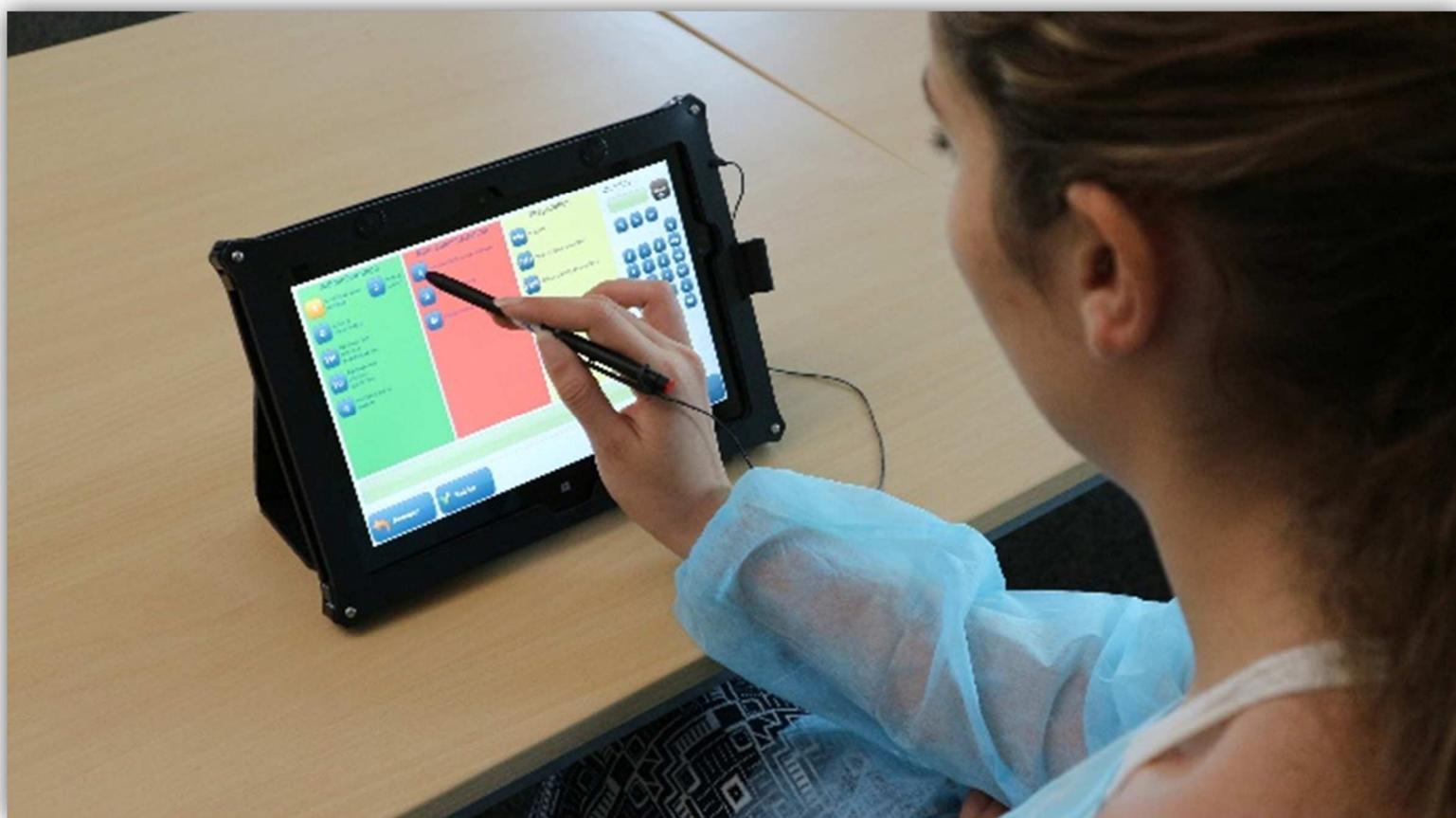




HOSPITALISATION A DOMICILE

PROJET D'ETABLISSEMENT

2014 - 2018



ACTUALISATION DECEMBRE 2017

Table des matières

UN CONTEXTE NATIONAL FAVORABLE AU DÉVELOPPEMENT DE L'HAD	6
L'OCCITANIE : LA NOUVELLE ECHELLE DU DEVELOPPEMENT DE L'HAD DANS LA REGION.....	7
LE PARTENARIAT, VALEUR FONDATRICE DE SANTE RELAIS DOMICILE.....	8
SANTE RELAIS DOMICILE association Loi 1901	8
L'historique de l'association	8
La gouvernance de l'association	9
SANTE RELAIS DOMICILE établissement de santé.....	9
Les orientations stratégiques	9
Le territoire d'intervention et les implantations géographiques	10
Les instances de l'établissement.....	11
DEVELOPPER LES PARTENARIATS AU CŒUR DE SON TERRITOIRE DE SANTE	13
Les établissements de santé fondateurs.....	13
Les structures et réseaux :.....	13
Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) :.....	13
Les professionnels de santé de proximité :.....	14
Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)	14
Les structures et services sociaux :	14
GARANTIR LES DROITS DES PATIENTS.....	15
Le droit à l'information et le consentement du patient.....	15
L'entourage du patient.....	15
La démarche éthique et la bientraitance	15
Le droit des patients en fin de vie.....	16
Le droit des patients et de l'entourage à évaluer la prise en charge.....	16
L'implication des usagers et de leurs représentants.....	16
DEPLOYER DES ACTIVITES DE SOINS DANS LA POLYVALENCE, LA PLURI-EXPERTISE ET DEVELOPPER DES SPECIALITES.....	17
La genèse du projet médical	17
Une HAD généraliste et polyvalente.....	17
Les activités en développement.....	19
L'organisation médicale.....	19
En HAD « Polypathologie »	19
En HAD « Périnatalité ».....	20
L'investissement dans la formation des professionnels de santé.....	20
DEVELOPPER L'INTERDISCIPLINARITE AU SERVICE DE LA QUALITE DES SOINS.....	21

Les soins infirmiers	21
L'organisation des soins en coopération avec les équipes libérales des patients.....	22
L'évaluation des demandes d'admission	22
L'admission du patient.....	22
La coordination des soins.....	23
La continuité des soins.....	23
La fin de prise en charge.....	24
Le décès du patient.....	24
La spécificité de la prise en charge psychosociale	25
L'accompagnement social du patient et de son entourage.....	25
Le soutien psychologique du patient.....	25
Le travail en interdisciplinarité.....	26
DEVELOPPER UNE POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES FORTE AUTOUR DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL.....	27
Les statuts des personnels	27
La pluridisciplinarité des personnels	27
Les instances représentatives du personnel.....	28
L'organisation du travail.....	28
La qualité de vie au travail et la sécurité pour les professionnels	29
La qualité de vie au travail.....	29
La prévention des risques professionnels	29
La Médecine du Travail.....	30
L'accueil des nouveaux arrivants	30
La gestion des carrières.....	30
La formation professionnelle continue.....	30
La participation à la formation des futurs professionnels.....	31
POURUIVRE LA DYNAMIQUE D'AMELIORATION ENGAGEE ET DEVELOPPER LA CULTURE DE LA GESTION DES RISQUES.....	32
Le pilotage de la politique qualité et gestion des risques.....	32
Les priorités en matière de qualité et de gestion des risques.....	32
Les droits des patients.....	32
La qualité et la sécurité des soins	33
<i>La qualité de vie au travail et la sécurité des professionnels.....</i>	<i>35</i>
L'organisation au service de la qualité et de la gestion des risques	35
Les ressources mobilisées	35
Le dispositif de gestion des risques	35
La coordination des vigilances sanitaires.....	36
La participation des professionnels et des représentants des usagers	36

DYNAMISER ET MODERNISER LA COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE.....	38
La communication interne.....	38
La communication interne institutionnelle	38
La communication interne fonctionnelle.....	38
La communication externe	39
Les supports de la communication externe	39
Les acteurs de la communication externe.....	40
DEVELOPPER UN PILOTAGE MEDICO ECONOMIQUE PERFORMANT.....	41
Une gestion désintéressée et efficiente	41
Une gestion participative.....	41
Une politique d'investissement centrée sur le cœur de métier.....	42
DEVELOPPER UNE STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT DURABLE.....	43
MODERNISER ET SECURISER LE SYSTEME D'INFORMATION	44
La politique du dossier patient.....	44
L'informatisation du dossier patient au domicile.....	45
Les transmissions d'informations entre professionnels.....	47
La modernisation des outils de gestion.....	47
Un système au service de la qualité, de la gestion des risques et de la maîtrise économique	47
L'évaluation du système d'information.....	48
SANTE RELAIS DOMICILE EN QUELQUES CHIFFRES	49

UN CONTEXTE NATIONAL FAVORABLE AU DÉVELOPPEMENT DE L'HAD

Faisant suite à une politique volontariste de généralisation de l'offre d'HAD sur le territoire national depuis 2005, la circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) pose l'objectif suivant :

