

La politique de lutte contre la douleur vise à créer une véritable culture de prévention, d'évaluation, et de prise en charge de la douleur (aigüe, chronique, induite par le soin, psychique, physique, ...)

Elle tend à :

- Garantir l'évaluation, l'identification et le prise en charge de la douleur (moyens médicamenteux et non médicamenteux)
- Former et informer les soignants sur les prises en charges non médicamenteuses de la douleur (massages, bains thérapeutiques...)
- Adapter l'évaluation et le traitement de la douleur à l'état clinique du patient (communicant/non communicant, voie d'administration)
- Prévenir les risques et sécuriser les pratiques
- Évaluer et améliorer en continu le processus de prise en charge de la douleur

Un Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), instance pluriprofessionnelle, existe au sein de l'HIHL et est en charge du pilotage de la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur. Il est composé de professionnels médicaux et paramédicaux. Il a pour rôle de :

- Proposer des objectifs en termes d'amélioration de la prise en charge de la douleur ;
- Proposer, organiser, coordonner, évaluer les actions ;

- Promouvoir les actions de formation continue des personnels de santé ;
- Assurer la liaison avec d'autres instances transversales de soins (ex : comité du médicament) ;
- Établir un programme d'actions annuel ;
- Informer des résultats des actions entreprises ;
- Donner un avis sur les projets d'acquisition de matériels nécessaires au traitement de la douleur.

Cette politique s'inscrit aussi dans le cadre du processus de prévention et de lutte contre la douleur, suivi et animé par un pilote avec un plan d'actions réactualisé régulièrement. Ce processus « Prise en charge de la douleur » a des interfaces avec d'autres processus tels que la « prise en charge médicamenteuse », « Droits et informations », etc...

Depuis 2009, en collaboration avec le CHU de Limoges, l'établissement héberge une Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP).

L'HIHL dispose également d'une consultation douleur pour la prise en charge des douleurs chroniques.

Les axes stratégiques :

La prise en charge de la douleur requiert l'implication de l'ensemble des acteurs.

La politique de prévention et de lutte contre la douleur s'articule autour de 5 axes à partir desquels l'HIHL établira son plan d'action pluriannuel élaboré par l'instance pilote CLUD :

- Promotion des soins :
- Information et formation
- Recherche clinique
- Evaluation
- Communication extérieure

1. Promotion des soins

- Le CLUD dresse un état des lieux et propose, pour améliorer la prise en charge de la douleur, les orientations les mieux adaptées à l'établissement.
- Il coordonne au niveau de l'ensemble des services de l'établissement toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, quel qu'en soit le type, aigu ou chronique, l'origine, maligne ou non, et le contexte (âges extrêmes de la vie, handicap, maladies mentales, phase terminale de la vie, douleurs provoquées par les gestes invasifs...°
- Il travaille en étroite collaboration avec la CME et la PUI (Pharmacie à usage intérieur)
 - En relation avec la PUI mise en place d'une politique d'approvisionnement, de réglementation et d'utilisation des morphiniques
 - Le CLUD a rédigé des recommandations de prescription et d'utilisation des morphiniques à l'usage des internes et des jeunes praticiens
 - Validation d'échelles de la douleur : patients résidents et les personnels (auto évaluation et hétéro évaluation)
- Avec l'appui du Bureau QVR, il veille à la rédaction de procédures, à leur validation, à leur diffusion en relation avec la CME et ses sous commissions.
- Une gestion documentaire est disponible sur l'INTRANET de l'établissement
- L'établissement a mis en place une consultation douleur chronique

2. Information et formation

- Le CLUD participe aux actions de formation dans le domaine de la douleur
- Il valide les programmes de formation continue des personnels de l'établissement dans le domaine de la prise en charge de la douleur
 - MEOPA utilisation et formation des professionnels (binôme IDE/AS) : formations régulières 2 à 3 par an (hors période COVID)

- Formation spécifique Douleur Personnes Agées
- Collaboration étroite entre le CLUD et l'EMSP, et avec le service de soins palliatifs du CHU Limoges
- DU Douleur des personnels médicaux et paramédicaux
- Etc...

3. Recherche clinique

- Il participe en collaboration avec le responsable médical de l'EMSP du pôle référent, à la mise en œuvre des programmes de recherche clinique dans le domaine de la douleur.

4. Evaluation

- Le CLUD veille à la bonne application des protocoles
- Il participe à la promotion et l'évaluation des pratiques dans le domaine de la prise en charge de la douleur
- Il évalue la qualité de la prise en charge
 - Indicateur QSS etc...
 - Audits
 - Enquête de satisfaction
 - Etc...

5. Communication extérieure

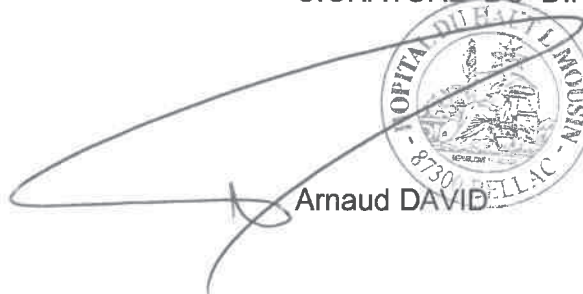
- La communication professionnelle est assurée par le CLUD en direction des partenaires extérieurs : médecins, soignants, patients, en relation étroite avec l'EMSP.

SIGNATURE DU PRESIDENT DU CLUD



Gérard TERRIER

SIGNATURE DU DIRECTEUR



Arnaud DAVID

POLITIQUE PRÉVENTION DES CHUTES A L'HIHL

La définition d'une politique de prise en charge des chutes des personnes âgées admises à l'HIHL est essentielle pour garantir la mise en place de stratégies :

- De repérage du risque de chutes
- De prévention
- De réadaptation multifactorielle et personnalisée

1. Objet et domaine d'application

Cette politique vise à définir toutes les actions mises en place au sein de l'établissement pour prévenir les chutes, leur récurrence et leurs complications.

Elle est destinée aux professionnels médicaux et paramédicaux de tous les services de soins et d'hébergement, la prévention des chutes devant associer l'ensemble des personnels.

2. Références

- Les référentiels d'activités et de compétences des kinésithérapeutes : arrêté du 2/09/2015
- Les référentiels d'activités et de compétences des ergothérapeutes : arrêté du 5/07/2010
- Les référentiels d'activités et de compétences de l'enseignant APA version mai 2016 (SFP-APA)
- Décret de compétences relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier du 29 juillet 2004.
- Référentiel d'activité de l'AS : arrêté du 25 janvier 2005.

Une politique institutionnelle concernant l'usage de la contention est en cours de formalisation

3. Responsabilités

- Responsabilité relative à la définition de la politique

Le Directeur de l'établissement, le président de la CME et le coordonnateur général des soins ou son représentant sont tenus à la mise en œuvre d'une politique de prévention des risques, concernant la prévention des risques inhérents à la vulnérabilité des personnes prises en charge.

- Responsabilité concernant l'observation de la politique mise en œuvre au quotidien

Les médecins et les cadres de santé sont responsables de la communication et de l'application de la politique auprès des équipes paramédicales, ainsi que de l'évaluation des pratiques en matière de prise en charge des chutes.

4. Les partenaires

- CSIRMT : donne son avis sur le projet de soins et l'organisation générale des soins et participe à la politique d'amélioration continue de la qualité de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins.
- CME : contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à l'élaboration des projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des patients.
- DMA : réflexion sur le plan d'équipement pour l'achat du matériel (lits Alzheimer...), sur la réfection des locaux (sols, mains courantes...), sur les facteurs de risques environnementaux
- QVR : traitement des fiches d'événements indésirables, mise à jour et diffusion des procédures
- Référent OSIRIS : recherche des indicateurs de suivi

5. Les moyens

• Formation des professionnels de santé

Des formations institutionnelles sont proposées. Elles visent à acquérir plusieurs compétences.

- Formation manutention adaptée (AS mobilité et Kinésithérapeutes).
- Formation référents manutention (AS mobilité et Kinésithérapeutes).
- Formation contention (ergothérapeutes, médecin coordonnateur des EHPAD, AS mobilité).

Des formations diététiques ponctuelles sont proposées (dénutrition, déshydratation, prise en charge du diabète, alimentation équilibrée)

Une journée sécurité patient est organisée annuellement.

• Les moyens humains

L'équipe soignante est composée de professionnels de compétences diverses : la pluridisciplinarité est essentielle en ce qui concerne la réflexion et les actions.

L'établissement dispose d'une équipe de rééducateurs composée de kinésithérapeutes et ergothérapeutes. Ils sont aidés dans leur activité par trois professeurs d'activités physiques adaptées et des « AS mobilité ».

- Le groupe pilote « processus prévention des chutes »
- Médecins/pharmaciens : prévention du déficit en vitamine D, bon usage des médicaments et notamment des psychotropes.
- IDE, AS, ASH : repérage des sujets à risques dès l'admission, coordination des soins
- Kinésithérapeutes : prise en charge individualisée des sujets à risque, travail sur l'équilibre, renforcement de la masse musculaire.
- Ergothérapeutes : travail sur l'équilibre, préconisation d'aides techniques, d'aménagement de l'environnement de la personne, aide dans les actes de la vie quotidienne (ex : toilette, habillage).
- Diététiciennes : repérage des sujets dénutris ; prévention et prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation, maintien d'un bon état nutritionnel, prise en charge du diabète...
- Professeur d'activités physiques adaptées : préservation ou rétablissement de l'équilibre et la marche par l'activité physique régulière, travail en collaboration avec les animatrices.
- Aides à la mobilité : maintien ou stimulation de l'autonomie, vérification de l'adéquation entre l'autonomie et le matériel de manutention utilisé, entretien à la marche...

Les patients et résidents ont accès à des médecins spécialistes (ORL, ophtalmologie...) dans le cadre des consultations avancées.

- Les moyens matériels

Une cartographie a été élaborée pour faire apparaître les principaux risques et permettre d'orienter les actions prioritaires.

Les chutes sont signalées et font l'objet d'un rapport dans le dossier patient qui précise les circonstances, le lieu, l'heure, les actions de soins mises en place : le groupe de travail « chutes » souhaite la mise en place annuelle d'un recueil de données (requête OSIRIS) qui sera comparé aux données antérieures et aux données issues des autres établissements. Ce recueil permettra d'identifier des écarts entre les objectifs des actions réalisées et les effets constatés et d'envisager des actions de correction au sein de l'établissement.

A chaque restructuration, une réflexion est menée sur l'aménagement des locaux. Le plan d'équipement est révisé chaque année.

Une plateforme de réadaptation fonctionne sur le site de Bellac : elle permet la prise en charge de patients pour la rééducation des activités de la vie quotidienne et de proposer des aménagements au domicile avant la sortie d'hospitalisation. Elle a été conçue comme un appartement permettant de rechercher des solutions d'adaptation, des équipements tant pour le domicile que pour les services de l'HIHL.

Chaque site dispose d'une salle de rééducation.

L'établissement dispose d'une offre de soins spécifique, l'hôpital de jour qui est destiné à la prise en charge de personnes à risque de chutes.

- Autres moyens

Des actions de prévention primaires sont proposées en dehors de l'établissement dans le cadre de la prévention hors les murs.

5.5 Autres partenaires :

- Les animatrices de l'HIHL favorisent le lien social. A travers des activités menées, elles peuvent contribuer au maintien des capacités à limiter les installations des fragilités.
- L'ASP peut mener des actions d'information pour aider à dépister et limiter les installations de fragilité (entre autres la chute).
- L'IPA contribue au repérage des fragilités, peut proposer un programme et une coordination des soins visant à prévenir les chutes.

5.6 Autres politiques qui contribuent au maintien des capacités et des actes de la vie quotidienne :

- Politique Manutention et politique maintien des capacités restantes.

Le Directeur



A. DAVID

POLITIQUE « PRISE EN CHARGE DE L'ESCARRE » A L'HIHL

La définition d'une politique de prise en charge de l'escarre des personnes âgées prises en charge à l'HIHL est essentielle pour garantir :

- La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents. (Axe 2 d'évaluation, des thèmes et des indicateurs de suivi recommandés au regard de l'ANESM et HAS)
- Le maintien des capacités des personnes accueillies dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance (axe 3 d'évaluation, des thèmes et des indicateurs de suivi recommandés au regard de l'ANESM et HAS)

1. Objet et domaine d'application

1.1 Objet

Cette politique a pour objet de mettre en cohérence toutes les actions de soins en lien avec une prise en charge adaptée et bienveillante dans le respect de la personne accueillie. Elle vise l'harmonisation des pratiques professionnelles et s'inscrit dans la démarche d'évolution des pratiques soignantes en lien avec les traitements à disposition et matériels de soins

1.2 Domaine d'application :

Cette politique est destinée aux professionnels médicaux et paramédicaux de tous les services de soins et d'hébergement. Elle vise à :

- Prévenir l'apparition d'escarres au cours du séjour
- Prendre en charge les résidents porteurs d'escarres.

2. Fondements, références et définition

2.1 Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code **Article R. 4311-5**

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : Prévention et soins d'escarres ;

3. Responsabilités

3.1 Responsabilité relative à la définition de la Politique

Le Directeur de l'Etablissement, le Président de la CME et le Directeur Coordonnateur des Soins ou son représentant sont tenus à la mise en œuvre d'une politique de prévention des risques, concernant la prévention des risques inhérents à la vulnérabilité des résidents.

3.2 Responsabilité concernant l'observation de la politique mise en œuvre au quotidien

Les médecins et les Cadres de Santé sont responsables de la communication et de l'application de la politique auprès de leur équipe, ainsi que de l'évaluation des pratiques en matière de Prise en charge de l'escarre au quotidien.

4. Exécution :

4.1 Formation des professionnels de santé

- Formation de trois Infirmiers au DU « Plaies et Cicatrisation »
- Mise en place d'un groupe Pilote/experts en Prise en charge de l'escarre à l'HIHL, avec les 3 Infirmiers titulaires de DU (Escarre et Plaies et Cicatrisations) et des 4 Ergothérapeutes.
- CO animation des formations Prise en charge de l'escarre inscrite au plan de formation continue par un Infirmier titulaire d'un DU Plaie et Cicatrisation et un Ergothérapeute
- Mise en place de « Référénts Escarre » dans chaque service par UF, qui ont suivi une formation spécifique pour appuyer les actions de formation dispensées par les Formateurs internes, et assurer le suivi du matériel d'aide à la prévention des escarres avec l'appui des Ergothérapeutes de chaque site.

4.2 Les acteurs

Cadre Supérieur de Santé missionné sur la Formation et Responsable de la Formation Continue/DRH : Référénts de la politique.

Les Infirmiers/Formateurs Internes détachés sur les actions de formation des Escarres des agents et L'équipe d'Ergothérapeutes assisté du groupe pilote « Escarre »

Missions :

- Réaliser une enquête de prévalence annuellement afin de mesurer l'évolution du nombre d'escarres dans l'établissement. L'analyse des résultats permettra de mesurer la pertinence des actions mises en place et d'apprécier la progression.
- Aider à l'analyse d'une situation complexe de prise en charge d'une escarre,
- Rappeler des bonnes pratiques à l'équipe
- Accompagner les nouveaux personnels qui n'ont pas encore suivi de formation de base
- Proposer des audits
- Participer au choix du matériel acheté pour la prise en charge de l'escarre
- Contrôler avec la participation des Référénts « Escarre » des services, l'état du matériel à disposition et le suivi en collaboration avec l'équipe pilote.
- Participer à l'évaluation des pratiques professionnelles de l'Escarre et de l'utilisation du matériel

4.3 Les Partenaires :

CSIRMT et CME

DMA : service des achats, Magasin, service technique

4.4 Les Moyens :

Classeur Qualité « Dossier Patient/Résident Informatisé »

Classeur Qualité « RISEQ » disponible via Intranet, intégrant la liste des Référénts, les fiches d'identification du matériel, les procédures et protocoles de soins, etc.

Liste des Référénts Escarre consultable sur INTRANET (*en cours*)

Plan de formation continue avec programmation pluriannuelle :

- de 1 à 2 actions de formations de base pour le personnel.
- D'une journée de formation ou réunion de suivi pour chaque Référént Escarre par an

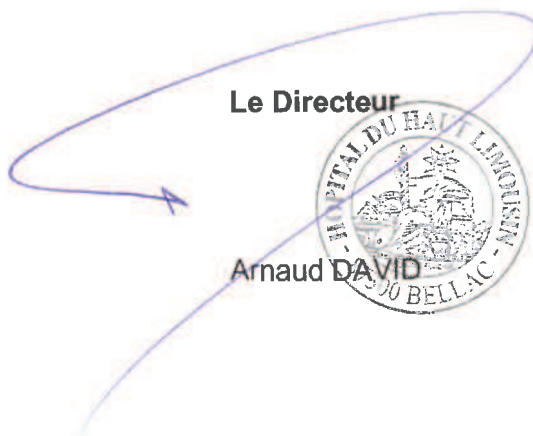
Tous les ans :

- Participation des Formateurs au congrès PERSE et autres pour mise à jour des connaissances
- Formation de base pour les nouveaux Référents Escarre pour compenser les départs par mutation retraite etc., et garder au minimum un Référent par service.

Lettre de Mission :

- Référents Escarre

Le Directeur



Arnaud DAVID



POLITIQUE DE LA GESTION ET TENUE DU DOSSIER PATIENT

La définition d'une politique de gestion et de tenue du Dossier du Patient est essentielle dans un établissement hospitalier, tant pour garantir la continuité des soins, l'harmonisation des pratiques, que pour assurer le respect des droits des patients, en application du Projet d'Etablissement.

1. Objet et domaine d'application :

1.1. Objet

Cette politique a pour objet d'intégrer et de mettre en cohérence la gestion du dossier du Patient dans la politique de soins et la politique institutionnelle, la qualité du processus de la prise en charge des patients.

Elle vise l'harmonisation des pratiques professionnelles et s'inscrit dans la démarche d'évolution du système d'information à l'HIHL.

1.2 Domaine d'application :

Cette politique est destinée aux professionnels médicaux et paramédicaux de tous les services de soins et d'hébergement. Elle vise à faciliter la coordination des soins et la continuité de la prise en charge par la rédaction de plusieurs procédures explicitant la composition du dossier patient, le circuit du dossier patient jusqu'à son archivage, réunies dans un guide d'utilisation disponibles via Intranet (Dossier Patient).

2. Fondements, références et définition :

2.1 Fondements, références

Code de la santé publique

Le dossier Patient appelé également dossier médical, obligation réglementaire, selon l'art R1112-2 du code de la santé publique est constitué pour chaque patient pris en charge à l'Hôpital Intercommunal du Haut Limousin.

3. Responsabilités :

3.1 Responsabilité relative à la maîtrise du document :

Le Directeur de l'établissement, le Président de la CME et le Directeur Coordonnateur des Soins ou son représentant sont tenus de veiller à la diffusion, à l'application, à l'évaluation et à la mise à jour de la politique.

3.2 Responsabilité concernant l'observation de la politique

Les médecins et les Cadres de Santé sont responsables de la communication et de l'application de la politique auprès de leur équipe, ainsi que de l'évaluation du dossier.

Le corps médical et le corps infirmier sont responsables de la mise en œuvre du dossier de soins. La qualité de la tenue dossier de soins exige l'engagement de tous les soignants.

4. Exécution :

4.1 Constitution du Dossier Patient

Le Dossier Patient traduit le processus évolutif et dynamique de la prise en charge du patient.

Ce processus est décrit dans un document intitulé « guide d'utilisation du Dossier Patient » disponible via Intranet.

Le Dossier Patient garantit la qualité et la sécurité des soins, principale source d'informations des éléments constituant la prise en charge du patient. Il permet la coordination entre les différents acteurs de soins intervenant dans une prise en charge pluri-professionnelle et multidisciplinaire

Son contenu constitue le support de l'évaluation des pratiques professionnelles et traduit la qualité de l'activité hospitalière

L'Etablissement est engagé dans l'amélioration de la conformité du contenu du Dossier Patient. Depuis 2010 le Dossier Patient est informatisé et procède par étape à la dématérialisation et la sécurisation des données, via le schéma directeur du Système d'Information Hospitalier (SIH).

La mise en place d'une cellule d'Identitovigilance garantit la sécurité de l'identification du patient via le classeur « Identitovigilance » disponible sur Intranet, dont les travaux ont permis de rédiger une Charte d'identitovigilance, un Règlement Intérieur et des règles évitant les doublons.

Lorsque le Bureau des Admissions est fermé, une procédure intitulée « MEDIANE light » permet aux soignants de créer un dossier administratif minime leur ouvrant l'accès au dossier médical dans OSIRIS sans créer de doublons de dossier Patient.

5. Les acteurs

5.1 Pilotage du Processus « Dossier Patient »

Un groupe Pilote assure le suivi du Processus « Dossier Patient » il est composé de :

- D'un représentant du Corps Médical
- D'un représentant de la Direction des Soins
- D'un Cadre de Santé
- Du Réfèrent/Pilote Infirmier et Formateur OSIRIS
- Du TIM et Responsable des AMA
- De deux Infirmiers issus du groupe des Réfèrents/services OSIRIS (liste disponible via INTRANET)

5.2 Droits d'accès des professionnels de santé

Les modalités pour accéder au Dossier Patient informatisé sont décrites dans une « Charte d'accès et d'usage du système d'information » disponible dans le classeur SIH mis en ligne sur Intranet.

Grâce à l'enregistrement de leur profil métier, les professionnels ont accès à l'ensemble des données en consultation mais ne peuvent gérer que les données correspondant à leur profil. Une carte de professionnel de santé est remise à chaque professionnel médical et non médical de l'établissement ainsi qu'aux acteurs de santé extérieurs disposant de droits d'accès au Dossier Patient Informatisé. L'organisation de la remise des cartes est décrite dans la charte. Parallèlement un logiciel permettant un accès sécurisé au dossier patient à distance a été installé au sein des cabinets médicaux des médecins exerçant au sein du HIHL. Ce processus ne concerne que les médecins.

5.3 Formation des professionnels de santé

Depuis le 1^{er} janvier 2016, un Infirmier « Réfèrent/Pilote » est détaché à hauteur d'un mi-temps sur le Dossier Patient Informatisé, sous la responsabilité de la Direction des Soins. Une organisation est mise en place pour former les nouveaux personnels : les formations sur le

dossier informatisé sont prévues au Plan de Formation de l'établissement, un accompagnement individuel peut être planifié et des Infirmiers/Référents par service sont identifiés.

6. Communication du Dossier Patient au Patient

6.1 L'accès du patient à son dossier est organisé via une procédure disponible dans le Classeur « Dossier Patient et Prise en charge des Usagers »

7 Gestion des risques du Dossier Patient

7.1 Une cartographie a été élaborée pour faire apparaître les principaux risques et permettre d'orienter les actions prioritaires en matière de gestion du Dossier Patient. Les risques de ce processus ont été identifiés dans une cartographie des soins Médecine/SSR/USLD/EHPAD : « Gestion du Dossier Patient DPU/DPI PEP »

8. Le circuit et l'archivage du Dossier Patient

Le circuit et l'archivage du dossier sont définis dans une procédure^{1 bis} du Dossier Patient Informatisé.

9. Continuité de la prise en charge en cas de panne informatique :

Une démarche courante en prévention d'une panne est en place pour préserver les éléments indispensables à la continuité de la prise en charge ; un fonctionnement en mode dégradé en cas de panne est prévu ainsi qu'un plan de reprise d'activité.

10. Evolution du Dossier Patient :

Le Dossier Patient évolue en fonction des recommandations de l'HAS, il est actualisé régulièrement par la mise en ligne des différentes versions communiquées par l'éditeur du Logiciel.

En interne, un outil disponible via INTRANET permet à chaque utilisateur de faire remonter au groupe Pilote du Processus « Dossier Patient » les problématiques et demandes d'évolution.

11. Evaluation du dossier Patient

L'Etablissement réalise le recueil de l'indicateur IPAQSS, organise des évaluations sur les problématiques observées via la cartographie des risques. Les plans d'actions des audits, EPP etc.... sont relayés par les utilisateurs via une organisation coordonnée par le pilote du processus et la cellule Qualité Vigilances Risques.

POLITIQUE HOTELIERE DE L'HOPITAL INTERCOMMUNAL DU HAUT LIMOUSIN

La politique hôtelière est indissociable de la qualité des soins. Elle constitue l'un des éléments du Projet d'Etablissement (*en cours d'élaboration*).

L'hôtellerie est une valeur ajoutée à l'acte de soins, pour cela elle doit rassembler les notions de services, d'accueil, de sécurité et de confort.

L'amélioration continue de la qualité des prestations hôtelières est une préoccupation constante.

Elle est possible grâce à la coopération étroite entre les professionnels de l'établissement en particulier entre la direction des soins et la direction des moyens et de l'activité.

En effet, l'hôtellerie regroupe l'ensemble des acteurs contribuant aux prestations de confort et à la réalisation du projet de vie collectif et individuel des usagers de l'établissement.

La politique hôtelière fixe les orientations stratégiques dans les domaines d'activité concernés.

Ces orientations stratégiques sont déclinées en actions d'amélioration inscrites dans le plan global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

Les indicateurs attachés à ces actions permettent d'évaluer chaque année l'amélioration de la politique hôtelière.

La politique hôtelière de l'établissement comporte sept orientations stratégiques :

- La qualité de l'accueil
- la qualité de la restauration
- la qualité de la prestation linge
- la qualité de prestation de nettoyage des locaux
- la prise en compte du développement durable
- le confort des locaux individuels et collectifs
- les services proposés au-delà de l'hôtellerie

Ces orientations s'appuient sur les prestations hôtelières existantes et la mesure de la satisfaction des usagers sur ces prestations, elles seront mises en œuvre au moyen des actions inscrites dans le plan global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement.

La politique hôtelière doit être connue et évaluée.

1. Les prestations hôtelières existantes

1.1 L'accueil

Complétant l'accueil administratif réalisé par le Bureau des Admissions, l'accueil physique des patients et des résidents ainsi que celui des accompagnants est assuré par le cadre de santé du service ou son représentant. Un livret d'accueil est remis à chaque nouvel usager confortant les explications orales qui lui sont données.