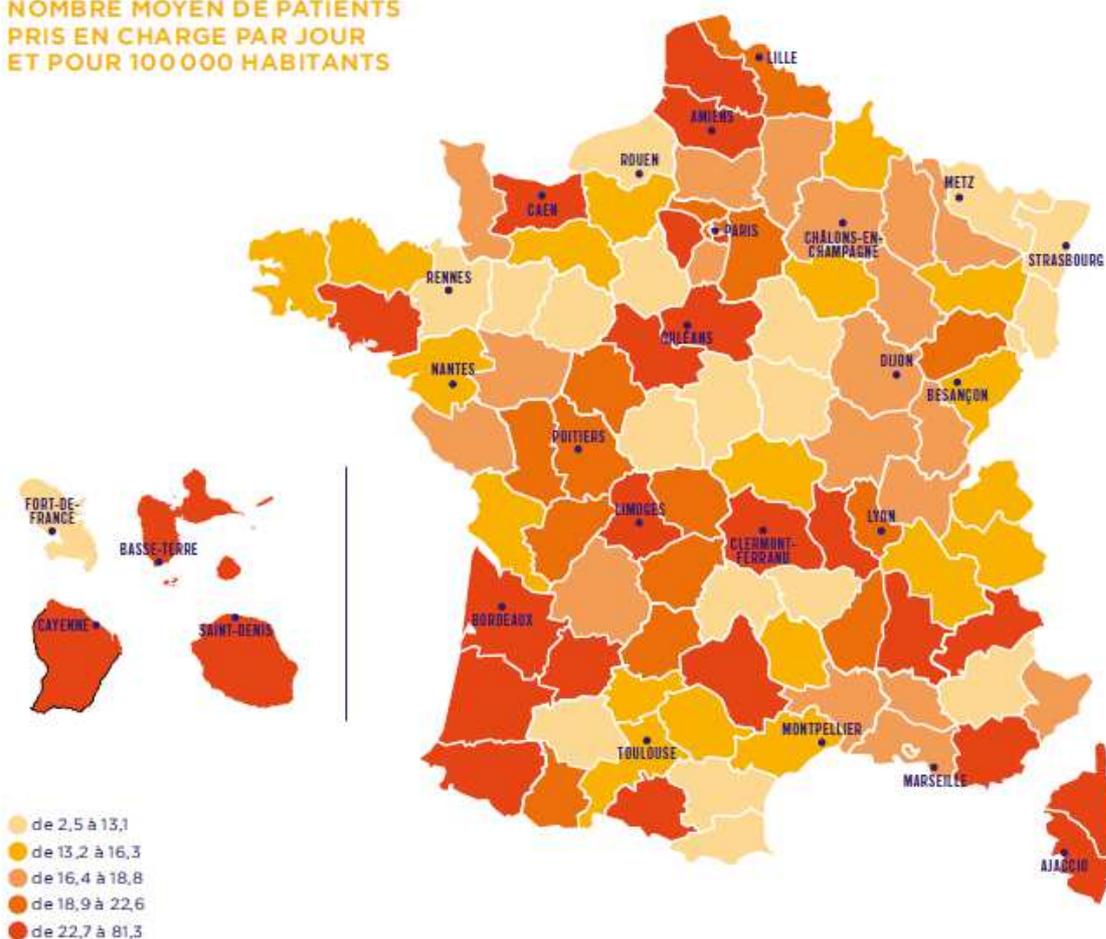
“Pour accompagner cette structuration et renforcer le positionnement de l'HAD au sein du système de santé, les objectifs stratégiques nationaux visent le développement de son activité par substitution aux séjours d'hospitalisation complète. Ainsi, la part de l'activité d'HAD a vocation, sur la période des projets régionaux de santé en cours, à passer de 0,6% du nombre de séjours réalisés en hospitalisation avec hébergement (MCO + SSR) à 1,2%.

Un tel développement, fondé sur une logique de substitution à l'hospitalisation complète, se fera donc au sein de l'objectif de dépenses en médecine chirurgie obstétrique (ODMCO) par redéploiement, ce qui implique une analyse fine des segments de soins sur lesquels l'HAD doit se développer. Un suivi sera mis en place au plan national pour mesurer l'impact réel de ce développement sur le champ MCO.”

Les chiffres clés et cartographie en 2015 (source FNEHAD) :

- 308 établissements d'HAD
- 105 008 patients pris en charge
- 4 629 254 journées d'hospitalisation à domicile
- 914 millions d'euros de recettes T2A.

NOMBRE MOYEN DE PATIENTS PRIS EN CHARGE PAR JOUR ET POUR 100 000 HABITANTS



LE PARTENARIAT, VALEUR FONDATRICE DE SANTE RELAIS DOMICILE

SANTE RELAIS DOMICILE ASSOCIATION LOI 1901

L'historique de l'association

SANTE RELAIS DOMICILE est née du regroupement de l'association loi 1901 SANTE RELAIS 31 et de l'HAD du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de TOULOUSE.

Ce projet a abouti par la volonté de ses fondateurs, partageant des valeurs communes de non lucrativité et de service public, dans un objectif de meilleure réponse aux besoins des populations : couvrir les zones urbaines et démographiquement dynamiques comme les zones rurales à densité de population moindre.

Quelques dates clés :

- **1984** : ouverture du service d'HAD du CHU de TOULOUSE (30 places)
- **2003** : ouverture de l'établissement d'HAD associatif SANTE RELAIS 31 (13 puis 45 puis 70 « places »), fondé par :
 - L'AGESEP 31, association gérant des établissements pour personnes atteintes de sclérose en plaques,
 - L'AMS : association gérant l'Hôpital Joseph Ducuing, établissement de santé de médecine, chirurgie obstétrique (MCO) et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
 - L'Institut Claudius Regaud, Centre régional de Lutte Contre le Cancer,
 - La Mutualité Française Haute-Garonne.
- **2009** : création de l'association loi 1901 SANTE RELAIS DOMICILE, dont les fondateurs sont :
 - Le CHU de TOULOUSE,
 - L'association SANTE RELAIS 31.

Obtention par SANTE RELAIS DOMICILE d'une autorisation d'activité de soins de médecine sous forme d'HAD polyvalente par transfert des autorisations détenues par SANTE RELAIS 31 et le CHU, avec extension territoriale et création d'antenne.

- **2010** : démarrage effectif du regroupement des activités d'HAD du CHU et de SANTE RELAIS 31 au sein de SANTE RELAIS DOMICILE.



La gouvernance de l'association

La forme associative choisie par les fondateurs de SANTE RELAIS DOMICILE reflète leur attachement aux valeurs de non lucrativité.

Ses principes de fonctionnement impliquent les deux fondateurs dans la gouvernance de l'association.

- **L'Assemblée Générale**

L'assemblée Générale comprend tous les membres de l'association :

- 5 délégués représentant le CHU de TOULOUSE,
- 12 délégués représentant SANTE RELAIS 31.

- **Le Conseil d'Administration**

L'association SANTE RELAIS DOMICILE est administrée par le Conseil d'Administration qui est élu pour 4 ans et composé de :

- 3 administrateurs représentant le CHU de TOULOUSE,
- 8 administrateurs représentant SANTE RELAIS 31.

Le Conseil d'Administration désigne parmi ses membres un Bureau composé du Président, de deux Vice-Présidents, du Secrétaire Général, du Trésorier.

La Présidence de l'association est assurée successivement par les deux membres fondateurs pour une durée de 2 ans renouvelables.

Le Conseil d'Administration nomme un directeur à qui il délègue la mise en œuvre de la politique générale de l'association.

SANTE RELAIS DOMICILE ETABLISSEMENT DE SANTE

Les orientations stratégiques

Le projet originel fondateur de la structure s'appuie sur les principes suivants :

- Répondre aux exigences croissantes d'efficience et à la nécessité du maillage territorial régional de cette activité par le secteur sans but lucratif.
- Développer une HAD polyvalente et généraliste ainsi que des spécialités, en réponse aux besoins des patients et aux sollicitations des médecins hospitaliers et généralistes prescripteurs.
- Assurer aux patients et à leur entourage une prise en charge globale avec une équipe pluridisciplinaire et une coopération étroite avec les professionnels de santé de proximité.
- Garantir aux patients la qualité et la sécurité des soins, avec une attention particulière portée sur le circuit du médicament et la lutte contre les événements indésirables associés aux soins.

- Garantir le respect des droits des patients, de leurs libertés individuelles, de leur dignité et en tenant compte de leurs choix de vie.
- S'assurer de la bientraitance et prévenir la maltraitance des patients et de leur entourage,
- Développer la qualité de vie au travail pour les professionnels de l'HAD ainsi que la formation des futurs professionnels médicaux, paramédicaux, psychosociaux, administratifs.
- S'inscrire dans une politique de développement durable.

Le projet de l'HAD SANTE RELAIS DOMICILE s'inscrit dans le respect de la charte de la personne hospitalisée et de la charte de l'hospitalisation à domicile.

SANTE RELAIS DOMICILE prend en charge une centaine de patients par jour et s'inscrit dans une dynamique de développement.

Les objectifs d'activité de SANTE RELAIS DOMICILE font l'objet d'un suivi et d'une communication aux Instances et aux personnels de la structure.

Le territoire d'intervention et les implantations géographiques

Les secteurs d'intervention de l'HAD SANTE RELAIS DOMICILE sont positionnés en complémentarité avec les HAD existantes en Haute-Garonne et dans le Gers : la Clinique PASTEUR, le Centre Hospitalier de SAINT-GAUDENS et la Croix Rouge.

L'implantation du siège social et de l'antenne permet un maillage du territoire, dans le respect des préconisations du SROS.



Le siège social et site principal situé à Toulouse



L'antenne de Léguevin



Les instances de l'établissement

En tant qu'établissement de santé, l'HAD SANTE RELAIS DOMICILE met en œuvre les instances dans un objectif de pluridisciplinarité et d'ouverture aux professionnels des partenaires fondateurs et aux professionnels de santé de proximité.

Les professionnels médicaux sont particulièrement impliqués dans la vie des instances.

- **La Commission Médicale d'Établissement (CME) :**

Elle contribue à l'élaboration du projet d'établissement, participe aux décisions stratégiques et à la gestion de l'établissement. Conjointement avec le directeur, elle définit la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, avec une attention particulière sur la sécurisation du circuit du médicament.

Elle est pilotée par les professionnels médicaux de la structure (médecins coordonnateurs, pharmacien référent, sages-femmes). Un médecin coordonnateur en assure la présidence. Les cadres de santé y sont associés, de même que le responsable Qualité et Gestion des Risques et le responsable de Gestion et des Systèmes d'information avec voix consultative.

- **Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) :**

Il définit et met en œuvre la politique en matière de maîtrise du risque infectieux.

Il est présidé par un médecin coordonnateur. Il est composé des professionnels correspondants en hygiène hospitalière, d'un cadre de santé, d'infirmiers, d'aides-soignants, de sages-femmes, du pharmacien référent, d'un infirmier libéral, d'experts exerçant dans des structures partenaires, du médecin du travail, de la responsable Qualité et Gestion des Risques.

- **Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) :**

Il définit et met en œuvre la politique de lutte contre la douleur.

Il est présidé par un médecin coordonnateur. Il est composé des référents en soins palliatifs et/ou douleur, de cadres de santé, du pharmacien référent, d'infirmiers, d'aides-soignants, de sages-femmes, d'un psychologue, de la responsable Qualité et Gestion des Risques.

- **La Commission des Usagers (CDU) :**

Elle instruit les plaintes et réclamations et participe à la politique de la qualité de la prise en charge des patients.

Elle est présidée par le directeur de l'établissement. Elle est composée d'un médiateur médecin titulaire, d'un médiateur médecin suppléant, d'un médiateur non médecin titulaire, d'un médiateur non médecin suppléant, de représentants des usagers, de la responsable de la Qualité et Gestion des Risques.

- **Le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN) :**

Il définit et met en œuvre la politique de prise en charge nutritionnelle des patients.

Il est présidé par un médecin coordonnateur et est composé de deux médecins coordonnateurs, d'un cadre de santé, d'une aide-soignante, d'une diététicienne et de la responsable Qualité et Gestion des Risques.

- **La Commission Développement Durable (CDD) :**

Elle définit et met en œuvre la politique en matière de développement durable.

Elle est composée de la responsable Qualité et Gestion des Risques, d'une déléguée du personnel, d'un cadre de santé, d'un membre de l'équipe logistique, d'un soignant.

Le directeur de l'établissement est membre de droit de l'ensemble des instances.

DEVELOPPER LES PARTENARIATS AU CŒUR DE SON TERRITOIRE DE SANTE

LES ETABLISSEMENTS DE SANTE FONDATEURS

- Le CHU de Toulouse,
- L'Institut Universitaire du Cancer Toulouse-Oncopôle (Centre Régional de Lutte Contre le Cancer),
- L'Hôpital Joseph Ducuing et son EHPAD.

Les médecins coordonnateurs et les cadres de santé tissent des liens particulièrement étroits avec les structures de soins fondatrices.

Ils participent notamment à des réunions de concertation pluridisciplinaire en soins de support, de façon hebdomadaire, au Centre Régional de Lutte Contre le Cancer, réunions qui permettent d'aborder la prise en charge des patients confiés par cette structure et de faire le lien avec le médecin traitant si besoin.

Tous ces temps d'échange sont à privilégier et à développer. Ils permettent la mise en commun d'informations, une harmonisation et une amélioration des pratiques entre structures hospitalières et médecins coordonnateurs, mais également entre médecins coordonnateurs eux-mêmes.

La connaissance des divers intervenants dans une prise en charge permet une reconnaissance du travail de chacun, et facilite les ré-hospitalisations, parfois rendues nécessaires dans certaines situations.

En HAD périnatalité, les sages-femmes sont présentes, chaque semaine, à des réunions dans les maternités partenaires, ce qui permet une meilleure connaissance des dossiers et des échanges sur les futures mères déjà prises en charge.

LES STRUCTURES ET RESEAUX :

- Les autres structures d'HAD intervenant sur des territoires communs ou voisins,
- Les établissements de santé prescripteurs,
- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui interviennent en amont ou en aval de l'HAD, dans un objectif de fluidité des parcours des personnes âgées ou handicapées,
- Les EHPA(D) ;
- Les autres établissements sociaux et médico-sociaux,
- Les réseaux de santé.

LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT) :

- Le GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest,
- Le GHT du Gers.

LES PROFESSIONNELS DE SANTE DE PROXIMITE :

- Les médecins traitants,
- Les infirmiers libéraux et les centres de soins infirmiers,
- Les kinésithérapeutes, orthophonistes et autres professionnels de santé libéraux,
- Les sages-femmes libérales,
- Les pharmacies d'officines...

LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES (MSP)

Un partenariat innovant est développé afin de :

- Faciliter et optimiser la prise en charge en HAD des patients suivis au sein de la MSP, sur les plans médical et logistique,
 - Développer et diffuser un modèle de collaboration innovant entre l'HAD, la MSP, les acteurs de soins de proximité,
 - Améliorer le parcours de soins des patients en sortie d'hospitalisation ;
 - Favoriser la prise en charge des patients porteurs de maladies chroniques complexes par les acteurs de soins du premier recours.
- Développer la recherche médicale en médecine générale

LES STRUCTURES ET SERVICES SOCIAUX :

- Les associations d'aides à domicile,
- Les associations de bénévoles,
- Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées,
- Les Centres Médico-Sociaux,
- Les services de Protection Maternelle et Infantile,
- Les associations d'utilisateurs ...

GARANTIR LES DROITS DES PATIENTS

L'hospitalisation à domicile repose sur une prise en charge globale individualisée assurée par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins coordonnateurs, de sages-femmes, de cadres de santé, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'une équipe psychosociale et d'une équipe administrative et logistique, en coopération avec les professionnels libéraux.

Les valeurs telles que le droit des patients, la bientraitance, la liberté individuelle, le respect de la dignité, de l'intimité, des croyances sont portées par tous les professionnels engagés dans les prises en charge en HAD.

LE DROIT A L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT DU PATIENT

Le droit du patient à l'information est affirmé dans le code de Santé publique depuis la Loi du 4 Mars 2002. La loi signifie qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne.

Le patient est reconnu dans sa dimension humaine et non réduit à sa pathologie. Il est acteur de sa santé.

Sa volonté d'autonomie est encouragée. Sa dignité, ses croyances, son intimité sont respectées.

Les libertés individuelles et ses choix de vie sont pris en compte.

L'ENTOURAGE DU PATIENT

Sans entourage, le plus souvent, l'hospitalisation à domicile ne pourrait avoir lieu.

La médicalisation de la prise en charge peut modifier le cadre de vie habituel et majorer le stress des personnes soignées et de leur entourage.

L'accompagnement d'un proche, atteint d'une maladie grave a souvent des conséquences psychosociales, professionnelles, familiales, financières, affectives. La famille ou l'entourage impliqués ont plus ou moins les capacités à faire face, seules, à ces perturbations. SANTE RELAIS DOMICILE est attentif et à l'écoute de l'entourage.

LA DEMARCHE ETHIQUE ET LA BIENTRAITANCE

La bientraitance correspond à une prise en charge globale du patient et de son entourage, répondant à leurs attentes et leurs besoins et permettant le respect de leurs droits et de leurs libertés. Le rôle et les interactions entre les différents acteurs que sont les professionnels, la structure et le patient, sont les piliers de cette prise en charge.

L'établissement poursuit son engagement dans le respect des droits des patients par :

- La formation des professionnels sur les droits des malades,
- La promotion de la bientraitance des patients auprès des professionnels,
- l'écoute et le recueil de la parole des patients et de leurs aidants,
- L'amélioration de l'organisation du recueil des plaintes et réclamations,
- L'amélioration de la prise en charge du décès au domicile.

Des temps de réflexion interdisciplinaires, en équipe et/ou en inter-équipes, sont ménagés sur les situations complexes : refus de soin, fin de vie, demande d'euthanasie de patient ou de l'entourage, respect des choix des malades, épuisement des aidants ...

Les situations de soins particulières et/ou complexes peuvent être discutées en CDU

L'HAD peut éventuellement solliciter l'avis d'experts extérieurs.

Le médecin coordonnateur informe les équipes soignantes du projet médical du patient et les incite à la réflexion sur leurs missions au-delà du soin technique dans les situations de soins palliatifs. Il favorise la bientraitance en veillant au respect des droits et libertés et, entre autres, le droit à l'autodétermination et le droit au risque, mais aussi la confidentialité. En collaboration avec le cadre de santé et l'équipe psychosociale, il impulse la réflexion des équipes soignantes sur leurs pratiques dans un objectif de bientraitance.

LE DROIT DES PATIENTS EN FIN DE VIE

La loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 intègre les directives anticipées, la personne de confiance, le droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Sante Relais Domicile est attentif à respecter les volontés des patients dans le respect de ce cadre réglementaire.

LE DROIT DES PATIENTS ET DE L'ENTOURAGE A EVALUER LA PRISE EN CHARGE

SANTE RELAIS DOMICILE se dote d'une organisation et d'un système de pilotage lui permettant de mesurer le niveau de qualité et de sécurité des soins, d'évaluer la satisfaction des patients et de leur entourage, correspondants et professionnels et d'évaluer les politiques engagées, dans un objectif d'amélioration continue.

Le système d'évaluation de SANTE RELAIS DOMICILE répond aux pratiques exigibles prioritaires et aux indicateurs nationaux définis par le Ministère chargé de la santé et par la Haute Autorité de Santé.

L'IMPLICATION DES USAGERS ET DE LEURS REPRESENTANTS

La Commission des Usagers (CDU) est particulièrement mobilisée sur le respect des droits des patients, la promotion de la bientraitance des patients, l'organisation du recueil des plaintes et réclamations, l'amélioration de la prise en charge du décès au domicile.

Elle contribue à la détermination des plans d'action d'amélioration et en suit la réalisation.

DEPLOYER DES ACTIVITES DE SOINS DANS LA POLYVALENCE, LA PLURI-EXPERTISE ET DEVELOPPER DES SPECIALITES

LA GENESE DU PROJET MEDICAL

SANTE RELAIS DOMICILE est issue du regroupement de deux structures d'HAD généralistes et polyvalentes : l'HAD SANTE RELAIS 31 et l' HAD du CHU de Toulouse.

L'analyse de l'activité de ces deux structures sur les années antérieures au regroupement montre une grande variété de pathologies prises en charge, avec toutefois une prédominance de patients atteints de pathologies cancéreuses dans les deux structures.

UNE HAD GENERALISTE ET POLYVALENTE

Actuellement SANTE RELAIS DOMICILE prend en charge trois types de soins comme définis dans la circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000, à savoir :

- Des soins ponctuels pour des patients pris en charge pour une durée préalablement déterminée, avec des soins techniques lourds et complexes, soins qui peuvent être fréquemment réitérés ;
- Des soins continus pour des patients ayant des pathologies évolutives, pris en charge pour une durée non déterminée préalablement, avec des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, un accompagnement dans la phase palliative, pouvant aller jusqu'au décès ;
- Des soins de réadaptation au domicile pour des patients après la phase aiguë d'une pathologie lourde, pris en charge pour une durée déterminée.

Ces types de soins recouvrent des pathologies variées, dans les domaines comme la :

- **Cancérologie** : soins de support, prise en charge de la douleur, soins palliatifs, alimentation entérale et parentérale, pour tous types de cancers.
- **Hémato-cancérologie** : chimiothérapies, surveillance post-chimiothérapies, surveillance d'aplasie.
- **Dermatologie** : prise en charge de pansements complexes (ulcères, escarres, plaies chirurgicales...) et de plaies nécessitant des appareillages spécifiques de thérapie par pression négative. SANTE RELAIS DOMICILE s'inscrit dans une démarche de télésanté permettant un suivi conjoint des plaies complexes entre les professionnels du domicile et les prescripteurs hospitaliers.
- **Neurologie** : Soins continus et réadaptation pour des pathologies évolutives telles que sclérose en plaques, soins continus pour des pathologies dégénératives telles que sclérose latérale amyotrophique, soins palliatifs.
- **Cardiologie** : suivi après une phase de décompensation d'insuffisance cardiaque, soins palliatifs dans les insuffisances cardiaques terminales.