1.2 La restauration

La fabrication des repas :

Les repas sont fabriqués par l'unité centrale de restauration du Pôle Logistique.

Le service :

Le petit déjeuner est servi en chambre, en général entre 7 heures et 8 heures.

Le déjeuner et le dîner sont servis en salle à manger dans les services d'hébergement et de soins de longue durée.

Ils sont servis en chambre, en service plateau, dans les services de Médecine et de Soins de Suite.

Le déjeuner est servi vers 12 heures.

Le dîner est servi vers 18 heures.

Une collation est proposée vers 15 heures dans tous les services, ainsi que, ponctuellement à la demande, dans la soirée.

Les menus :

Un plan alimentaire sert de base à la composition des menus.

Les menus sont affichés dans les unités de soins de longue durée et les services d'hébergement.

Les goûts et les régimes particuliers sont pris en compte.

Les accompagnants :

Les accompagnants peuvent prendre leur repas au sein de l'établissement 7 jours sur 7 sous réserve d'avoir passé commande auprès du service concerné.

Les repas particuliers :

Des repas à thème et des repas festifs sont proposés en cours d'année.

Des gâteaux d'anniversaire sont préparés pour les résidents des services d'hébergement et de soins de longue durée.

L'expression des besoins et de la satisfaction :

A l'attention des résidents, la commission de restauration permet de recueillir les souhaits de variation des menus. Cette commission, ouverte à tous les résidents qui souhaitent y participer se réunit trois fois par an en alternance sur les sites de l'établissement.

Une enquête de satisfaction est réalisée périodiquement. Ses résultats sont transmis à la Commission Des Usagers et au Conseil de la Vie Sociale (CVS).

La nutrition :

Le Comité Local Alimentation Nutrition (CLAN) contribue à la mise en œuvre des actions d'amélioration dans la prise en charge nutritionnelle des patients et des résidents.

1.3 Le linge

Le traitement du linge :

Tout le linge hospitalier est traité au sein de la blanchisserie centrale du Pôle Logistique de l'établissement.

Le linge du lit ainsi que le linge de toilette sont fournis par l'établissement.

Le linge personnel des résidents peut être traité par la blanchisserie centrale si le résident en fait la demande.

Ce traitement est de type industriel, il comporte le lavage-séchage-pliage (sans prestations de repassage ni couture).

Les thermolactyls, vêtements contenant de la soie ou de la laine, même en petite quantité ne peuvent pas être traités par la blanchisserie centrale.

L'identification des vêtements :

A l'entrée et en cours de séjour, tous les vêtements doivent être identifiés à l'aide d'étiquettes tissées et cousues avec le nom et le prénom du résident, y compris lorsque le linge est entretenu par la famille.

Les vêtements entretenus par la blanchisserie seront identifiés en supplément par un système d'étiquettes à code barre thermocollées, à la charge de l'établissement, dès l'entrée du résident.

1.4 La chambre et son environnement

La chambre à un ou deux lits :

Toutes les unités et services disposent de chambres entièrement meublées, à un ou à deux lits.

Les patients hospitalisés en médecine ou en soins de suite ne sont pas autorisés à apporter du mobilier personnel.

Les chambres comportent un téléphone. Le coût des communications est à la charge du patient ou du résident.

La télévision :

- En médecine et en soins de suite, toutes les chambres sont équipées de téléviseurs pouvant faire l'objet d'une location à la demande auprès du bureau des admissions.
- En soins de longue durée ou en hébergement, les résidents peuvent apporter leur téléviseur personnel.

Sécurité électrique : Le téléviseur personnel doit être vérifié par un agent des services techniques avant sa mise en service.

La personnalisation de la chambre dans les services d'hébergement :

Les résidents d'EHPAD ou de soins de longue durée peuvent apporter du petit mobilier personnel à condition de ne pas porter atteinte à la sécurité de l'établissement (risque incendie, électrique, hygiène...) et de ne pas générer trop d'encombrement dans la chambre.

Pour des raisons de sécurité, sont interdits :

- les tapis
- les appareils de chauffage d'appoint, les climatiseurs domestiques et autres appareils électriques d'une puissance supérieure à 60 watts.

Le changement de chambre :

Le changement de chambre peut avoir lieu à la demande du patient ou du résident. Il est fait droit à la demande en fonction des disponibilités.

Le changement de chambre peut avoir lieu à la demande de l'établissement pour des raisons de nécessités de service ou de l'état de santé d'un patient ou d'un résident.

1.5 Les locaux collectifs

Les salons, salles à manger et salles d'animation sont des espaces collectifs.

La climatisation :

Chaque site dispose de plusieurs lieux collectifs climatisés. En période de forte chaleur, les résidents sont invités à s'y rafraîchir.

1.6 L'hygiène et la sécurité des locaux privés et collectifs.

L'entretien des locaux :

L'entretien des locaux des unités de soins est réalisé par les Agents des Services Hospitaliers Qualifiés (ASHQ) et par les Aides-Soignants (AS).

Les autres locaux sont entretenus par une équipe centrale d'entretien.

Les usagers et leurs visiteurs sont invités à respecter les règles générales d'hygiène dans l'ensemble des locaux et au sein des espaces extérieurs.

L'hygiène et la sécurité :

Il est interdit de fumer dans les locaux de l'établissement, y compris dans les chambres.

Il est également interdit de faire entrer et de consommer des boissons alcoolisées dans l'établissement.

1.7 Les services proposés au-delà de l'hôtellerie.

La coiffure :

Chaque site dispose d'un salon de coiffure.

Les coiffeurs qui interviennent dans ces salons ont signé une convention avec l'établissement.

Les rendez-vous sont à prendre auprès du cadre de santé du service.

La prestation est à la charge de l'usager.

L'esthétique :

Une esthéticienne a passé convention avec l'établissement, elle intervient à la demande sur chacun des trois sites.

Les soins se déroulent au sein des locaux des salons de coiffure.

Les usagers s'adressent au bureau des admissions pour la prise de rendez-vous.

La prestation est à la charge de l'usager.

La boutique :

Chaque site dispose d'une boutique proposant à la vente des produits d'hygiène, des boissons non alcoolisées, des gâteaux et des confiseries.

Les horaires d'ouverture sont affichés sur chaque site.

Le courrier :

Le courrier personnel est distribué tous les jours de la semaine y compris le samedi.

Le courrier départ peut être déposé au bureau des admissions. Ce dernier est relevé chaque jour du lundi au vendredi jusqu'à 15h30.

Le courrier peut être ré expédié si le résident n'est pas à même d'en assurer sa gestion grâce à des enveloppes de ré expédition fournies par la famille ou représentant légal.

Les espaces accompagnants :

Un espace accompagnant est aménagé au sein des services de médecine et de soins de suite.

Cet espace est ouvert aux familles qui souhaitent rester auprès d'un proche de jour comme de nuit.

Les accompagnants intéressés par cette prestation doivent en faire la demande auprès du cadre de l'unité.

Des lits accompagnants (lits pliants) sont mis à disposition des unités sur chacun des sites.

Les distributeurs en libre-service :

Des fontaines à eau sont disposées dans les lieux collectifs.

Des distributeurs de boissons chaudes sont installés dans les halls d'accueil. Ils fonctionnent avec des pièces de monnaie.

2. Les supports d'information de la politique hôtelière

Les éléments de la politique hôtelière de l'établissement sont portés à la connaissance des usagers au moyen de plusieurs supports d'information :

Les supports écrits :

- le livret d'accueil distribué à chaque entrée
- le Règlement Intérieur affiché au niveau des halls de chaque site.

Les supports dématérialisés :

- le livret d'accueil diffusé sur le site internet de l'établissement www.hihl.fr

3. L'évaluation de la politique hôtelière

Les outils d'évaluation :

Plusieurs outils servent d'indicateurs pour évaluer la politique hôtelière.

Les principaux outils sont :

- les enquêtes de satisfaction
- l'expression des usagers ou de leurs représentants au sein des instances (Conseil de la Vie Sociale, Commission Des Usagers, commission restauration)
- l'exploitation des fiches de déclaration d'événements indésirables
- l'analyse des plaintes et réclamations.

L'exploitation des résultats des indicateurs :

Les outils utilisés permettent d'élaborer des actions d'amélioration afin de mieux répondre aux besoins des usagers.

Les actions sont inscrites dans le plan global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement après validation par le Comité de Pilotage qualité-vigilances-risques.

Le Directeur,



Arnaud DAVID
Le 31/01/2022

POLITIQUE « MANUTENTION DES PATIENTS ET/OU RESIDENTS » A L'HIHL

La définition d'une politique Manutention des personnes âgées prises en charge à l'HIHL est essentielle pour garantir :

- Le maintien des capacités des personnes accueillies dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance (axe 3 d'évaluation, des thèmes et des indicateurs de suivi recommandés au regard de l'ANESM et HAS)
- Le maintien des conditions de travail satisfaisantes pour les personnels malgré une augmentation de la dépendance de nos aînés qui rend plus difficile le travail de ceux qui en ont la charge.

1. Objet et domaine d'application

1.1 Objet

Cette politique a pour objet de mettre en cohérence toutes les actions en lien avec l'activité Manutention réalisée par le personnel et le respect du maintien des capacités de déplacement de la personne accueillie.

1.2 Domaine d'application :

Cette politique est destinée aux professionnels médicaux et paramédicaux de tous les services de soins et d'hébergement. Elle vise à prévenir les accidents musculo-squelettiques en menant des projets dans les trois directions suivantes :

- La formation
- L'étude ergonomique suivie d'un plan d'équipement/Equipement et Architecture
- L'organisation du travail

Et à mettre en œuvre le projet personnalisé de la personne autour des soins de base et activités de déplacement en lien avec les capacités restantes de la personne

2. Fondements, références et définition

2.1 Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat

- **Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens**
Evaluer, anticiper et prévenir les risques liés à la diminution ou la perte de l'autonomie et à l'altération de la mobilité
- **Mesure du degré d'autonomie ou de la dépendance de la personne**
 - o dans les activités de la vie quotidienne
 - o dans les activités plus complexes
- **Réalisation de soins et d'activités liés à la mobilisation**
 - o Installation de la personne dans une position en rapport avec sa dépendance
 - o Modification des points d'appui de la personne en vue de la prévention des escarres
 - o Lever de la personne et aide au déplacement
 - o Mobilisation de la personne

2.2 Les indications du code du travail

- Article R231-66 (Décret n° 92-958 du 3 septembre 1992 art. 1 Journal Officiel du 9 septembre 1992 en vigueur le 1er janvier 1993) (Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 art. 1 i Journal Officiel du 6 mai 1994)

« Les dispositions de la présente section s'appliquent à toutes les manutentions dites manuelles comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs en raison des caractéristiques de la charge ou des conditions ergonomiques défavorables. On entend par manutention manuelle toute opération de transport ou de soutien d'une charge, dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement, qui exige l'effort physique d'un ou de plusieurs travailleurs. »

- Article R231-67 (Décret n° 92-958 du 3 septembre 1992 art. 1 Journal Officiel du 9 septembre 1992 en vigueur le 1er janvier 1993) (Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 art. 1 i Journal Officiel du 6 mai 1994)

« L'employeur doit prendre les mesures d'organisation appropriées ou utiliser les moyens adéquats, et notamment les équipements mécaniques, afin d'éviter le recours à la manutention manuelle de charges par les travailleurs. Toutefois, lorsque la nécessité d'une manutention manuelle de charges ne peut être évitée, notamment en raison de la configuration des lieux où cette manutention est effectuée, l'employeur doit prendre les mesures d'organisation appropriées ou mettre à la disposition des travailleurs les moyens adaptés, si nécessaire en combinant leurs effets, de façon à limiter l'effort physique et à réduire le risque encouru lors de cette opération ».

- (Décret n° 92-958 du 3 septembre 1992 art. 1 Journal Officiel du 9 septembre 1992 en vigueur le 1er janvier 1993) (Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 art. 1 i Journal Officiel du 6 mai 1994)

« Pour la mise en oeuvre des principes généraux de prévention définis à l'article L. 230-2 et sans préjudice des autres dispositions du présent code, lorsque la manutention manuelle ne peut pas être évitée, l'employeur doit : 1° Evaluer, si possible préalablement, les risques que font encourir les opérations de manutention pour la sécurité et la santé des travailleurs ; 2° Organiser les postes de travail de façon à éviter ou à réduire les risques, notamment dorso-lombaires, en mettant en particulier à la disposition des travailleurs des aides mécaniques ou, à défaut de pouvoir les mettre en oeuvre, les accessoires de préhension propres à rendre leur tâche plus sûre et moins pénible ».