- **Pneumologie** : réadaptation pour des insuffisants respiratoires appareillés, traitements anti-infectieux, soins palliatifs.
- **Maladies infectieuses** : infections graves avec traitement antibiotique intraveineux au long cours, traitement antibiotique de la réserve hospitalière.
- **Néphrologie** : soins de support et soins palliatifs dans le cadre d'insuffisance rénale terminale.
- **Gériatrie** : prise en charge des personnes âgées, voire très âgées. La prise en charge de tels patients est parfois rendue délicate quand l'aidant principal est lui aussi avancé en âge. Les partenariats avec les SSIAD sont recherchés pour proposer aux patients âgés les modes de prises en charge les plus adaptés à leurs besoins, en fonction de l'évolution de leur état de santé.
- **Gynécologie obstétrique** : suivi de grossesses pathologiques (hypertension artérielle, diabète, retard de croissance intra-utérin, grossesses multiples avec complications,...), (restreinte dans la prise en charge de post-partum pathologiques, voire de sorties précoces. Les prises en charge sont souvent intriquées dans un contexte psychiatrique (addictions, troubles des conduites alimentaires, ...) ou psychosocial précaire ou de problématique du nouveau-né.
- **Soins palliatifs** : réalisation de soins palliatifs dans la continuité des soins curatifs, avec pour référence la charte des soins palliatifs et de l'accompagnement soutenue par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent, cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent à préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche à ce que ces principes puissent être appliqués. »

De nombreux patients sont pris en charge par Santé Relais Domicile pour des soins de type palliatif. L'équipe pluridisciplinaire de la structure, de par sa formation et ses valeurs, permet un accompagnement du patient, de sa famille et de ses proches dans le respect de sa personne, de ses droits, de son vécu, de ses libertés, de ses croyances et de son intimité.

Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance et d'établir des directives anticipées.

L'HAD peut accompagner le patient jusqu'au décès à son domicile en fonction de sa volonté et des possibilités de son entourage.

L'intervention des associations d'accompagnement est proposée et organisée si le patient le souhaite.

LES ACTIVITES EN DEVELOPPEMENT

- **Développement des chimiothérapies anticancéreuses :**

Depuis début 2010, SANTE RELAIS DOMICILE réalise des traitements de chimiothérapie, en tant qu'établissement associé pour le traitement du cancer. Actuellement, quelques molécules (de l'ordre de 4 à 5) sont administrées régulièrement. Santé Relais Domicile est sollicitée par certains services hospitaliers pour la réalisation de nouvelles chimiothérapies à domicile (anticancéreuse, anti-infectieuse).

Il semble possible d'élargir l'offre de soins à d'autres molécules.

- **Amélioration de la gestion des problématiques psychiatriques pouvant interférer dans la prise en charge de certains patients :**

Actuellement, SANTE RELAIS DOMICILE refuse les prises en charge dont la problématique psychiatrique est le motif principal de la demande.

Mais, parfois, les patients peuvent décompenser d'une pathologie psychiatrique préexistante, ou présenter de nouveaux symptômes sur le versant psychiatrique.

La structure se doit de répondre à cette éventualité dans son offre de soins, par la mise en œuvre de réseaux ou de ré-hospitalisation en cas d'échec des autres alternatives.

L'ORGANISATION MEDICALE

En HAD « Polypathologie »

- **Le médecin traitant, pivot de la prise en charge**

Comme le stipulent les textes régissant l'hospitalisation à domicile, le médecin traitant, qu'il soit ou non le prescripteur de l'hospitalisation à domicile, est le pivot de la prise en charge.

Son accord est indispensable à la prise en charge en hospitalisation à domicile. Il assure le suivi médical, la surveillance des soins ; il adapte les traitements et peut faire intervenir un médecin spécialiste si besoin.

- **Le médecin coordonnateur**

Il fait partie de l'équipe pluridisciplinaire de la structure. Il valide l'admission des patients et établit le projet de soins. Il participe aux réunions hebdomadaires en interdisciplinarité avec un cadre de santé, des infirmiers, des aides-soignantes, une assistante sociale et une psychologue.

Il recherche une coopération étroite avec le médecin traitant par des échanges téléphoniques ou des visites conjointes

Il peut être une aide à la prise de décision dans certaines situations complexes ou inhabituelles, et dans la réflexion bénéfice-risque de certains traitements. Il est facilitateur pour des ré-hospitalisations ou des mises au point cliniques par ses contacts avec les médecins spécialistes (oncologues du Centre Régional de Lutte Contre le Cancer, spécialistes hospitaliers ou autres).

Il revient aux médecins coordonnateurs d'expliquer et d'impliquer leurs confrères dans la sécurisation du circuit du médicament, comme le demande la réglementation.

Le médecin coordonnateur peut parfois être amené à prescrire :

- dans le cadre de l'urgence,
- pendant les permanences téléphoniques,
- pour les médicaments réservés à l'usage hospitalier en accord avec le médecin traitant,
- pour des traitements spécifiques, comme les antalgiques administrés avec des pompes, en accord avec le médecin traitant.

Il permet la continuité médicale des prises en charge par sa participation à la permanence médicale téléphonique. Il dispose pour cette permanence des données médicales de chaque patient, il conseille l'infirmier au chevet du patient sur la conduite à tenir en fonction de la situation au domicile et peut prescrire en temps réel grâce au dossier informatisé au chevet du patient.

Un médecin urgentiste peut à tout moment être appelé au chevet d'un patient (en l'absence du médecin traitant). Le médecin coordonnateur peut alors lui communiquer des informations médicales nécessaires à la prise de décisions.

En HAD « Périnatalité »

Le gynécologue obstétricien est le prescripteur de l'hospitalisation à domicile et assure le suivi médical et les prescriptions médicamenteuses tout au long de la prise en charge.

Les sages-femmes de l'HAD assurent la surveillance des futures mères qui leur sont confiées et coordonnent cette surveillance avec les sages-femmes libérales, voire les infirmières libérales en cas de besoin.

Les sages-femmes de Santé Relais Domicile travaillent en lien étroit avec les maternités qui leur confient les patientes.

La continuité des soins est assurée par les sages-femmes de l'HAD en lien avec la permanence médicale téléphonique de la structure.

L'INVESTISSEMENT DANS LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

SANTE RELAIS DOMICILE, déjà engagée dans la formation des étudiants en médecine générale depuis plusieurs années, développe des thématiques d'enseignement et de recherche :

- Enseignement :
 - L'exercice médical en pluridisciplinarité ;
 - La prise en charge à domicile des pathologies complexes.
- Recherche :
 - Participation à la recherche en soins primaires : pathologies chroniques complexes, soins palliatifs à domicile, oncologie en médecine générale, etc. ;
 - Direction de thèse, communications.

SANTE RELAIS DOMICILE accueille également des étudiants sages-femmes.

DEVELOPPER L'INTERDISCIPLINARITE AU SERVICE DE LA QUALITE DES SOINS

LES SOINS INFIRMIERS

Le soin est conçu comme s'adressant à une personne prise dans sa globalité, un projet de soin personnalisé.

Le projet s'inscrit dans le respect du décret N°2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier qui précise, dans l'article 2, que les soins infirmiers ont entre autres pour objet :

« de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales, physiques et psychiques, en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social. »

Ce projet tient compte du respect des libertés individuelles du patient.

Les soins liés aux prescriptions médicales et aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie intègrent la relation d'aide et l'éducation au quotidien auprès du patient et de son entourage.

Les compétences techniques et relationnelles méritent une actualisation des connaissances et des pratiques professionnelles en fonction des perspectives développées dans le projet médical.

Les professionnels de santé libéraux identifiés par le patient sont intégrés au travail de l'HAD. Ils connaissent le patient et son entourage, l'interdisciplinarité apporte un éclairage supplémentaire à la compréhension de la situation.

Dans ce rythme d'actions et de multiples échanges, il est indispensable de s'appuyer sur des moments de travail en équipe pluridisciplinaire où chacun peut parler, échanger, écouter et réfléchir, tout en identifiant les compétences et spécificités de chaque profession, les zones de responsabilités et les limites respectives.



L'ORGANISATION DES SOINS EN COOPERATION AVEC LES EQUIPES LIBERALES DES PATIENTS

L'organisation des soins est sectorisée géographiquement afin consacrer le maximum de temps des professionnels au chevet des patients.

Chaque équipe soignante est dimensionnée en fonction du niveau d'activité et de la technicité des soins, avec des infirmiers et des aides-soignants.

L'organisation repose sur un principe de mutualisation et de solidarité entre équipes et entre professions, afin de mobiliser les compétences de manière efficiente en fonction des besoins des services, dans le respect des professionnels.

L'équipe de soins en charge du patient est constituée des professionnels de l'HAD alliés aux professionnels libéraux.

L'EVALUATION DES DEMANDES D'ADMISSION

Une plateforme d'entrée est mise en place afin de :

- fluidifier l'organisation des admissions,
- sécuriser le parcours d'entrée du patient,
- développer les relations de proximité avec les prescripteurs,
- soutenir l'encadrement médico-soignant.

Elle constituée de trois infirmières de liaison et d'un cadre de santé.

Cette plateforme réceptionne les demandes en HAD prescrites par le médecin hospitalier ou le médecin généraliste.

L'infirmière de liaison se déplace dans l'établissement de santé, au domicile ou en institution, afin d'évaluer l'adhésion du patient au projet, ainsi que sa faisabilité.

Elle recueille les données et informations médicales nécessaires à la validation de l'admission du patient en HAD, à l'élaboration du projet de soin et à l'organisation de la prise en charge.

Elle évalue les premiers niveaux d'alertes sur des risques éventuels pour le patient : risque lié à l'environnement, risque de chute, risque suicidaire, ...

Elle est particulièrement à l'écoute des patients et de leurs aidants pour évaluer les possibilités de l'entourage et proposer un soutien psychosocial si nécessaire et dépister les situations éventuelles de maltraitance.

Cette évaluation comprend également les besoins logistiques à mettre en œuvre pour assurer les soins à domicile et leur continuité.

L'ADMISSION DU PATIENT

Le jour de l'admission, le patient est accueilli à son domicile par l'infirmier ou la sage-femme de l'HAD et l'infirmier libéral du patient. Les modalités de prise en charge et de continuité des soins sont expliquées tandis que le livret d'accueil lui est remis.

L'infirmier met à disposition de tous les professionnels de santé au chevet du patient le dossier de soins et leur transmet les informations nécessaires à son utilisation ainsi que celles concernant les modalités de coopération

entre les professionnels (nombre de passages, répartition des soins). Le protocole de soins est alors finalisé et tous les intervenants de la prise en charge (libéral, salarié) valident l'organisation posée. Tout au long de la prise en charge, l'infirmier de l'HAD peut proposer l'intervention de la psychologue et/ou de l'assistant social.

LA COORDINATION DES SOINS

L'équipe soignante de SANTE RELAIS DOMICILE travaille en complémentarité avec les acteurs libéraux, ou les personnels des centres de soins.

La qualité de la prise en charge des patients et de leurs familles est le résultat d'une étroite collaboration de toute l'équipe constituée autour du patient :

- équipe HAD pluridisciplinaire,
- médecins traitants, infirmiers libéraux ou salariés des centres de soins, kinésithérapeutes, pharmaciens d'officine, orthophonistes, ...,
- famille, auxiliaires de vie, bénévoles.

Les infirmiers et aides-soignants se contactent régulièrement pour la réalisation des soins, afin de signaler les événements significatifs, les problèmes rencontrés ou les difficultés. Chaque passage de soignant permet une évaluation de la situation. Selon les symptômes constatés, le soignant en réfère au médecin traitant ou au médecin coordonnateur, autant que nécessaire. Il peut être décidé en équipe pluridisciplinaire de contacter la psychologue pour les aider à la compréhension de la situation rencontrée. Les équipes soignantes salariées ou libérales échangent régulièrement sur les situations afin d'anticiper les risques d'épuisement des aidants et les risques de maltraitance.

LA CONTINUITÉ DES SOINS

Elle est organisée par secteur d'activité avec :

- une astreinte infirmière 7j/7, 24h/24 qui reçoit et gère les appels en lien avec le médecin traitant ou la permanence médicale téléphonique tenue par les médecins coordonnateurs,
- un dossier de soins mis à disposition au domicile afin d'assurer la traçabilité des soins réalisés et des transmissions entre tous les acteurs qu'ils exercent à titre libéral ou salarié,
- des temps d'échanges de transmissions orales, écrites ou téléphoniques quotidiennes ainsi qu'une réunion de synthèse hebdomadaire pluridisciplinaire.

La continuité des soins ne peut pas être évoquée sans reconnaître la place privilégiée de l'entourage du patient qui est fortement mis à contribution en particulier pour les prises en charge en soins palliatifs.

LA FIN DE PRISE EN CHARGE

Il y a plusieurs modes de fin de prise en charge :

- L'état de santé du patient évolue favorablement avec un allègement des soins infirmiers (nombre de passages diminués ou moins techniques) : l'établissement d'HAD organise et assure la mise en place des relais nécessaires pour le maintien à domicile, en lien avec tous les professionnels de santé et services sociaux de proximité.
- Le projet de vie s'oriente vers un placement (EHPA(D), unité de long séjour...) : l'encadrement médical et infirmier, ainsi que les assistantes sociales de l'HAD, accompagnent le patient et son entourage dans ces démarches et préparent le transfert.
- La prise en charge du patient est terminée à l'issue de la fin programmée du traitement.
- L'évolution de l'état de santé du patient nécessite le recours à une hospitalisation :
 - L'hospitalisation est programmée : l'encadrement médical et infirmier prend toutes les mesures nécessaires au bon déroulement du transfert, en évitant si possible le passage par les services des urgences.
 - Le patient est hospitalisé en urgence : l'infirmier de l'HAD et/ou l'infirmier de proximité sollicite(nt) le médecin traitant ou le médecin désigné en son absence. Quand ces derniers ne sont pas joignables, ils appellent le médecin coordonnateur de l'HAD, qui peut faire le lien avec le SAMU si besoin.

Afin d'assurer la continuité des soins, l'infirmier de l'HAD transmet une fiche de liaison à destination du service qui reçoit le patient pour une hospitalisation ou une consultation.

L'adhésion du patient et de son entourage au projet de sortie est recherchée.

LE DECES DU PATIENT

Le décès du patient s'inscrit le plus souvent dans un projet d'accompagnement de fin de vie.

Lorsqu'un patient décède, l'infirmier de l'HAD se déplace au domicile du patient et contacte les professionnels médicaux (constat de décès) et, éventuellement paramédicaux, si ces derniers ont donné leur accord.

Les soins au défunt sont effectués dans le respect des volontés du patient et avec l'accord de la famille.

En amont de la situation, l'encadrement de l'HAD recherche, dans la mesure du possible, les professionnels de santé de proximité qui souhaitent être présents pour les soins du défunt (infirmiers, médecin traitant).

L'équipe d'HAD prend toutes les mesures nécessaires pour accompagner la famille, notamment en lui communiquant les informations sur les démarches administratives à accomplir.

L'équipe psychosociale peut être sollicitée pour aider l'entourage dans les suites du décès.

LA SPECIFICITE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

L'accompagnement social du patient et de son entourage

L'accompagnement social a pour rôle d'apporter une évaluation sociale dans le respect du projet de vie du patient et en lien avec son entourage.

Cette évaluation est effectuée avant ou pendant la prise en charge en HAD, rend compte des besoins, des forces et des fragilités du patient et de son entourage, de l'état des solidarités familiales ou amicales.

Elle est partagée en équipe pluridisciplinaire afin de :

- sensibiliser les membres de l'équipe à la dimension sociale de la souffrance du patient et de son entourage,
- connaître le plan d'aide sociale proposé.

L'assistant social a pour mission d'apporter information, orientation, soutien dans l'accès aux droits et aux prestations et dans toute action susceptible de prévenir ou de surmonter ces difficultés (financières, juridiques, administratives, de logement...).

Le service social a pour rôle d'organiser si besoin l'intervention d'auxiliaires de vie et d'aides ménagères tout en recherchant des financements pour le coût que ce soutien représente. Ce travail passe également par des actions de coordination tant auprès des associations d'aide à domicile que des partenaires sociaux.

L'intervention sociale d'aide à la personne se base sur une participation des patients qui demandent ou acceptent l'aide du travailleur social, et est fondée sur des principes éthiques et déontologiques.

Cet accompagnement exige une disponibilité et un engagement dans une relation humaine fondée sur la confiance, le respect et l'écoute.

Cet accompagnement participe à la promotion de la bientraitance en anticipant les situations à risque de maltraitance dans la mesure du possible.

La relation d'aide élaborée dans le travail social peut permettre de faire émerger une demande d'accompagnement psychologique, qui sera relayée auprès de la psychologue.

Le soutien psychologique du patient

En HAD polypathologie, le patient et/ou son entourage sont confrontés à la déchéance physique, à la perte, à l'amputation, à la mort qui s'annonce. La maladie et la souffrance font violence. Du fait au domicile, l'espace le plus intime est envahi par cette réalité. Il est important de pouvoir écouter, soutenir et aider dans ces bouleversements et ces remaniements psychiques.

La psychologue intervient en réponse à une demande du malade, de l'entourage. Elle peut proposer une rencontre après avoir pris connaissance d'une situation difficile, d'un risque suicidaire,... travers du discours de l'équipe médicale, soignante ou sociale. La rencontre ne peut être forcée. Il appartient au patient ou à l'entourage de se saisir de cette proposition de rencontre, à quelque moment de la prise en charge et dans le lieu qui leur convient le mieux.

Si la relation et l'écoute sont pour les soignants la base du soin, l'intervention de la psychologue est spécifique. Dans un premier temps, elle va repérer les éléments de la structure psychique du patient, de la dynamique

familiale. Un travail d'élaboration peut être engagé. Chaque prise en charge est singulière, garantie par l'assurance de la confidentialité des propos recueillis. Elle alerte le médecin coordonnateur et le cadre du service sur des situations d'épuisement des aidants afin d'éviter de la maltraitance ou afin de garantir la bienveillance des aidants.

Les limites à son intervention sont celles posées par l'altération des fonctions psychiques qui ne permettrait plus une élaboration de la pensée, ou celles posées par une pathologie psychiatrique active.

La psychologue, présente autant que possible, aux réunions de synthèse et aux groupes de paroles, apporte des éléments de compréhension sur les situations complexes rencontrées. Elle intervient aussi auprès des membres de l'équipe pour les aider à préciser leurs difficultés et à se positionner professionnellement dans le cadre du projet de soins. Elle prend une part active à la lutte contre la maltraitance et à la réflexion de l'équipe sur la promotion de la bienveillance.

En fonction des besoins, elle a un rôle de liaison auprès des psychologues ou professionnels des structures qui ont eu ou qui partagent la prise en charge du patient.

Sur le secteur d'HAD périnatalité, les futures mères accueillies peuvent rencontrer des difficultés conséquentes dans le déroulement de leur grossesse, la problématique médicale pouvant s'accompagner de troubles d'ordre psychosociaux.

Les sages-femmes proposent l'intervention de la psychologue et/ou de l'assistant social à toutes les patientes prises en charge.

Une synthèse hebdomadaire réunit l'équipe pluridisciplinaire afin de mettre en commun les différentes évaluations et contribuer au projet de prise en charge.

Le travail en interdisciplinarité

Dans des situations de grande vulnérabilité et de mise en danger, l'équipe psychosociale intervient dans l'évaluation de la problématique et rédige si nécessaire un écrit dans le cadre d'un signalement pluridisciplinaire adressé à l'autorité judiciaire compétente pour une mesure de protection.

Dans le cadre de la démarche qualité de l'établissement, l'équipe psychosociale participe aux instances institutionnelles, avec la volonté de faire valoir une dimension autre que médicale du patient accueilli. Peuvent être abordées les questions liées à la souffrance, au respect de la vie privée,...

Dans un souci d'unité, l'équipe psychosociale participe à des réflexions inter-secteurs afin d'aborder des situations aiguës particulières ou des questions communes à toutes les équipes, et apporte un éclairage particulier dans l'objectif de contribuer à la cohérence de la prise en charge.

DEVELOPPER UNE POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES FORTE AUTOUR DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Le sentiment d'appartenance, l'adhésion, l'envie de participer, le respect, la non-discrimination et la solidarité entre professionnels sont autant d'enjeux de la politique de management de SANTE RELAIS DOMICILE.

Les principaux équilibres que doit gérer l'établissement sont :

- assurer la réussite institutionnelle dans le respect des services rendus à la population,
- favoriser le sentiment d'appartenance des employés à l'établissement.

LES STATUTS DES PERSONNELS

Le personnel de SANTE RELAIS DOMICILE est composé :

- de salariés de l'association, dont le contrat de travail est régi selon la Convention Collective FEHAP 51,
- d'agents mis à disposition par le CHU de TOULOUSE, relevant du statut de la Fonction Publique Hospitalière, recrutés par SANTE RELAIS DOMICILE, en lien avec le CHU, via la bourse de l'emploi de l'hôpital.
- Pendant la durée de leur mise à disposition, les agents sont placés sous l'autorité du directeur de SANTE RELAIS DOMICILE.

En matière de gestion administrative et statutaire, ils continuent à relever du CHU qui garantit l'application de leurs droits et obligations.

Les équipes de soins sont constituées indifféremment de salariés de SANTE RELAIS DOMICILE et d'agents mis à disposition par le CHU de TOULOUSE.