- Article R231-71 (Décret n° 92-958 du 3 septembre 1992 art. 1 Journal Officiel du 9 septembre 1992 en vigueur le 1er janvier 1993) (Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 art. 1 i Journal Officiel du 6 mai 1994) Sans préjudice des dispositions de l'article L. 231-3-1 et des décrets pris pour son application, l'employeur doit faire bénéficier les travailleurs dont l'activité comporte des manutentions manuelles :

1° D'une information sur les risques qu'ils encourent lorsque les activités ne sont pas exécutées d'une manière techniquement correcte, en tenant compte des critères d'évaluation définis par l'arrêté prévu à l'article R. 231-68 ;

2° D'une formation adéquate à la sécurité relative à l'exécution de ces opérations ; au cours de cette formation, qui doit être essentiellement à caractère pratique, les travailleurs sont instruits sur les gestes et postures à adopter pour réaliser en sécurité les manutentions manuelles

Suite aux observations de la Médecine du Travail la manutention des patients et résidents reste pourvoyeuse d'accidents : *« La prise en charge des « affections chroniques du rachis lombaire » au titre des maladies professionnelles devient de plus en plus importante ».*

Ce constat a conduit l'établissement à mettre en place une nouvelle politique de formation des personnels à l'apprentissage des gestes de manutention dans le cadre de son dernier projet d'Etablissement (cf. fiche projet Social : Orientation 3/Accompagnement et vie professionnelle en annexe).

3. Responsabilités

3.1 Responsabilité relative à la définition de la Politique

Le Directeur de l'Etablissement, le Président de la CME et le Directeur Coordonnateur des Soins ou son représentant sont tenus à la mise en œuvre d'une politique de prévention des risques, concernant les troubles musculo-squelettiques et les problèmes psycho sociaux associés pour le personnel soignant, et de permettre le respect des acquis en mobilité et déplacements des Résidents.

3.2 Responsabilité concernant l'observation de la politique mise en œuvre au quotidien

Les médecins et les Cadres de Santé sont responsables de la communication et de l'application de la politique auprès de leur équipe, ainsi que de l'évaluation des pratiques en matière de Manutention et d'aide au déplacement des patients et résidents.

4. Exécution :

4.1 Formation des professionnels de santé

- Formation d'un Kinésithérapeute et de deux Aides-Soignants pour devenir Animateur/Formateurs internes en Manutention (Formateur qualifié d'Animateur à la méthode GESTES et ACTIVATION pour personnes âgées- Méthode Max ABRIC 6 Paul DOTTE).
- CO animation des formations Manutentions inscrite au plan de formation continue par un des Aide-Soignant /Formateur interne en Manutention
- Mise en place de « Référents en Manutention » dans chaque service qui ont suivi une formation spécifique pour appuyer les actions de formation dispensées par les Formateurs internes, via les fiches d'évaluation délivrées à la fin de chaque session à l'agent et disponible dans un classeur « Manutention » pour le Référent.

4.2 Les acteurs

Cadre Supérieur de Santé missionné sur la Formation et Responsable de la Formation Continue/DRH : Référents de la politique.

Un Kinésithérapeute/Formateur Interne détaché sur les actions de formation de Manutention des agents.

Deux Aides-Soignants /Formateurs internes/ Aide à la mobilité des personnes accueillies en EHPAD détachés complètement de leur service d'origine interpellés par le Cadre de Santé ou le Référent Manutention du service pour :

- Aider à l'analyse d'une situation complexe en Manutention,
- Rappeler des bonnes pratiques à l'équipe
- accompagner les nouveaux personnels qui n'ont pas encore suivi de formation de base (liste communiquée par la DRH)
- aider à la définition de la planification du maintien des capacités en lien avec la mobilité des patients/ résidents en collaboration avec l'équipe de soins.
- Assurer le suivi de l'action des Référents une fois par an en journées de suivi
 - o Bilan de leurs activités (Tableau de bord à renvoyer à la DS une fois par trimestre)
 - o Réactualisation de leurs pratiques et connaissances au vu des situations rencontrées sur l'année N-1
- Assurer le suivi des accidents de travail en lien avec la manutention,
 - o Analyse de l'accident sur le terrain par un des Formateur en présence de l'agent qui en a été victime et rappel de la bonne pratique si besoin au vu de la situation analysée.
 - o Bilan d'activités du suivi des AT réalisé une fois par an et présenté au CHSCT.
- Participer au choix du matériel acheté pour les activités en lien avec la Manutention
- Contrôler avec la participation des Référents « Manutention » des services l'état du matériel d'aide à la Manutention des personnes accueillies.

- Participer à l'évaluation des pratiques professionnelles de Manutention et de l'utilisation du matériel

4.3 Les Partenaires :

CSRMT et CHSCT

DMA : service des achats, Magasin, service technique

4.4 Les Moyens

Classeur Qualité « Manutention » disponible via Intranet et disponible dans chaque service, intégrant la liste des Référents, les fiches d'identification du matériel, les procédures d'entretien du matériel, etc. .

Liste des Référents Manutention consultable sur INTRANET

Plan de formation continue avec programmation pluriannuelle :

- De 2 à 3 actions de formations de base pour le personnel.
- D'une journée de formation de suivi pour chaque Référent en Manutention par an

Tous les 2 ans :

- Participation des Formateurs au congrès hospitalier à Paris
- Formation de base pour les nouveaux Référents en Manutention pour compenser les départs par mutation retraite etc..., et garder au minimum un Référent par service.

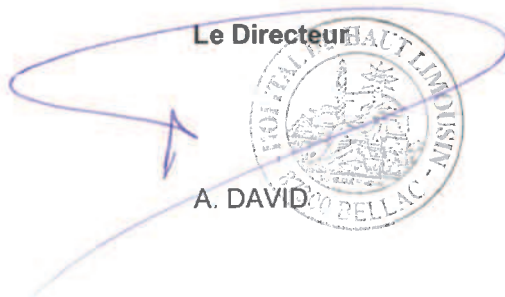
Tous les 5 ans :

- Stage de revalidation à la Méthode « Gestes et Activation pour personnes âgées » auprès de l'organisme SIFAM pour confirmer leur attestation d'Animateur/Formateur des 3 Formateurs internes de l'HIHL.

Fiches de postes :

- Référents en Manutention
- Aide à la Mobilité/formateur Interne Manutention

Le Directeur



A. DAVID

POLITIQUE DES EVALUATIONS INTERNES ET EXTERNES

En contrepartie de son financement public, l'établissement de santé et/ou médico-social doit rendre un service de qualité, au meilleur coût. Cette qualité se mesure notamment par rapport à des normes que l'établissement doit respecter, en matière de matériel, de processus ou de qualification du personnel.

Elle implique la mise en œuvre, dans chaque établissement, d'une démarche qualité.

« L'évaluation et la démarche qualité présentent une différence de nature : la première est un des moyens d'atteindre la seconde. Elles obéissent également à un ordre chronologique : l'évaluation va permettre un constat qui va générer une démarche qualité qui elle-même devra être évaluée. Ainsi se met en mouvement le cercle vertueux de la qualité. Il n'a plus de raison de s'arrêter si la recherche de la qualité des prestations devient une volonté institutionnelle, voire une obligation légale et si des indicateurs ont été conçus pour renvoyer en permanence l'image de cette qualité. »¹

Objectifs

- Evaluer la qualité du service rendu.
- Développer une culture de l'évaluation intégrée à la pratique clinique.
- Faciliter la mise en œuvre des programmes d'EPP, des enquêtes de satisfaction, ...

1. ORGANISER

La politique d'évaluation est déployée selon les principes d'une démarche qualité (PDCA) :

1.1. Catégorisation des évaluations :

Plusieurs catégories d'évaluation sont menées au sein de l'HIHL :

1.1.1. Evaluations internes :

1.1.1.1. Evaluation des Pratiques Professionnelles

L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est une activité destinée à identifier les écarts par rapport à une pratique considérée comme optimale, à concevoir des mesures correctives et à réaliser un suivi afin de s'assurer qu'aucun problème nouveau n'a été introduit et que les mesures correctives sont pertinentes.

1.1.1.2. Evaluation des connaissances procédurales :

Des évaluations à l'aide de quiz, questionnaires sont menées au sein de l'HIHL afin d'évaluer le niveau de connaissances des professionnels sur les procédures Qualité de l'HIHL.

1.1.1.3. Evaluation de la satisfaction :

Des enquêtes de satisfaction sont menées auprès des patients, résidents, des correspondants externes, du personnel. Elles vont fournir des informations qui vont permettre d'orienter les objectifs, de corriger les dysfonctionnements et d'améliorer les services existants.

1.1.1.4. Evaluation à l'aide d'indicateurs :

Un suivi d'indicateurs et tableaux de bord est effectué dans chaque secteur d'activité : (ex : les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins (I.P.A.Q.S.S. et LIN), Hôpital numérique, absentéisme, bon de travaux...). Ils évaluent la structure, le processus ou le résultat et peuvent être recueillis à partir de différentes sources de données.

1.1.1.5. Evaluations des dysfonctionnements :

¹ LAFORCADE M., DUCALET P., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Seli Arslan, 2000

Une analyse des événements indésirables comprenant les plaintes et réclamations est effectuée. Des REX sont mis en place et permettent de rechercher l'ensemble des causes à partir d'une analyse systémique des événements recensés, de décider du choix des actions correctives et de la mise en œuvre de ces actions.

1.1.1.6. Revue de processus :

La revue de processus est un outil de pilotage qui permet de faire le point sur la performance des processus de l'HIHL, de leurs dysfonctionnements, des projets en cours et à venir.

1.1.1.7. Evaluation des risques professionnels et institutionnels :

Le DURP est mis à jour régulièrement, en s'appuyant, notamment, sur les fiches individuelles de risques, complétées par chaque agent de l'HIHL, et sur la cartographie des risques professionnels construite au niveau régional. Des cartographies des risques concernant la sécurité des personnes et des biens sont révisées régulièrement, appuyées d'exercices : plan blanc, incendie, ...

1.1.1.8. Autres audits internes (autres que médicaux et soignants) :

Ex : Audit sur l'environnement informatique, audit sur l'activité managériale, ...

L'ensemble des évaluations internes est inscrit dans un programme annuel d'évaluations. Les actions correctives définies à l'issue des évaluations sont intégrées au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la sécurité de l'établissement (PAQS).

1.1.2. Evaluations externes :

1.1.2.1. La certification (HAS) : Services Médecine, SSR et USLD

La certification est un processus d'évaluation externe à un établissement de soins, effectué par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, et concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins sont réunies.

1.1.2.2. L'évaluation du secteur médico-social (ANESM/HAS) : EHPAD et SSIAD

1.1.2.3. Inspections, contrôles réglementaires : Pharmacie, ARS, DDCSPP, ...

1.2. Gouvernance :

1.2.1. Pilotage institutionnel :

Le Comité de pilotage QVR :

Le Comité de pilotage valide un pré programme EPP sur proposition de la Cellule QVR (chaque EPP étant soit un axe de suivi, soit un point de départ d'une thématique de soins jugée améliorable), qu'il transmettra en CME et CSIRMT.

La qualité de prise en charge, essentiellement médicale ou paramédicale doit être complétée par une appréciation par le patient/résident. Le Comité de pilotage apprécie la dimension qualitative et quantitative du programme tant pour les EPP que pour les enquêtes de satisfaction.

Il veille ainsi à la cohérence des évaluations en regard du projet d'établissement.

Concernant les autres catégories d'évaluations, chaque responsable de secteur ou instance (COSEQ) définit son programme d'évaluation et le soumet au COPIL QVR.

La CME :

Le pilotage des EPP médicales est confié à la Commission Médicale de l'établissement (CME), dont les missions sont définies dans le décret du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. Chaque année, la CME valide le programme des EPP médicales au regard de la politique d'évaluations de l'HIHL et des pistes d'amélioration identifiées au sein des instances.

La CME exerce ses missions en collaboration avec la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT) et du COPIL QVR.

La CSIRMT :

Le pilotage des EPP soignantes est confié à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT), dont les missions sont définies dans le décret du Décret 2010-449 du

30 avril 2010. Chaque année, la CSIRMT valide le programme des EPP soignantes au regard de la politique d'évaluations de l'HIHL et est en collaboration avec la CME et le COPIL QVR.

1.2.2. Pilotage opérationnel :

La Cellule QVR :

La mise en œuvre opérationnelle du déploiement des évaluations a été confiée à la cellule QVR.

Elle a pour mission d'impulser et de suivre ces évaluations.

Elle recense l'ensemble des thématiques d'EPP médicales, soignantes et autres, en effectue une hiérarchisation (enjeux stratégiques, faisabilité, lien avec le programme qualité et gestion des risques) afin de proposer un programme annuel au COPIL QVR pour validation.

Création de réunions spécifiques « évaluations » au sein de la cellule QVR :

Principes :

- **Structure opérationnelle pour aider les équipes**
 - Recensement des besoins auprès des pilotes de processus
 - Validation des thèmes/projets d'évaluation, (examiner les projets EPP, valider la méthodologie de travail).
 - Apport de moyens méthodologiques et logistiques pour la conduite des EPP, d'enquêtes
 - Assurer le suivi et l'état d'avancement des projets en cours : tableau de bord des évaluations.
- **Force de proposition pour mettre en lien les EPP avec le programme DPC**
- **Veille réglementaire en Qualité et Gestion des risques** : nouvelle exigence EPP, ...

2. METTRE EN OEUVRE

2.1. Organiser l'accompagnement des programmes :

Par le biais de la Cellule QVR, un groupe pluriprofessionnel assure un accompagnement méthodologique des projets d'évaluations. Ce groupe composé de Cadres de santé, Cadres Supérieurs de Santé, Attachée DSEL et DRH, Bureau QVR ont suivi la formation d'auditeur interne. Une formation sur la méthodologie de l'EPP a été délivrée à l'ensemble des pilotes de processus en février 2017.