L'organisation du travail par fonction est identique quel que soit le statut des personnels ainsi que les moyens ou avantages mis à disposition en sus des dispositifs statutaires.

En cas de remplacement de professionnels absents ou de surcroît d'activité, il peut être fait appel des personnels intérimaires.

LA PLURIDISCIPLINARITE DES PERSONNELS

L'HAD SANTE RELAIS DOMICILE mobilise une équipe pluridisciplinaire, s'appuyant sur la complémentarité des compétences et des expériences :

- Professionnels médicaux : médecins coordonnateurs, pharmacien référent, sages-femmes,
- Professionnels soignants : cadres de santé, infirmiers de liaison, infirmiers, aides-soignants,
- Professionnels psychosociaux : psychologues cliniciens, assistants sociaux,
- Fonctions transversales : direction, secrétariat, gestion, qualité, logistique...

Les qualifications et conditions d'exercice des professionnels recrutés sont vérifiées.
Les critères de recrutement prennent en compte les compétences professionnelles ainsi que les motivations et qualités nécessaires à l'adaptation au travail au domicile.

LES INSTANCES REPRESENTATIVES DU PERSONNEL

SANTE RELAIS DOMICILE met en œuvre les instances représentatives du personnel dans le respect de la réglementation.

Les instances représentatives du personnel sont consultées sur les thématiques qui relèvent de leur compétence et, de manière générale, sur les projets impactant l'évolution de la structure.

Elles sont associées, en co-pilotage, à la démarche de qualité de vie au travail.

L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Les services supports sont regroupés sur le site principal.

Pour ce qui concerne les équipes de soins, SANTE RELAIS DOMICILE privilégie une organisation « à taille humaine », sectorisée géographiquement, permettant :

- De limiter le nombre d'intervenants différents auprès des patients,
- De favoriser la connaissance des patients par les professionnels,
- De développer l'esprit d'équipe entre les professionnels,
- De renforcer la connaissance des partenaires de proximité,
- De limiter les distances parcourues par les professionnels.

Une entraide inter-équipes est organisée afin de faciliter l'adaptation des moyens humains aux évolutions constantes de la charge de travail.

Les tournées de soins sont organisées en fonction des compétences à mobiliser et des zones géographiques à couvrir de manière à limiter les temps de déplacement.

Les soignants (infirmiers, aides-soignants) interviennent le plus souvent seuls au domicile des patients. Des passages conjoints peuvent être organisés, dans le cas de situations particulièrement difficiles sur le plan physique et/ou psychologique.

L'organisation des soins au domicile et la mise en œuvre de la continuité des soins impliquent une large amplitude dans les horaires de travail de l'équipe soignante, 7 jours sur 7.

L'astreinte infirmière de nuit est organisée par secteur. Elle est tenue à tour de rôle par chacun des infirmiers de l'équipe HAD.

En cas de situation difficile, en particulier la nuit : décès, quartiers « sensibles »..., l'infirmier d'astreinte peut solliciter l'infirmier d'astreinte d'un autre secteur afin d'intervenir conjointement.

En fonction de la montée en charge de l'activité, l'HAD SANTE RELAIS DOMICILE pourrait étudier l'opportunité de mise en œuvre d'une équipe infirmière de nuit, susceptible d'intervenir sur l'ensemble des secteurs, afin de permettre la réalisation de soins programmés la nuit et de soulager les équipes d'infirmiers de « jour » qui assurent actuellement l'astreinte en plus de leur activité normale.

LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET LA SECURITE POUR LES PROFESSIONNELS

La qualité de vie au travail

SANTE RELAIS DOMICILE s'engage dans une démarche de Qualité de Vie au Travail en co-pilotage avec les instances représentatives du personnel, avec l'accompagnement méthodologique de l'Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT) d'Occitanie.

Un comité de pilotage composé de la direction, des délégués du personnel et de représentants de l'encadrement est constitué pour mener la démarche.

Les axes d'amélioration recherchés répondent au meilleur compromis entre :

- la qualité de la prise en charge des patients,
- la qualité des conditions de travail, du bien-être au travail,
- la santé et la pérennité de l'établissement.

L'objectif est de développer un dialogue professionnel sur le travail qui alimente mais ne se substitue pas au dialogue social.

Les principes méthodologiques reposent sur :

- des espaces de discussion disposant d'un pouvoir de proposition sur l'organisation du travail
- le développement d'une communication remontante sur les propositions de changement
- une démarche basée sur l'expérimentation et l'évaluation au fil de l'eau avec les professionnels concernés.

La prévention des risques professionnels

SANTE RELAIS DOMICILE évalue les risques professionnels et met en œuvre des mesures de prévention, notamment en matière de :

- Prévention des accidents de la route,
- Prévention des troubles musculo-squelettiques,
- Prévention des accidents d'exposition au sang,
- Prévention des risques psychosociaux.

La Médecine du Travail

Le personnel salarié de l'association est suivi par un service de Médecine du Travail auquel l'employeur adhère. Le médecin du travail est informé des mesures prises par l'établissement en matière de prévention des risques professionnels. Il peut être sollicité pour des conseils spécifiques en cas de besoin.

Il est invité aux réunions du CLIN de l'établissement.

Les agents mis à disposition par le CHU de TOULOUSE sont suivis par le service de Médecine du Travail du CHU.

L'ACCUEIL DES NOUVEAUX ARRIVANTS

Dans le contexte de développement de la structure, l'accueil des nouveaux arrivants est un axe prioritaire dans lequel les cadres de santé sont impliqués afin de :

- transmettre les modes de fonctionnement, les procédures et protocoles,
- identifier les bases fondatrices et l'organisation globale de l'établissement, ainsi que les instances spécifiques mises en œuvre.

L'intégration des nouveaux professionnels dans les secteurs est organisée par un encadrement par les pairs lors des tournées et astreintes.

LA GESTION DES CARRIERES

Les personnels bénéficient d'entretiens d'évaluation qui permettent de faire le point sur la tenue de la fonction, l'atteinte des objectifs, les souhaits d'évolution ou de mutation et les besoins en formation.

Dans la mesure des possibilités d'évolutions ou de créations de postes, SANTE RELAIS DOMICILE privilégie la mobilisation des compétences internes.

LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

Afin d'accompagner la mise en œuvre du projet de l'établissement, l'HAD SANTE RELAIS DOMICILE élabore chaque année un plan de formation professionnelle continue.

Une attention particulière est donnée notamment aux thèmes suivants :

- Soins palliatifs et prise en charge de la douleur,
- Chimiothérapie,
- Médicament,
- Qualité et gestion des risques,
- Plaie et cicatrisation,
- Manutention des patients sans douleur,
- Prévention des risques professionnels,
- Droits des patients,
- Bienveillance.

Chaque professionnel salarié effectuant des soins infirmiers bénéficie d'une formation de base aux soins palliatifs, au plus près de son embauche.

La participation à des congrès sur cette thématique est également conseillée.

Les professionnels de santé sont formés aux techniques de soins spécifiques comme l'analgésie par pompe, la gestion des voies veineuses centrales, la chimiothérapie anticancéreuse injectable, la thérapie par pression négative...

Les professionnels de santé libéraux sont associés à certaines sessions de formation/information dans un objectif de partage et d'harmonisation des pratiques.

LA PARTICIPATION A LA FORMATION DES FUTURS PROFESSIONNELS

SANTE RELAIS DOMICILE s'investit dans la formation des étudiants et élèves :

- par l'accueil de stagiaires :
 - Internes en médecine générale,
 - Infirmiers,
 - Aides-soignants,
 - Sages-femmes,
 - Cadres de santé,
 - Assistants sociaux,
 - Psychologues,
 - Métiers administratifs,
 - Autres.

- par l'intervention de professionnels de l'HAD dans les cursus de formation.

- par la participation de professionnels de l'HAD aux sélections et concours.



POUR SUIVRE LA DYNAMIQUE D'AMÉLIORATION ENGAGÉE ET DÉVELOPPER LA CULTURE DE LA GESTION DES RISQUES

LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

La politique qualité et gestion des risques est définie par la direction, la Commission Médicale d'Établissement et les instances, en cohérence avec les orientations stratégiques de la structure.

La qualité des soins prodigués aux patients et la sécurité des personnes : patients et personnels, sont au centre des priorités de l'établissement.

Les instances de l'établissement et les représentants des usagers sont associées à la définition de cette politique ainsi qu'à sa mise en œuvre.

SANTE RELAIS DOMICILE est engagé dans la démarche de certification des établissements de santé :

- Juillet 2006 : visite d'accréditation version I¹,
- Octobre 2010 : visite de certification version V 2007 (*obtenue sans réserve ni recommandation*),
- Mai 2014 : visite de certification version V 2010 (*obtenue sans réserve ni recommandation*),
- Septembre 2018 : visite de certification V2014.

L'établissement s'inscrit dans une dynamique pérenne et participative et se dote d'une organisation et d'un système d'information lui permettant de mesurer le niveau de qualité.

LES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE QUALITÉ ET DE GESTION DES RISQUES

Les objectifs principaux de SANTE RELAIS DOMICILE en matière de qualité et de gestion des risques portent sur :

- Le respect des droits des patients,
- La qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients,
- La qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels pour les personnels.

Les droits des patients

L'établissement poursuit son engagement dans le respect des droits des patients par :

- La formation des professionnels sur les droits des malades,
- La promotion de la bientraitance des patients auprès des professionnels,
- L'amélioration de l'organisation du recueil des plaintes et réclamations,
- L'amélioration de la prise en charge du décès au domicile.

La CDU est particulièrement mobilisée sur ces sujets.

¹ SANTE RELAIS 31

La qualité et la sécurité des soins

L'évaluation des pratiques professionnelles

En réponse aux objectifs prioritaires en matière de qualité et de sécurité des soins, la Commission Médicale d'Établissement définit la politique d'évaluation des pratiques professionnelles, dont les thèmes prioritaires portent sur :

- Les droits des patients :
 - pertinence de l'utilisation des barrières de lit.

- La qualité et la sécurisation de l'usage des médicaments :
 - amélioration de la prise en charge de l'administration de chimiothérapie anticancéreuse injectable,
 - sécurisation de l'utilisation des pompes d'analgésie contrôlée,
 - sécurisation des prescriptions sur la tablette au domicile,
 - sécurisation du traitement per os du patient,

Les professionnels de SANTE RELAIS DOMICILE se mobilisent dans cette dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles.

Ils sont directement impliqués dans les démarches d'évaluation et d'améliorations associées.

Ces travaux sont menés de manière pluridisciplinaire, associant les personnels médicaux, soignants et non soignants de l'HAD, les professionnels de santé libéraux, des professionnels référents exerçant dans d'autres structures, voire des représentants des usagers.

La tenue du dossier du patient

L'amélioration de la qualité de la tenue du dossier du patient est un objectif poursuivi depuis l'engagement dans l'accréditation VI, avec, comme priorités, la qualité :

- De la traçabilité des informations,
- Du partage des informations entre professionnels de l'HAD et libéraux,
- De l'accès sécurisé aux informations du dossier de soins, au chevet du patient et à distance : bureaux de l'HAD, cabinets des médecins traitants, voire hospitaliers, en mobilité.

Afin de répondre à ces objectifs, SANTE RELAIS DOMICILE s'engage dans une démarche innovante de dématérialisation complète de son dossier de soins au domicile des patients, avec une montée en charge de l'utilisation de tablettes remplaçant progressivement le dossier « papier » habituel.

La prise en charge médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse en HAD présente des spécificités inhérentes à cette activité :

- Les prescriptions des traitements des patients sont effectuées par leur médecin traitant et/ou spécialiste,
- Les médecins coordonnateurs de l'HAD ne sont pas prescripteurs en première intention, sauf en cas d'urgence ou pour des cas particuliers, en lien avec le médecin traitant,

- La dispensation des médicaments est réalisée par les pharmacies d'officine des patients ou par la pharmacie hospitalière conventionnée pour les médicaments réservés à l'usage hospitaliers, pour les reconstitutions de chimiothérapies anticancéreuses ou des préparations hospitalières,
- L'administration des traitements peut être assurée par les infirmiers de l'HAD, les infirmiers libéraux et/ou le malade lui-même ou son entourage.

L'amélioration de la qualité du circuit du médicament est également un objectif poursuivi depuis l'accréditation VI, avec comme priorités :

- La prévention des erreurs médicamenteuses,
- La traçabilité du circuit du médicament de la prescription médicale, à la dispensation pharmaceutique et à l'administration du traitement,
- L'informatisation du circuit du médicament en lien avec les professionnels de l'HAD et libéraux ainsi que les pharmacies d'officine, dans le cadre de la dématérialisation du dossier de soins,
- La sécurisation du circuit des chimiothérapies anticancéreuses.

Les objectifs, actions d'amélioration et évaluations sont pris en compte dans le contrat de bon usage du médicament des produits et prestations (CBUMPP) signé avec l'ARS.

Un comité de pilotage de suivi du CBUMPP est installé. Il comprend le président de la CME, le directeur, le pharmacien référent et le responsable qualité et gestion des risques.

La maîtrise du risque infectieux

L'hétérogénéité des pratiques professionnelles identifiées dans la coopération entre personnels de l'HAD et professionnels libéraux amène la structure à développer des projets d'harmonisation des pratiques de soins, notamment dans le cadre du CLIN.

Des personnels sont spécifiquement formés à l'hygiène hospitalière et participent au CLIN.

En vue de prévenir le risque infectieux, le CLIN :

- formalise des protocoles et fiches thérapeutiques partagés avec les professionnels libéraux,
- organise des formations pour les personnels de l'HAD,
- s'engage dans l'amélioration de la prise en charge des patients porteurs de bactéries multi-résistantes (BMR).

Le CLIN s'appuie sur les référentiels nationaux et régionaux en les adaptant si nécessaire aux spécificités du domicile.

La prise en charge de la douleur

Les principaux axes d'amélioration à mener dans la lutte contre la douleur sont déclinés par le CLUD :

- Traçabilité du suivi de la douleur et révision des outils du dossier de soins,
- Formation des professionnels à l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur pour les patients communicants et non communicants,
- Formation des professionnels sur les traitements et l'utilisation de pompes d'analgésie contrôlée,
- Prise en compte de l'expression des patients sur la prise en charge de leurs douleurs.

La prise en charge des troubles de l'état nutritionnel

L'objectif de l'établissement est de mieux structurer la démarche de prise en charge des troubles nutritionnels :

- Amélioration du dépistage et du suivi des troubles de l'état nutritionnel des patients,
- Traçabilité des informations dans le dossier de soins,
- Amélioration de la prescription et de la délivrance des compléments alimentaires oraux.

La qualité de vie au travail et la sécurité des professionnels

Co-pilotée par la direction et les représentants du personnel, la démarche de qualité de vie au travail engagée vise à rendre les professionnels force de proposition et acteurs de l'amélioration de l'organisation du travail. Ils sont mobilisés pour s'exprimer sur leur travail et son environnement, tant sur les points qu'ils estiment satisfaisants, que sur ceux qu'ils souhaitent voir évoluer.

Cette démarche, plus globale et résolument ancrée sur le terrain, vient compléter les dispositifs d'identification et de prévention des risques professionnels.

L'ORGANISATION AU SERVICE DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES

Les ressources mobilisées

Un responsable qualité et gestion des risques est nommé au sein de l'établissement.

Le suivi de la politique qualité et gestion des risques est assuré par une cellule qualité et gestion des risques. Cette cellule pluridisciplinaire comprend le président de la CME, le directeur, le responsable qualité et gestion des risques, un cadre de santé, une sage-femme, le responsable gestion-logistique-système d'information, les vigilants de l'établissement et un infirmier libéral.

La coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée par le responsable qualité et gestion des risques, en lien avec la cellule qualité et gestion globale des risques pluridisciplinaire.

Le pharmacien référent assure la mission de responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

La veille des obligations légales et réglementaires est effectuée par le responsable qualité et gestion des risques.

Les actions d'évaluation des pratiques professionnelles sont pilotées par les médecins coordonnateurs.

Le dispositif de gestion des risques

Le système de gestion des risques repose sur une évaluation des risques a priori par une analyse des processus et sur une évaluation des risques a posteriori par l'identification et l'analyse des événements indésirables, plaintes et réclamations.

Des pilotes sont nommés par thématique. Ils coordonnent des groupes de travail pluridisciplinaires, incluant si possible des professionnels libéraux, pour identifier les risques par processus, déterminer et suivre les plans d'action d'amélioration.

Une organisation est en place pour assurer la déclaration et l'analyse des événements indésirables, source d'information essentielle pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Le responsable qualité et gestion des risques coordonne le recensement et le suivi des événements indésirables en lien avec les responsables des secteurs.

S'appuyant sur une charte non punitive, SANTE RELAIS DOMICILE promeut l'importance de la déclaration des événements indésirables auprès de ses professionnels, en particulier ceux qui sont associés aux soins :

- Informatisation de la gestion des événements indésirables,
- Formation des personnels à l'utilisation des outils de signalement,
- Analyse des causes avec les professionnels concernés et mise en place d'actions correctives et/ou préventives,
- Retours d'expériences avec des équipes.

La coordination des vigilances sanitaires

Des professionnels référents sur les vigilances sont identifiés, en :

- Pharmacovigilance,
- Matérovigilance, en coopération avec les prestataires de matériel,
- Réactovigilance,
- Cosmétovigilance,
- Identitovigilance.

La veille sanitaire est organisée :

- Le responsable qualité et gestion des risques est chargé de la veille des alertes descendantes et de leur transmission aux référents des vigilances,
- Les alertes ascendantes sont gérées par les référents des vigilances.

La cellule qualité et gestion des risques pluridisciplinaire assure la coordination des vigilances.

La participation des professionnels et des représentants des usagers

Les professionnels disposent des informations utiles au développement des bonnes pratiques professionnelles (procédures et protocoles mis en œuvre par les instances, ...).

Les personnels de l'établissement sont étroitement impliqués dans sa mise en œuvre au travers de leur participation :

- aux instances,
- à l'évaluation des risques,
- à l'analyse des événements indésirables graves liés aux soins,
- à l'élaboration des plans d'actions d'amélioration,
- à l'évaluation des pratiques, notamment par le déploiement de la méthode du patient traceur.

Les professionnels de santé libéraux sont invités à s'associer aux travaux, au travers de participations dans les instances ou dans des groupes de travail, dans un objectif d'harmonisation des pratiques.

Les représentants des usagers contribuent au projet qualité et gestion des risques, au travers de leur participation aux instances et travaux de l'établissement.

santé

Hospitalisation : les soignants révisent dans la « chambre des erreurs »

l'essentiel ▼

Dans le cadre de la semaine nationale de la sécurité des patients, l'association Santé Relais Domicile organise une « chambre des erreurs ». Les salariés et professionnels libéraux y révisent leurs gestes.

Pour déjouer les pièges de la « chambre des erreurs », Philippe, Gaëlle, Virginie, Isabelle ou Cécile ont tout tenté. Dans une pièce aménagée de l'association Santé Relais Domicile, un faux patient alité, suivi pour une pneumopathie, les attend. Ces infirmiers ont dix minutes pour trouver 9 erreurs. Alors ils tournent autour du lit, vérifient les freins, le matelas, scrutent la pouëlle, relisent deux fois les ordonnances.

Le jeu, à visée pédagogique, s'inscrit dans le cadre de la semaine nationale de la sécurité



La chambre des erreurs a été mise en place dans le cadre de la semaine pour la sécurisation de la prise en charge des patients. / Photo DDM, Nathalie Saint-Affre

repères

100

PATIENTS > Par jour. L'association Santé Relais Domicile prend en charge une centaine de patients tous les jours sur la zone nord de la Haute-Garonne et le Lauragais ainsi qu'une partie du Gers.

« Nous rappelons les règles de bases comme l'hygiène des mains qui doit être un réflexe, pas une contrainte »

Patrick **Duchein**, cadre de santé au CPIAS Occitanie (centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins)

DYNAMISER ET MODERNISER LA COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE

LA COMMUNICATION INTERNE

L'activité d'hospitalisation à domicile se situant par définition « hors les murs » de l'établissement, il est primordial d'organiser et de faciliter la communication en interne et les contacts directs entre les différents professionnels.

La communication interne institutionnelle

SANTE RELAIS DOMICILE développe une politique de communication interne visant à ce que les personnels de la structure connaissent, comprennent et s'approprient :

- Le contexte dans lequel évolue l'établissement,
- Les orientations stratégiques déclinées au travers du projet d'établissement,
- Les grands projets structurants,
- L'organisation hiérarchique et fonctionnelle,
- La vie de l'établissement concernant les personnels, les événements, les instances, les travaux menés, les activités sociales...

La communication interne est déployée au travers de différents media : livret d'accueil du personnel, journal interne, tableaux d'affichage, notes de service, documents électroniques partagés, messagerie électronique, réunions de secteurs, inter-secteurs ou générales.