2.2. Assurer la qualité des programmes :

Des documents types ont été élaborés pour la formalisation des programmes, par exemple : fiche projet, rapport d'audit, ... Ces documents reprennent les points clés d'un programme d'évaluation (contexte, objectifs, référentiel, méthode et organisation, planning, tests, communication, actions d'amélioration).

2.3. Choisir les évaluations à réaliser :

Le choix des évaluations s'effectue à différents niveaux :

- Par les responsables de chacun des secteurs d'activité, au regard des axes stratégiques de ces secteurs, des besoins des professionnels « du terrain », des axes d'amélioration identifiés.
- Par les instances (CME, CSIRMT, COSEQ, etc) : chacune identifie, dans ses domaines respectifs, les besoins en EPP, enquêtes. Notamment, celles en lien avec les priorités du projet d'établissement : projets médicaux, de soins, ...
- Par le Comité de pilotage qualité et gestion des risques COPIL QVR (axes d'amélioration issus du rapport de certification de l'itération précédente, préparation de l'itération suivante).

2.4. Valider les évaluations à programmer :

À la fin de la phase de conception, les programmes d'évaluation (EPP, enquête,) font l'objet d'une validation par la cellule QVR, puis COPIL QVR, CSIRMT et CME. Cet avis doit assurer *a priori* la qualité des programmes.

2.4.1. Suivre les programmes, les actions d'amélioration et l'impact de ces démarches sur l'amélioration continue de la qualité des soins :

Le suivi des programmes d'évaluation des pratiques professionnelles et de satisfaction est assuré par la cellule QVR, le COPIL QVR, la CME et CSIRMT.

Un retour d'information est assuré auprès des professionnels, des représentants des usagers, par les pilotes, par les instances, réunions de service, flash info, Intranet...

3. EVALUER ET AMELIORER LE DISPOSITIF

3.1. Mesurer à l'aide d'indicateurs le déploiement des évaluations en lien avec l'usager, par le suivi des indicateurs par exemple :

Evaluation quantitative :

- Volume du programme : Nombre d'enquête de satisfaction, nombre d'EPP réalisées
- Nombre de Patient traceur
- Nombre d'EPP sur l'analyse de la pertinence des soins
- Nombre d'EPP/enquêtes par thématique

Evaluation qualitative :

- Qualité des analyses des évaluations : indicateurs de contenu par exemple.

3.2. Communiquer les résultats de l'évaluation du dispositif aux instances :

La communication des résultats de l'évaluation est effectuée annuellement par la présentation des indicateurs de suivi au COPIL QVR, CSIRMT et CME.

4. REVISER LA POLITIQUE D'EVALUATION ET LES OBJECTIFS DE LA DEMARCHE

La révision a lieu en CME et en CSIRMT chaque année en fonction des enjeux de l'établissement et des enjeux de prise en charge des patients et des résidents.

Position du document :

Document amont :	Document aval :	
La politique des évaluations	- La méthodologie de l'EPP (diapo) - Les principes de base de toute EPP - Les fiches descriptives des méthodes d'évaluation HAS - FTEC 4 : La fiche projet évaluation - Procédure 10 enquête de satisfaction	- FTEC 1 : Le rapport d'audit - FTEC 2 : Synthèse de l'EPP avec son plan d'action - FTEC 3 : Circuit de la fiche de retour - ENR Q 19 : Fiche de retour

Le directeur


Arnaud DAVID

POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

Afin de répondre aux besoins et attentes des usagers, du personnel et des partenaires extérieurs, l'HIHL s'engage à mettre en place, dans le cadre de ses projets institutionnels, une **démarche qualité et gestion des risques pérenne et structurée**. Cette démarche s'attache à promouvoir une dynamique d'amélioration permanente et à optimiser les ressources. Elle porte sur l'ensemble des services de l'établissement qu'ils soient médicaux, techniques, logistiques ou administratifs.

La politique Qualité et Gestion des Risques de l'HIHL repose sur l'engagement de la Direction et sur les valeurs partagées par l'ensemble des professionnels.

Pour lui donner une légitimité importante, elle s'appuie sur des structures spécifiques, dont les missions et le fonctionnement sont définis :

- Désignation d'un « Responsable Qualité, Vigilances, Risques »
- Mise en place d'un « Bureau Qualité, Vigilances, Risques »
- Mise en place d'un « Comité de Pilotage Qualité, Vigilances, Risques »
- Mise en place d'une « Cellule Qualité, Vigilances, Risques ».

La politique Qualité et Gestion des Risques est établie en fonction des besoins et du niveau de qualité attendue par les patients et résidents, leur famille et, plus généralement, l'ensemble des usagers et partenaires en prenant en compte les contraintes internes et externes spécifiques à l'établissement.

Elle s'organise autour de trois principes généraux suivants :

- ⇒ Faire de l'amélioration de la prise en charge des usagers une préoccupation permanente.
- ⇒ Garantir l'amélioration de nos pratiques, des procédures et de nos organisations par l'utilisation d'une méthodologie rigoureuse et partagée dans le cadre d'une réflexion pluri-professionnelle et d'une approche transversale,
- ⇒ Développer une culture qualité partagée par tous les acteurs et prenant appui sur une dynamique d'évaluation collective.

La démarche Qualité Gestion des Risques s'inscrit sur le long terme et nécessite l'implication de l'ensemble des professionnels. Elle se décline au travers des axes suivants :

AXE1 - GARANTIR ET AMELIORER LE PARCOURS DE L'USAGER

1.1 Identifier les parcours patients et les évaluer

- Identifier des parcours « types » et les évaluer
- Améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients (IPA)

1.2 Sécuriser et améliorer la qualité de la prise en charge de l'utilisateur tout au long de son parcours

- *Sécuriser les processus à risques :*
 - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse à travers la mise en place d'un plan d'actions prioritaires.
 - Améliorer la maîtrise du risque infectieux.
 - Maintenir le dispositif de gestion des risques en matière d'identification de l'utilisateur.
 - Garantir les bonnes pratiques de gestion documentaire.
- *Améliorer la qualité de la prise en charge :*
 - Poursuivre la démarche d'amélioration de l'évaluation et du traitement de la douleur
 - Développer la prise en soins non programmée

AXE 2 - AMELIORER LA QUALITE DES SOINS ET PROMOUVOIR UN ENGAGEMENT PERENNE DANS L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

2.1 Consolider l'organisation du dispositif EPP de l'établissement

2.2 Développer l'appropriation par les équipes des démarches d'évaluation des pratiques

AXE 3 - PROMOUVOIR LA CONNAISSANCE ET LE RESPECT DES DROITS DE L'USAGER

3.1 Améliorer l'information/communication relatives aux droits des usagers

3.2 Promouvoir la bientraitance et prévenir la maltraitance

3.3 Consolider la formation des professionnels

3.4 Mesurer et prendre en compte les attentes et satisfaction des usagers.

AXE 4 - PROMOUVOIR LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

4.1 Développer le bien-être au travail

4.2 Développer la sécurité au travail

AXE 5 - PRENDRE EN COMPTE LE DEVELOPPEMENT DURABLE DANS TOUS LES ACTES DE L'ETABLISSEMENT ET L'INSCRIRE DANS LA DEMARCHE CONTINUE D'AMELIORATION

5.1 Promouvoir le développement durable auprès des professionnels

5.2 Promouvoir le développement durable dans la gestion de l'établissement

AXE 6 - ENCRAGE DE L'HIHL SUR SON TERRITOIRE

6.1 Labelliser l'HIHL en hôpital de proximité

6.2 Conventionner avec les CTPS,

6.3 Favoriser l'intervention de l'IPA sur le territoire du nord du département

La politique est adaptée au moins annuellement en fonction notamment des résultats des évaluations internes et externes, des indicateurs de pilotage et de réalisation des actions du PAQSS ainsi que des recommandations du rapport de la Commissions des Usagers.

Ces axes se déclinent dans un Programme d'actions pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).

Sa mise en œuvre et son suivi sont assurés dans le cadre d'un pilotage institutionnel.

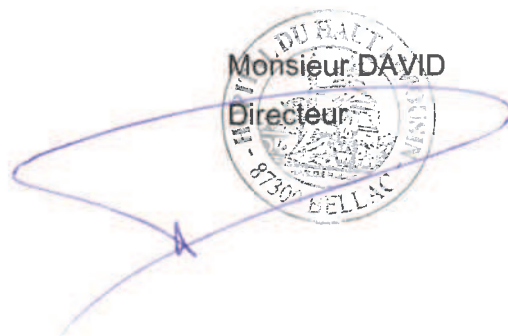
Docteur CORNU

Président de la CME



Monsieur DAVID

Directeur



POLITIQUE DE COMMUNICATION

L'HIHL, se doit de développer une culture de communication, indissociable des missions de service public de l'hôpital.

En effet, chaque établissement doit informer la population sur les prestations qu'il assure, en lien avec les autres partenaires, et chaque citoyen doit être en mesure de les connaître pour y avoir accès.

Comme chaque établissement de santé, l'HIHL a l'ardente obligation de renforcer la place de la communication dans le management stratégique et opérationnel aussi bien en interne qu'en externe afin de :

- **valoriser ses activités, son offre de soin**, et la qualité des prestations fournies, en renforçant ainsi la reconnaissance du travail réalisé par les professionnels et l'ensemble de la communauté,
- **faciliter le parcours du patient par son intégration dans les filières et réseaux** : renforcement des liens avec les acteurs partenaires,
- **rendre plus lisibles les objectifs institutionnels ainsi que le parcours de la personne âgée** et plus compréhensible le réseau d'acteurs de sa prise en charge,
- **faciliter l'accès aux informations** pouvant contribuer à améliorer la prise en charge à domicile pour les aidants et professionnels,
- **promouvoir la culture commune d'établissement** dans un contexte où l'identité de chaque site reste très présente après la fusion,
- **rassembler et mobiliser la communauté hospitalière** autour des projets institutionnels,
- **accompagner les changements**, notamment ceux liés aux réformes successives,
- **promouvoir la transparence**, sans occulter les difficultés.
- **faciliter la gestion des situations d'urgence ou de crise**.

Communiquer, c'est également **partager et porter des valeurs, qui sont celles inscrites dans son Projet Médico-soignant** :

⇒ **Des professionnels au service des usagers :**

- Placer l'usager au cœur de nos actions : respect de sa dignité et de sa qualité de vie
- Veiller au respect du droit à une information adaptée et à l'expression personnelle de ses choix
- Promouvoir l'humanité, la sollicitude, la bientraitance
- Promouvoir la qualité d'accueil et de prise en charge des patients.

⇒ **Des professionnels impliqués dans l'Institution :**

- Motivation, implication, responsabilité
- Disponibilité des équipes soignantes et médicales, mais aussi des équipes administratives, logistiques et techniques,
- Ethique dans la prise en charge : accompagnement de la fin de vie et importance des soins palliatifs
- Solidarité et respect entre professionnels.

⇒ **Promotion de l'Institution et de ses valeurs :**

- Dépasser les cultures propres à chaque site, pour renforcer la culture HIHL à tous niveaux

- Promouvoir le savoir-faire et l'image de l'HIHL en développant la communication et l'information aussi bien en interne qu'en externe.

Au-delà des partenaires professionnels et institutionnels, la communication de l'hôpital s'adresse à 4 publics principaux :

- **les personnels**, relais d'information majeurs,
- **la population** qui attend une relation plus directe,
- **les usagers**, et notamment le patient pour lequel l'information est un droit (Loi du 04 mars 2002),
- **les décideurs** : autorités de tutelles, acteurs politiques, et ce compte tenu de l'importance économique de l'HIHL sur le territoire.

Cette politique, s'appuyant sur une démarche coordonnée par le directeur avec l'appui du responsable de communication, **se décline en actions pluriannuelles, tant en interne qu'en externe :**

1. INTERNE

Au regard de l'état des lieux réalisé fin 2005 sur la communication interne à l'HIHL, qui faisait, notamment, le constat d'une **forte culture de l'oral et d'une identité persistante propre à chaque site**, un certain nombre d'actions ont été envisagées, et mises en œuvre pour celles considérées comme prioritaires. Parmi ces actions figurent :

- Création d'un logo commun (réalisée en 2006),
- Annuaire téléphonique commun (réalisé en 2006)
- Uniformisation des documents et supports utilisés sur les 3 sites (initiée en 2006), diffusion de tableaux de bord (réalisée en 2006)
- Diffusion du Flash Info à l'ensemble des agents et aux membres du Conseil de Surveillance
- Réunions de l'ensemble de l'encadrement (organisées depuis 2006) tous les semestres
- Information la plus large possible du personnel des décisions prises en instances
- Rencontre des équipes par la Direction
- Diffusion de livrets d'accueil aux agents nouvellement recrutés en fonction de leur statut et aux stagiaires (en cours)
- Revue de presse trimestrielle destinée à l'encadrement (réalisée en 2006)
- Rencontres régulières avec les délégués syndicaux
- Concernant les usagers : mise en place du Conseil de la vie sociale (réalisée en 2006), procédure de communication du dossier patient et de gestion des plaintes et réclamation (réalisée en 2007), refonte du livret d'accueil, ...
- Mise à jour du Plan de signalisation (interne/externe)
- Réflexion sur la mise en place d'un véritable système d'information (en cours)
- Mise en place d'un Intranet pour faciliter l'accès à l'information et les échanges et amélioration permanente de son contenu,
- Actions à thèmes liées à la santé publique ouvertes sur l'extérieur (sécurité du patient, tabac, ...)
- Réflexion sur un affichage dynamique au sein de l'établissement : écrans connectés, application smartphone...

2. INSTITUTIONNELLE - EXTERNE

- Valorisation des activités réalisées, de l'évolution de l'offre et des projets de l'HIHL, au bénéfice de la population, de la faculté de Médecine et des instituts et organismes de formation
- Communication à destination des membres des Instances de l'HIHL
- Elaboration de dossiers de presse
- Refonte du site internet
- Participation de l'HIHL aux événements culturels et d'animation du territoire
- Participation des acteurs locaux aux activités d'animation de l'établissement

- Organisation d'une rencontre annuelle avec les acteurs partenaires du territoire
- Uniformisation de supports d'information à destination des partenaires et de la population (dépliants, affiches, ...) pour valoriser son offre, ses missions, ses modes de fonctionnement (modes et critères d'admission, de transfert, ...), notamment au service de la prise en charge d'aval (en cours)
- Communication de crise en application du Projet Qualité-Gestion des Risques
- Développement d'un espace HIHL sur panneau pocket pour diffuser des informations au grand public en amont ou aval des actions
- Référencement de l'HIHL dans les pages Google pour plus de visibilité sur le territoire et sur le web
- Utilisation des « posts » Google pour diffuser des informations de communication positives
- Surveillance des publications sur Google pour être en mesure de réagir en cas d'annonce négative
- Réflexion pour la création de compte HIHL sur les réseaux sociaux.

Le directeur
Arnaud DAVID



POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT DURABLE A L'HIHL

PREAMBULE

L'HIHL est conscient que le développement durable en tant que démarche institutionnelle offre une opportunité de fédérer l'ensemble des acteurs autour d'une dynamique commune et valorisante.

L'HIHL centre son action quotidienne sur la qualité et la sécurité des soins délivrés à ses patients et résidents.

Son engagement dans le développement durable marque sa volonté d'inscrire le fonctionnement de l'établissement dans la durée, avec une réflexion sur les impacts économiques, environnementaux, sociaux et sociétaux. Le respect et la mise en œuvre effective des droits des patients et résidents doivent s'accompagner désormais d'une réflexion éthique sur nos gestes quotidiens. L'établissement associe son personnel et ses professionnels de santé qui interviennent dans l'établissement à une politique sociale ambitieuse ayant pour objectif le bien-être au travail et la qualité du travail accompli.

La politique de développement durable sera intégrée dans le projet d'établissement. Une charte développement durable mentionnant la liste des engagements de l'établissement sera établie.

1. LES AXES STRATÉGIQUES

La politique développement durable de l'HIHL s'articule autour des 4 grands volets qui la composent, chacun d'eux comportant plusieurs domaines. Ils constituent les axes de travail à partir desquels l'HIHL établira son plan d'action pluriannuel.

1.1. VOLET SOCIÉTAL

La Direction des affaires générales est en charge de l'élaboration du plan d'action, de la mise en place et du suivi des actions relevant du volet sociétal de

AXE 1 : DEVELOPPER L'ACCES AUX SOINS ET PRESTATIONS

● 1.1 Les consultations avancées

En sa qualité d'Hôpital de proximité dans un milieu rural et âgé en déficit de spécialistes, le développement et la diversification des consultations avancées au bénéfice de la population locale sont des objectifs forts.

● 1.2 L'usage du numérique

Le développement du numérique consiste à utiliser les nouvelles technologies de l'information et de la communication pour améliorer l'accès aux soins et aux prestations de la structure (exemples télémedecine, e-rendez-vous, dématérialisation des documents).

● 1.3 La prévention en santé publique

Il s'agit ici de mettre en œuvre une politique de prévention et de santé publique se traduisant par des actions à l'initiative de la structure et en relai des campagnes de santé publique menées par le Ministère de la Santé (exemples : grippe, tabac, nutrition).

AXE 2 : CONTRIBUER AU DEVELOPPEMENT DURABLE

Mettre en œuvre des projets collaboratifs à valeur partagée avec les partenaires locaux hors partenariat avec les structures de santé (exemples : proposer des actions culturelles, artistiques, éducatives... pour valoriser les compétences des bénéficiaires, participer au projet éducatif d'une école).

1.2. VOLET SOCIAL

La Direction des Ressources Humaines est en charge de l'élaboration du plan d'action, de la mise en place et du suivi des actions relevant du volet social de l'HIHL.

AXE 1 : AMELIORER LE DIALOGUE SOCIAL

Le dialogue social englobe tous les types de négociations, consultations ou échanges d'informations entre les représentants du gouvernement, des employeurs et des travailleurs sur des sujets d'intérêts communs concernant les questions économiques et sociales.

AXE 2 : AMELIORER LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL PAR LE DEVELOPPEMENT DE LA QVT

Par Qualité de Vie au Travail, on entend l'amélioration des conditions de travail (environnement de travail, conditions d'emploi, conditions de vie extraprofessionnelles...), la capacité à agir et à s'exprimer (participatif, partenariat social...), l'autonomie au travail, la valeur du travail, etc.

AXE 3 : VALORISER LE PARCOURS DES PROFESSIONNELS ET DES COLLABORATEURS

Cet axe peut être développé à travers la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences. La gestion des compétences consiste à développer la connaissance détaillée des compétences existantes au sein de la structure, identifier les besoins à venir, préparer des plans d'actions pour préparer les professionnels aux évolutions.

AXE 4 : PROMOUVOIR LA DIVERSITE

Cet axe peut s'appréhender via l'atteinte de l'obligation d'emploi de personnes en situation de handicap ou appel à la sous-traitance dans le secteur protégé ou adapté et à travers la volonté de l'établissement de lutter contre les discriminations dans l'emploi.

1.3. VOLET ECONOMIQUE

La mise en place du volet économique relève de la Direction des Moyens et de l'Activité qui réalise les achats conformément à la Politique achat du CHT du Limousin.

AXE 1 : ACHETER DE FAÇON RESPONSABLE

L'établissement s'engage à acheter de façon responsable. En sa qualité d'établissement partie du CHT du Limousin, l'HIHL doit se conformer au Règlement intérieur des achats mutualisés du CHT du Limousin et à la Politique achat du CHT du Limousin dont L'axe 3 - Développer la responsabilité environnementale, sociale et territoriale prend en compte le volet économique.

1.4. VOLET ENVIRONNEMENTAL

La mise en œuvre du volet environnemental de cette politique sera réalisée par la Commission de Développement Durable (CoDD).

AXE 1 : AMELIORER L'EFFICACITE ENERGETIQUE ET REDUIRE LES EMISSIONS DE GAZ A EFFET DE SERRE

L'amélioration de l'efficacité énergétique passe par la maîtrise des consommations en énergie des équipements et bâtiments (éclairage, chauffage, climatisation, informatique...), mais également par l'amélioration des bâtiments existants (isolation...) et la prise en compte de l'aspect énergétique lors des futures constructions qui devront être plus saines, plus confortables et respectueuses de leur environnement. L'utilisation des énergies renouvelables devra être étudiée lors des nouveaux projets.

Les émissions de gaz à effet de serre sont mesurées régulièrement avec la réalisation de bilan carbone, conformément à la réglementation. Un plan d'actions à mettre en place est adossé à ce bilan.

Le développement de la mobilité durable est également une des composantes de cet axe à travailler (véhicules moins polluants, covoiturage).

AXE 2 : PRESERVER LES RESSOURCES EN EAU ET LA BIODIVERSITE

Il faut assurer la maîtrise voire la diminution du volume de la consommation d'eau de l'établissement, tout en préservant la qualité de l'eau et le risque sanitaire (légiennelle, potabilité...) pour les utilisateurs.

L'établissement doit aussi s'assurer de la qualité des effluents rejetés dans le réseau, dans le respect des normes de pollutions en vigueur. L'établissement mène une réflexion sur l'utilisation de produits nocifs afin de limiter l'impact environnemental des produits utilisés.

AXE 3 : PRESERVER LA QUALITE DE L'AIR

L'établissement s'attache à contrôler la qualité de l'air intérieur dans le respect de la maîtrise du risque infectieux (risque sanitaire aspergillaire)

AXE 4 : DIMINUER ET GERER LES DECHETS

L'établissement identifie les différentes filières et met en œuvre un tri sélectif pour l'ensemble des déchets. Il étudie les possibilités de réduction et de valorisation des déchets et lutte contre le gaspillage alimentaire.

2. LA GOUVERNANCE

2.1. CODIR

Il pilote la politique commune de développement durable et l'intègre au sein de la gouvernance comme axe stratégique. Il valide les orientations et décisions de l'ensemble des axes de la politique.

2.2. REFERENT DEVELOPPEMENT DURABLE

Un référent développement durable est désigné au sein de l'HIHL, il s'agit de l'Attachée d'Administration de la Direction des Moyens et de l'Activité (DMA).

Il est le garant du respect de l'engagement de développement durable au sein de l'HIHL et assure le lien entre la gouvernance et le terrain.

2.3. COMMISSION DEVELOPPEMENT DURABLE (CoDD)

ROLE ET MISSIONS

La Commission Sécurité Environnement Qualité (COSEQ) mise en sommeil pendant la crise sanitaire est supprimée et remplacée par une Commission de Développement Durable (CoDD).

Cette commission est animée par le référent développement durable, elle traite de la mise en place de l'ensemble des actions relevant du volet environnemental du développement durable pour tout l'établissement. Elle se réunit 3 à 4 fois par an pour échanger sur les opportunités techniques et humaines permettant de réduire les impacts environnementaux et sanitaires des sites. Elle construit, priorise et pilote un plan d'actions, d'améliorations et de préventions. Elle met en oeuvre la sensibilisation en matière de protection de l'environnement et de développement durable afin d'influencer les comportements des professionnels et des usagers dans ce domaine.

COMPOSITION

La commission se compose des membres permanents suivants :

- La Directrice Adjointe chargée des Moyens et de l'Activité (DMA)
- L'Attachée d'Administration de la DMA, référente développement durable
- Le responsable des Services Techniques
- Le Cadre Supérieur de Santé
- Le cadre hygiéniste
- Un représentant du CHSCT

Selon les thèmes traités, peuvent être invités des représentants de la restauration, de la blanchisserie, de l'informatique, du magasin général, des ressources humaines...

3. LA COMMUNICATION

Afin de développer une culture développement durable au sein de l'HIHL, une charte graphique spécifique et une charte développement durable mentionnant la liste des engagements de l'établissement seront élaborées.

Des actions de sensibilisation auprès du personnel, des patients, des usagers et résidents au développement durable sont menées par des communications sur différents supports (flash info, site internet, intranet...)

Les actions réalisées sont valorisées dans les instances et commissions concernées.

Des formations permettent d'améliorer la prise de conscience et de soutenir les compétences des professionnels.

4. LES PARTENAIRES

En interne les différentes commissions (CLIN, CLAN, CHSCT...) sont associées à la mise en place des différentes actions qui les concernent.

En externe, l'établissement favorise les partenariats avec les acteurs intervenant dans les domaines du développement durable (conseil départemental, associations).

5. SUIVI ET EVALUATION

La performance et le pilotage de la démarche institutionnelle sont mesurés, via notamment le remplissage annuel de "Mon Observatoire du Développement Durable" de l'ANAP qui permet à l'établissement de suivre son niveau de maturité.

Un bilan annuel des actions menées dans l'année est établi et est présenté aux instances.

6. REEVALUATION

La politique développement durable de l'HIHL est actualisée tous les deux ans.

Le Directeur

Arnaud DAVID
30/06/2023

The image shows a circular official stamp of the Hôpital de Haut-Lié (HIHL). The text 'HÔPITAL DU HAUT LIÉ' is visible around the top edge, and 'HIHL' is in the center. A blue ink signature, which appears to be 'Arnaud DAVID', is written over the stamp. Below the signature, the date '30/06/2023' is printed. A blue ink arrow points from the signature towards the left.

POLITIQUE ACHAT RESPONSABLE DE L'HOPITAL INTERCOMMUNAL DU HAUT LIMOUSIN

La politique achat définit les orientations et intentions générales relatives aux achats et approvisionnements de l'HIHL. Un achat responsable, selon l'Observatoire des Achats Responsables, est un achat intégrant dans un esprit d'équilibre entre parties prenantes, des exigences, spécifications, et critères en faveur de la protection et de la mise en valeur de l'environnement, du progrès social et du développement économique.

Aussi, cette politique formalise la volonté de l'HIHL d'appréhender l'achat responsable comme un outil de performance économique, environnementale et sociale, au service des patients et résidents, au centre des préoccupations.

L'HIHL est établissement partie du GHT du Limousin. Cette politique prend en compte les objectifs de la fonction achat mutualisée du GHT constituée par les documents socles : la politique achat et les axes stratégiques ainsi que le règlement intérieur de la fonction achat mutualisée du GHT. La prise en compte des achats responsables y est clairement précisée.

Organisation de la fonction achat mutualisée du GHT du Limousin

La fonction achat mutualisée est placée sous la responsabilité du directeur de l'établissement support qui est le pouvoir adjudicateur. La signature des marchés relève de sa seule compétence, ou par délégation de son représentant.

Des référents achats sont désignés par les chefs des établissements parti du GHT du Limousin pour mettre en place la politique commune d'achat en lien avec l'établissement support.

A l'HIHL, les référents achats nommés sont la Directrice Adjointe et l'Attachée d'Administration Hospitalière de la Direction des Moyens et de l'Activité pour tous les achats hormis ceux relevant de la compétence du pharmacien de l'HIHL, référent achat pour les achats qui le concerne.

Le référent achat intervient à plusieurs niveaux :

- En amont de la passation des marchés, il est chargé de l'expression des besoins propres à l'HIHL, dans le respect du calendrier des opérations arrêté par la fonction achat mutualisée.
- Après sa passation, il est responsable de l'exécution du marché à l'HIHL.
- Une compétence lui est attribuée pour instruire les marchés spécifiques de l'HIHL, généralement les marchés subséquents.

Pour les opérations spécifiques, le référent achat bénéficie d'une délégation de signature de la part de l'établissement support. Cette délégation de signature se traduit par une mise à disposition partielle des référents achats par l'intermédiaire d'une convention.

Politique achat du GHT du Limousin

Elle comporte 10 axes répartis dans 3 dimensions :

1. Dimension stratégique :

Axe 1 – Promouvoir une démarche de mutualisation des achats à l'échelle du GHT en réponse aux enjeux de performance et de convergence, tout en considérant les spécificités des établissements (activité, dispersion géographique, taille...)

Axe 2 – Prioriser les actions communes sur des achats à forte valeur ajoutée économique, juridique et qualitative

Axe 3 – Développer la responsabilité environnementale sociale et territoriale

Axe 4 - Sécuriser juridiquement les achats

2. Dimension économique

Axe 5 - Améliorer la performance des achats

Axe 6 – Rendre compte de la performance des achats

Axe 7 – Mieux connaître nos besoins achats

3. Dimension fonctionnelle

Axe 8 – Développer la communication entre les acteurs

Axe 9 - Accompagner la montée en compétence des acteurs achats du GHT

Axe 10 – Faire connaître la Fonction Achat du GHT

Il appartient à l'HIHL de réaliser ses achats en cohérence avec la politique achat du GHT et déclinée à travers ses différents axes stratégiques, dans le respect des règles de fonctionnement définies à l'échelle du GHT dans le règlement intérieur de la fonction achat mutualisée du GHT du Limousin.

La fonction achat et approvisionnement interne à l'HIHL font l'objet d'une cartographie des processus intégrée à la cartographie globale des processus de l'HIHL.

Documents annexes :

- Annexe 1 : Politique achat du GHT du Limousin
- Annexe 2 : Règlement Intérieur de la fonction achat mutualisée du GHT du Limousin

Le Directeur

Arnaud DAVID

Le 31/01/2022



POLITIQUE DE SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION (P.S.S.I.) Et plan d'actions

Contexte réglementaire et recommandations :

- Code de la Santé Publique, articles R1110-1 et suivants relatifs à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique, articles R 1111- 1 et suivants relatifs à l'hébergement des données de santé à caractère personnel,
- Loi modifiée n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
- Code Pénal, Article 226-13 relatif au secret professionnel
- Ordonnance n° 2005-1516 du 08 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives
- Référence 5 du manuel de certification des établissements de santé HAS V2010
- Guide de la sécurité des données personnelles CNIL, édition 2010
- Guide d'élaboration et de mise en œuvre d'une PSSI élaboré par l'ASIP Santé en février 2015
- Instruction N°SG/DSSIS/2016/309 du 14 octobre 2016

Préambule :

Au regard du contexte réglementaire et des recommandations en vigueur, en application de sa politique qualité et de gestion des risques, compte tenu de l'évolution de son système d'information :

- déploiement du dossier patient informatisé et de nouvelles applications administratives
- développement des échanges d'informations médicales dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).
- développement des échanges d'information dans le cadre de filières de soins et de projets régionaux
- développement des échanges d'information dans le cadre des politiques nationales : ouverture vers le Dossier Médical Personnel (DMP), recueil et exploitation d'informations nominatives personnelles (administratives, sociales et médicales) relatives aux patients accueillis,

L'HIHL se doit de développer une culture de sécurité, en lien avec les politiques régionales.

Ce sont les utilisateurs qui font la sécurité, mais un **Référent Sécurité du Système d'Information avec l'appui du Responsable Sécurité du Système d'Information du CHU de Limoges** a été désigné pour :

- assurer l'élaboration, la diffusion et le respect de l'application de la P.S.S.I.
- responsabiliser les acteurs.

Par ailleurs, comme chaque établissement de santé, l'HIHL a l'obligation de prendre les mesures destinées à **renforcer la sécurité informatique, la confidentialité des informations échangées** et, notamment, celles prévues dans les référentiels nationaux :

- **Référentiel Général de Sécurité (R.G.S.)**
 - o Mesures de sécurisation des matériels et applications
 - o Modalités d'accès aux traitements des informations
 - o Mesures d'identification, habilitation, autorisations et procédures de contrôle de ces dispositifs
 - o Mesures pour garantir la confidentialité

- **Référentiel Général d'Interopérabilité (R.G.I.)**

Il s'agit d'un ensemble de règles destinées à permettre les échanges entre les acteurs (professionnels, applications, établissement). Son contenu définit :

- o L'Interopérabilité technique (codage, formats de données, formats de documents, protocoles, les formats des messages, leur structuration, ...)
- o L'Interopérabilité organisationnelle (les rôles des identités et des acteurs, les processus)

• **EN MATIERE DE CONFIDENTIALITE**

En application du décret n°2007-960 du 15 mai 2007, codifié sous les articles R1110-1 et suivants du code de la santé publique, l'H.I.H.L. se doit de :

- Gérer une liste nominative des professionnels habilités ainsi que l'étendue de leurs droits d'accès (projet régional H2012 : annuaire et carte de professionnel de santé)
- Mettre en œuvre l'identification et la vérification de la qualité des personnes (annuaire et carte de professionnel de santé)
- Informer les personnes concernées par les informations médicales des dispositions prises

• **EN MATIERE DE TRACABILITE**

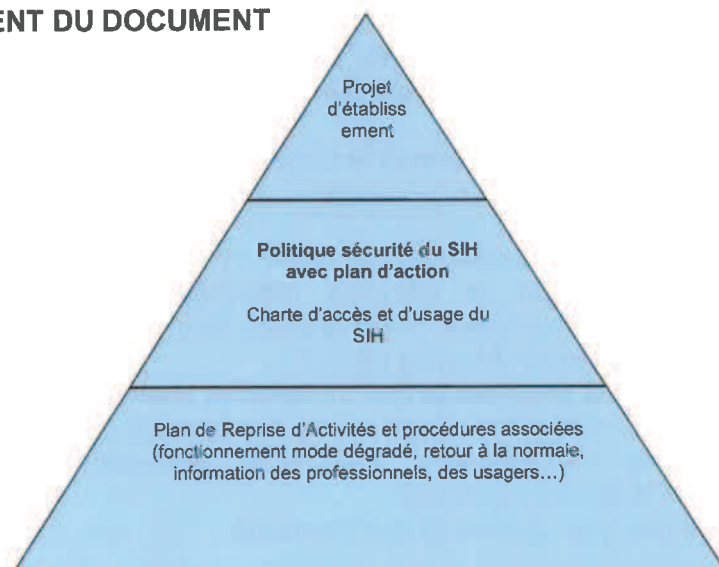
Afin de répondre aux enjeux liés à une bonne prise en charge des usagers, HIHL doit garantir la fiabilité de la traçabilité des données les concernant.

• **PLAN D'ACTIONS**

- Elaboration de la cartographie des processus, au regard de l'organisation cible (fiches de postes, profils d'utilisation du S.I.H., procédures et modes opératoires, charte de gestion des cartes de professionnels de santé...)
- Définition d'un plan d'actions sécurité (état des lieux, priorisation et organisation des chantiers)
- Déploiement et mise en œuvre de la sécurité (PSSI)

La politique de sécurité initie une **démarche continue** (démarche similaire à la démarche qualité). Elle **s'inscrit dans les actions pluriannuelles de l'établissement**. Elle est inscrite dans le Projet d'Etablissement 2012-2016 et le sera dans le prochain Projet d'Etablissement.

POSITIONNEMENT DU DOCUMENT



1 – LA POLITIQUE

1.1 - LES CRITERES MAJEURS DE LA POLITIQUE DE SECURITE

La politique de sécurité du SIH prend en compte quatre critères majeurs :

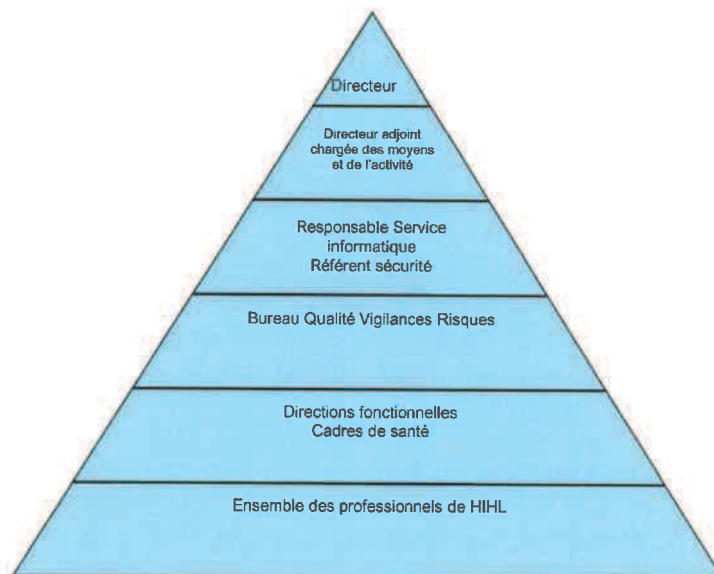
- La disponibilité des données et des traitements
- L'intégrité des données et des traitements
- La confidentialité des données
- La traçabilité (quoi, quand et par qui ?).

1.2 – LA DIVERSITE DES RISQUES

La politique de sécurité couvre la diversité des risques informatiques et notamment :

- la destruction de données
- les vols de matériels (perte de données ou risque de divulgation publique)
- l'altération des données (erreur de manipulation, problème technique)
- les actes malveillants

1.3 – LES ACTEURS DE LA POLITIQUE DE SECURITE



1.4 – LES MOYENS MATERIELS et TECHNIQUES

L'infrastructure technique et l'architecture du système d'information de HIHL sont décrites en parties 1 à 4 du Plan de reprise d'Activités.

L'architecture actuelle du système d'information est le résultat de la mise en œuvre d'un marché de sécurisation du système d'information dont les travaux ont été réceptionnés en juin 2015.

Le principe de cette architecture repose sur l'enregistrement des données en redondance sur deux serveurs installés dans deux salles différentes (type data center).

1.5 – ANALYSE ET PRIORISATION DES RISQUES

Le plan d'actions de la politique de sécurité s'appuie sur le résultat de l'analyse des risques initiée fin 2014-début 2015 selon la méthodologie ci-après :

- élaboration de la cartographie des processus de HIHL (le SIH fait partie des processus de management)
- élaboration de la fiche d'identité du processus du SIH (contour du processus, organisation interne, interfaces, mise en œuvre)
- identification des principaux risques et dispositifs de maîtrise mis en place,
- cotation des risques selon le niveau de maîtrise et indice de priorisation
- plan d'actions.

2. - LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE

La politique de sécurité du système d'information est mise en œuvre grâce à un plan d'actions qui fait l'objet d'un suivi au moins quatre fois par an lors de chaque réunion des instances (Directoire, CME et CTE).

L'HIHL a confié le rôle de RSSI (Responsable de la sécurité des systèmes d'information) au RSSI du GHT Limousin en la personne de Mr Jacques LABIDURIE, en lien avec le correspondant de la sécurité des systèmes d'information de l'établissement, aussi responsable du service informatique, Bertrand MAFRAND, en relation étroite avec le Bureau Qualité Vigilances Risques (QVRC).

Deux actions majeures ont été réalisées depuis l'élaboration du plan initial, il s'agit de la sécurisation des accès au SIH et de la refonte complète de l'architecture du SIH.

Ces deux actions étaient inscrites dans le projet d'établissement 2012-2016 (volet « schéma de directeur du système d'information et de la communication »), ces deux actions faisaient partie intégrante du présent plan d'action sécurité.

En attendant le nouveau plan d'action du prochain projet d'établissement, celui-ci continu d'améliorer la sécurité de son SIH au travers de ses plans d'investissement annuels.

2.1. – sécurisation des accès

L'accès des utilisateurs au SIH est sécurisé par une authentification forte des utilisateurs et des droits octroyés sur chaque application en fonction de leur profil métier (annuaire SSOX et cartes de professionnels de santé).

Les règles d'accès et d'utilisation du SIH sont décrites dans la charte d'accès et d'usage du SIH de l'établissement

Cette action a été menée avec l'appui du Syndicat Inter hospitalier Limousin Poitou Charentes (SILPC), marché régional pour l'achat de la solution technique et aide à l'installation et maintenance niveau 1.

2.2. – sécurisation de l'architecture du SIH

Cette action a été menée par HIHL, localement, avec l'appui d'un cabinet conseil pour la maîtrise d'œuvre et la passation d'un marché avec un fournisseur pour les installations techniques.

Cela s'est traduit par la mise en œuvre d'une infrastructure virtualisée et sauvegardée répartie sur deux salles et trois serveurs physiques.

2.3 – autres actions réalisées depuis 2008 (année de formalisation de la politique de sécurité du SIH)

- Protection des postes par un antivirus et blocage de spyware
- Accès restreint aux serveurs et aux applications
- Sécurisation électrique des locaux informatiques des trois sites
- Centralisation des fichiers utilisateurs avec duplication sur les trois sites
- Sécurisation des accès aux machines par l'intégration de tous les postes sur les contrôleurs du domaine, et d'un accès aux postes par cartes à puces et SSO (en cours de déploiement).

2.4 - Les actions réalisées 2015-2016

Au plan des Données :

Sauvegarde

- Mise en œuvre du PRA

Au plan du Matériel :

Les postes

- Continuité de renouvellement des postes de travail
- Mise en œuvre d'anti-virus centralisé

L'infrastructure

- Mise en œuvre technique de l'infrastructure répartie sur deux salles (une salle de production et une salle de secours)
 - Vlan pour séparer les flux réseaux
 - Portail captif pour la séparation des flux wifi pour les accès professionnels et résidents
- Installation d'alarmes sur coupure électrique vers portable technicien de garde.

Au plan de la gestion des droits :

- Déploiement de la carte CPS auprès des utilisateurs autres que les professionnels de santé.
- Contrôle des flux internet réalisé en interne par l'établissement grâce à la mise en place d'un firewall permettant la prévention des intrusions, le filtrage des urls et l'activité réseau par utilisateur et contenu.

Au plan des procédures :

- Traçabilité des incidents et de leur traitement
- Ecriture des procédures d'exploitation du SIH
- Gestion opérationnelle des serveurs (élaboration d'une fiche technique) pour assurer la continuité des interventions
- Ecriture des procédures de fonctionnement en mode dégradé pour l'ensemble des applications

2.5 - La priorisation et planification des actions 2016-2022

La priorisation et planification des actions 2016-2022

Thème	action	priorité	échéance
Gestion des réseaux	Changement du Firewall	1	Achat réalisé mise en œuvre fin 2022
Gestion des réseaux	Changement des onduleurs des baies	2	Achat réalisé mise en œuvre fin 2022
Gestion des droits	Protection des flux de messagerie	1	2 ^{ème} semestre 2020 (réalisé)
Gestion des droits	Sécurisation des accès par mot de passe robustes	1	Réalisé
Gestion des postes de travail et des serveurs	Mise en œuvre de la mise à jour automatique des systèmes d'exploitation	1	Réalisé
Gestion des réseaux	Mise en place d'un lien réseau de secours sur les sites de Magnac-laval et du Dorat	1	1 ^{er} semestre 2021(réalisé)

Gestion des postes de travail et des serveurs	Changement des serveurs sur les sites distants	2	2ième semestre 2020 (réalisé)
Gestion des postes de travail et des serveurs	Changement du la baie de stockage	2	Achat réalisé mise en œuvre fin 2022
Gestion des postes de travail et des serveurs	Extension de la capacité de stockage sur le serveur de sauvegarde/réplication	2	2ième semestre 2022

Le directeur



Arnaud DAVID

Annexe 1 : Etat des lieux

1. Les postes

1.1 L'équipement

Un poste est équipé a minima, en plus du système, de :

- une suite bureautique
- un navigateur
- un antivirus
- un client de messagerie
- une imprimante pdf (ou un lien avec)
- un visionneur de documents pdf
- un accès réseau
- une prise de main à distance

1.2 Le parc de postes

- 235 de postes de travail

1.3 Les imprimantes (incluant les photocopieurs) :

- 114 points d'impression

1.4 Les serveurs

Répartition des serveurs physiques:

♦ Site de Bellac :

- **Salle principale**
- **2 serveurs physiques**
- **1 baie SAN**
- **Salle de secours**
- **1 serveur physique**

♦ Site de Magnac-Laval :

- **1 serveur physique**

♦ Site du Dorat :

- **1 serveur physique**

1.5 Composants réseau :

Site de Bellac	Site de Magnac-Laval	Site du Dorat
1 FireWall 1 Antispam 1 portail captif 8 Baies informatiques 12 Bornes Wifi	5 Baies informatiques 8 Bornes Wifi	5 Baies informatiques 20 Bornes Wifi

1.6 Les autres composantes du SIH :

- bornes de mise à jour carte vitale : 4
- 3 terminaux de paiement
- Douchettes (code barre) : 7

- Imprimantes douchettes (code barre) : 3

NB : Les flux réseaux ne sont pas cryptés ni signés.

1.7 Les logiciels et la sauvegarde des données

L'Hôpital Intercommunal du Haut Limousin dispose actuellement des applications suivantes :

Logiciel	fonctionnalité	sauvegarde
ELAP (médiane)	Gestion administrative des patients et économat	SILPC (infogérance)
Osiris	Gestion médicale des patients	HIHL
Pmsipilot	Analyse et de suivi d'activité de soins	HIHL/GHT
Planiciel	Gestion du temps de travail et des plannings	HIHL
MPHDA	Gestion du personnel (éléments de paye)	SILPC (infogérance)
Gesform	Gestion des formations	Infogéré par l'éditeur
Hpliance	Gestion de l'annuaire des professionnels de santé	SILPC (infogérance)
Datameal	Gestion de la restauration	Bouygues Services Energie
Hospitality.net	Gestion hôtelière	HIHL
Wel'COM	Messagerie vocale	HIHL
Omnivista	Gestion des autocommutateurs	HIHL
DICSIT	Gestion des patients et des tournées SSIAD	HIHL
BlueMind	Messagerie	HIHL
Sofi	Gestion financière	Editeur en ligne
GLPI	Gestion des demandes informatique	HIHL
G2IT	Gestion des demandes d'interventions hors informatique	HIHL
Joomla	Logiciel de CMS (intranet)	HIHL
Gestétiq	Sur-étiquetage des médicaments sans conditionnement unitaire	Sans Objet
Optac	Logiciel d'enregistrement des temps de conduite	HIHL
Kaspersky	Antivirus	Sans Objet
Libre Office	Suite bureautique libre	Sans Objet
Office standard	Suite bureautique microsoft	Sans Objet
GRR	Réservation des salles et matériels	HIHL
MailInBlack	Protection de la messagerie	Hébergé par l'éditeur
Team viewer	Prise de main à distance	Sans Objet
Apiwebmail	Accès messagerie sécurisée en ligne	Sans Objet
Time Wise	Gestion des rendez-vous consultations externes	HIHL

L'ensemble des composants applicatifs et techniques du système d'information et de communication de l'HIHL est géré par un service informatique couvrant les 3 sites.

1.8 Les aspects assurantiels et le financement des risques

L'établissement souscrit :

- une assurance dommages électriques (comprise dans dommages aux biens)
- une assurance bris de machine pour l'autocommutateur
- des extensions de garanties pour les serveurs et baie

1.9 La gestion des incidents

Ils sont déclarés sur Intranet en vue de leur résolution par l'équipe informatique, les plus importants devant faire l'objet d'une fiche d'évènement indésirable (FEI) pour recherche des pistes d'amélioration globale.

Annexe 2 – Cotation des risques du SIH (taux de disponibilité et échelle de criticité)

Cette cotation résulte de l'analyse des risques du processus SIH.

Echelle	Besoins	Description	Taux de disponibilité	Durée d'indisponibilité équivalente par :	
				an	mois
1	Faible	Absence de besoin de disponibilité. L'application peut être indisponible sans limite.	> 95 %	18j	36h
2	Significatif	L'application peut être indisponible pendant une durée importante mais limitée.	> 99%	3,5j	7h
3	Important	L'application peut être indisponible pendant une courte durée.	> 99,5%	2j	3h30
4	Critique	L'application ne doit pas être indisponible.	> 99,9%	8h30	40min

Application		Echelle criticité
Médiane	Gestion administrative des patients et économat	4
Osiris	Gestion médicale des patients	4
Opale	Recueil des données PMSI MCO	4
Oxalys	Recueil des données PMSI SSR	4
Pmsipilot	Analyse et de suivi d'activité de soins	2
Planiciel	Gestion du temps de travail et des plannings	2
MPHDA	Gestion du personnel (éléments de paye)	2
Gesform	Gestion des formations	1
Hpliance	Gestion de l'annuaire des professionnels de santé	2

Datameal	Gestion de la restauration	2
Hospitality.net	Gestion hôtelière	2
Wel'COM	Messagerie vocale	1
Omnivista	Gestion des autocommutateurs	1
Dicsit	Gestion des patients et des tournées SSIAD	3
Sofi	Gestion financière	1
GLPI	Gestion des demandes informatique	1
BlueMind	Messagerie	3
G2IT	Gestion des demandes d'interventions hors informatique	2
Joomla	Logiciel de CMS (intranet)	2
Gestétiq	Sur-étiquetage des médicaments sans conditionnement unitaire	2
KalitExpert	Logiciel d'aide à l'autoévaluation	1
GRR	Réservation des salles et matériels	1
Team viewer	Prise de main à distance	Sans Objet
PDF Créateur et Adobe Reader	Outil de lecture et de génération de documents formats PDF	Sans Objet
Apiwebmail	Accès messagerie sécurisée en ligne	2
Time Wise	Gestion des rendez-vous consultations externes	3

POLITIQUE LIEU DE SANTE SANS TABAC

Priorité de santé publique
Environnement sain
Implication générale

L'HIHL s'engage dans une démarche de Lieu de Santé Sans Tabac (LSST)

Qu'est-ce qu'un Lieu de santé sans tabac ?

Un Lieu de santé sans tabac est un établissement de santé ayant une stratégie de progression dans l'aide aux fumeurs et dans la disparition du tabagisme au-delà du simple respect de la législation en vigueur.

Cette stratégie comprend un ensemble d'initiatives politiques, administratives ou médicales, s'effectuant dans le cadre d'un projet planifié. Elle s'inscrit dans la démarche qualité globale de l'établissement.

- Une stratégie qui s'appuie sur les professionnels de santé de l'établissement : les médecins, les infirmier.es, les kinésithérapeutes, les aides-soignant.es, la pharmacie hospitalière, le service de santé au travail
- Une stratégie qui concerne tous les acteurs de l'établissement la DRH, Les autres directions (générale, moyens et technique)
- Une stratégie qui s'appuie sur les ressources partenariales du territoire RESPADD, LAST, COREADD et les associations locales ou régionales d'addictologies ou de tabacologie

Assise opérationnelle :

Un comité de pilotage et un chef de projet LSST ont été désignés et ont défini des axes d'intervention et des moyens transversaux.

A. AXES D'INTERVENTION

1. Engagement politique et institutionnel : signature de la Charte Lieu de santé sans tabac par l'établissement, inscription de la stratégie Lieu de santé sans tabac dans le projet d'établissement, adhésion au RESPADD, engagement dans un objectif de création d'un Lieu de santé promoteur de santé
2. Application de la réglementation et l'aménagement des locaux : amélioration de la signalétique, programmation de la mise en place d'un mobilier urbain adapté
3. Formation des personnels à l'abord du fumeur : formation continue en interne ou en externe DU Addictologie
4. Définition des modalités et des protocoles de prise en charge et d'accompagnement des patients fumeurs : repérage, proposition systématique de substituts nicotiniques, information sur les alternatives au tabac fumé, inscription du tabac dans les protocoles de préadmission, module tabac dans les différents programmes d'Éducation thérapeutique du patient (ETP), inscription du tabac dans les évaluations des pratiques professionnelles, mise à disposition des soignants des outils nécessaires pour une bonne prise en charge des patients fumeurs
5. Définition des modalités et du protocole de prise en charge et d'accompagnement des personnels fumeurs : mise en place d'une consultation réservée/ciblée et accès aux substituts nicotiniques
6. Prévention primaire et sensibilisation en direction du public et des personnels : journée de sensibilisation, journée mondiale sans tabac, Moi(s) sans tabac, animations sportives, conférences, etc...
7. Mise en place d'un lieu dédié « STOP TABAC » à la centralisation de l'information et des entretiens motivationnels

B. MOYENS TRANSVERSAUX

1. Communication : toutes les actions doivent donner lieu à une communication adaptée suivant objectifs de promotion de la santé ou de respect de l'environnement ainsi que des publics visés
2. Evaluation : quel que soit l'axe d'intervention, toutes les actions doivent donner lieu à une évaluation des résultats et/ou à un retour d'expérience

Cette politique s'inscrit dans une stratégie à long terme où l'éducation et l'information demeurent les clés de la réussite.

Le directeur,
Arnaud DAVID