La participation des personnels de profils et de secteurs différents aux instances de l'établissement est recherchée et favorise la connaissance de la structure, la connaissance mutuelle entre les personnes, l'échange de points de vue et l'implication dans son fonctionnement.

La plus grande attention est portée à l'accueil des nouveaux recrutés pour lesquels un accompagnement avec un professionnel de l'établissement est organisé ainsi qu'une information par la remise de supports écrits et de rencontres collectives.

La communication interne fonctionnelle

Divers vecteurs de communication sont mis en place afin de faciliter la circulation de l'information métier au sein des équipes de l'HAD en lien avec les différents intervenants dans les prises en charge des patients :

- Les professionnels disposent de boîtes aux lettres individuelles "papier" et électroniques et de smartphones selon les fonctions,
- La coordination et la continuité des soins sont facilités par les transmissions écrites et orales des informations entre professionnels de l'HAD et correspondants externes, et par l'accès sécurisé à distance aux informations du dossier patient au domicile.
- Des relèves quotidiennes sont effectuées dans les locaux de l'HAD,
- Des réunions de synthèse pluridisciplinaires hebdomadaires sont organisées pour faire le point sur les prises en charge des patients,

- Des réunions de coordination sont proposées aux professionnels de santé libéraux coopérant dans les prises en charge,
- Des réunions de secteurs, inter-secteurs ou générales permettent d'aborder des thématiques fonctionnelles plus transversales.

LA COMMUNICATION EXTERNE

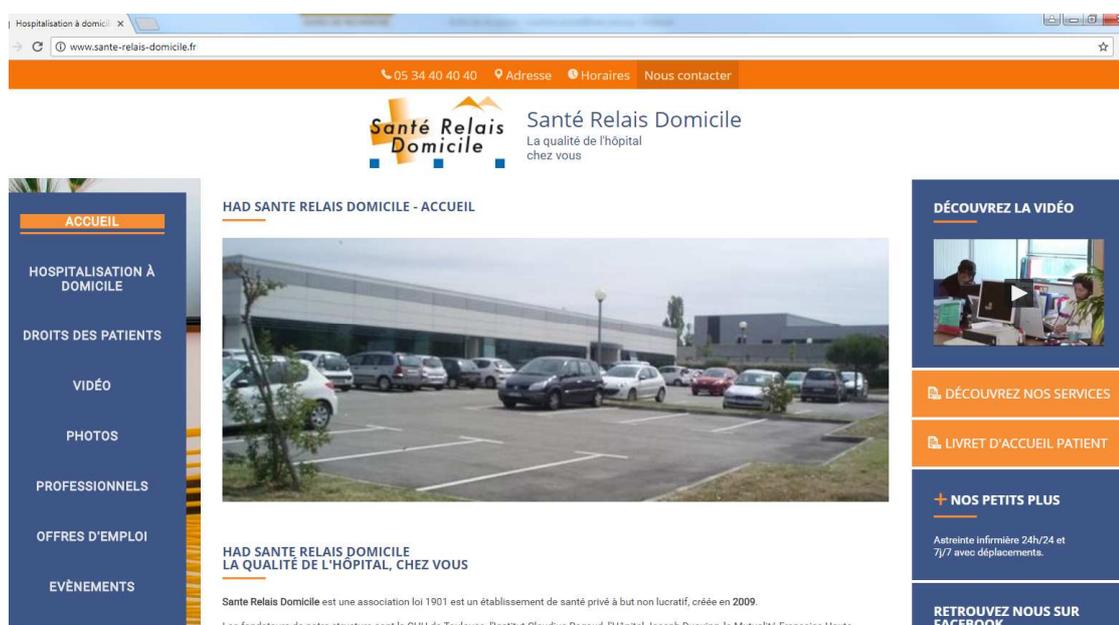
SANTE RELAIS DOMICILE développe une politique de communication externe afin d'améliorer la connaissance de la structure par les patients et leur entourage, les professionnels des établissements et services d'amont et d'aval, les professionnels de santé de proximité et le grand public.

Les supports de la communication externe

SANTE RELAIS DOMICILE développe également une communication externe plus institutionnelle au travers de supports destinés aux patients, aux professionnels de santé et plus généralement au grand public.

Ces supports ont pour objectif de faire connaître et de valoriser les principes de fonctionnement de SANTE RELAIS DOMICILE, ses spécificités, ses valeurs, ses événements principaux.

Différents media sont mobilisés en fonction des publics, des sujets et de l'actualité, comme : livret d'accueil du patient, plaquettes de présentation, mailings ciblés, manifestations : journées de formation/information, inaugurations..., presse locale, presse professionnelle, site internet, réseaux sociaux, annuaires grand public et professionnels, supports de communication des partenaires fondateurs.



Les acteurs de la communication externe

SANTE RELAIS DOMICILE est par essence à l'interface entre la « Ville » et l'Hôpital et favorise la communication directe avec les interlocuteurs et correspondants de l'HAD.

De par son développement, SANTE RELAIS DOMICILE est engagé dans une politique de communication visant à initier et formaliser de nouvelles coopérations.

Les personnels de SANTE RELAIS DOMICILE sont les premiers vecteurs d'information et de communication vis-à-vis des interlocuteurs et correspondants de l'HAD.

La direction, les différents personnels médicaux et non médicaux sont mobilisés pour présenter et représenter l'HAD au travers de réunions d'information, de formations de professionnels, de manifestations, d'instances... qu'organise SANTE RELAIS DOMICILE ou auxquels elle est invitée.

La participation de professionnels extérieurs à l'établissement et de représentants des usagers à ses instances et à ses travaux qualité est recherchée et constitue également un vecteur important de la communication externe, de même que l'accueil de stagiaires.

DEVELOPPER UN PILOTAGE MEDICO ECONOMIQUE PERFORMANT

UNE GESTION DESINTERESSEE ET EFFICIENTE

SANTE RELAIS DOMICILE est un établissement de santé privé à but non lucratif, porté par une association loi 1901.

L'objectif premier de SANTE RELAIS DOMICILE est de prodiguer des soins de qualité aux patients.

Cet objectif et le désintéressement de sa gestion n'excluent pas l'efficacité, d'autant plus que le contexte économique des établissements de santé est de plus en plus tendu.

L'efficacité économique permet de garantir une amélioration continue de la qualité du service rendu aux patients, le maintien voire l'amélioration des conditions de travail pour les professionnels, et d'investir dans le développement de la structure.

C'est pourquoi SANTE RELAIS DOMICILE développe une politique d'optimisation des ressources et des moyens.

UNE GESTION PARTICIPATIVE

Les principales ressources de SANTE RELAIS DOMICILE proviennent du produit des recettes de la tarification à l'activité d'hospitalisation à domicile.

SANTE RELAIS DOMICILE définit des objectifs annuels d'activité, valorisés en recettes prévisionnelles, en fonction desquelles sont déterminés les moyens à mettre en œuvre.

Un dispositif de comptabilité et de contrôle de gestion permet de prévoir, constater et analyser les produits et les charges directes et indirectes de la structure.

En tant qu'établissement « ex-dotation globale », SANTE RELAIS DOMICILE est soumis aux règles de tenue et de communication des données comptables et financières communes aux établissements publics de santé. SANTE RELAIS DOMICILE établit annuellement un budget prévisionnel de fonctionnement et une projection pluriannuelle soumis à l'approbation du Conseil d'Administration de l'association.

Un suivi infra-annuel des prévisions est établi et présenté pour validation au Conseil d'Administration de l'association.

La Commission Médicale d'Etablissement et les responsables des secteurs d'activité sont associés à la gestion de l'établissement par leur participation à l'établissement du budget prévisionnel, au suivi de sa réalisation, à la définition et la mise en œuvre des ajustements éventuels.

Le budget prévisionnel constitue ainsi un objectif partagé par l'ensemble des responsables de la structure.

Des tableaux de bord de suivi des recettes, des charges et du résultat global et analytique sont régulièrement établis et diffusés aux responsables des secteurs d'activité.

Le personnel est informé de la santé économique de la structure au travers de tableaux de bord de suivi de l'activité et de la communication des résultats.

UNE POLITIQUE D'INVESTISSEMENT CENTREE SUR LE CŒUR DE METIER

SANTE RELAIS DOMICILE développe une politique d'investissement centrée sur les moyens à mettre en œuvre pour assurer et coordonner les soins au domicile.

Ainsi, les investissements immobiliers et mobiliers portent essentiellement sur les moyens logiciels et matériels, supports du système d'information de l'établissement, et sur l'agencement et l'équipement des lieux de travail.

Des partenariats de proximité sont recherchés pour l'implantation des locaux des antennes avec les collectivités locales, des structures sanitaires ou médico-sociales.

Le réseau informatique est mutualisé dans un objectif de sécurité du système et des données.

DEVELOPPER UNE STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT DURABLE

SANTE RELAIS DOMICILE s'engage dans une démarche de développement durable, au travers :

- De l'établissement d'un diagnostic développement durable,
- De la sensibilisation de ses personnels au développement durable,
- De la mise en place d'outils de gestion économique plus efficaces pour mieux responsabiliser l'encadrement et les personnels,
- D'une approche plus globale de santé au travail,
- Du renforcement de ses partenariats avec les acteurs du domaine de la santé, et, notamment ses partenaires fondateurs,
- De l'intégration de la dimension écologique dans sa politique d'achats,
- De la prise en compte du développement durable en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.

SANTE RELAIS DOMICILE identifie en son sein des professionnels référents pour la démarche de développement durable et participe aux travaux spécifiques sur l'HAD menés par ses fédérations et sa centrale de référencement des achats.



MODERNISER ET SECURISER LE SYSTEME D'INFORMATION

La particularité de l'HAD est que le cœur de l'activité se déroule "hors les murs".

Son développement nécessite un système d'information de plus en plus performant et innovant, garantissant le partage d'informations en temps réel entre les différents acteurs salariés et libéraux, médicaux et paramédicaux, de la prise en charge du patient, lui-même étant au centre de cette dynamique.

Ce terrain est particulièrement propice à l'innovation grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Les orientations stratégiques de SANTE RELAIS DOMICILE placent le patient au centre du dispositif avec un objectif de qualité et de sécurité des soins, 24H/24, 7J/7.

La prise en charge du patient et de son entourage est globale et assurée par une équipe pluridisciplinaire, en coopération avec les professionnels de santé libéraux et en lien avec les prescripteurs d'HAD.

Par conséquent, SANTE RELAIS DOMICILE développe un système d'information centré sur le dossier du patient, partagé entre professionnels de l'HAD, professionnels de santé libéraux et les prescripteurs d'HAD.

Les principes et objectifs déclinés dans le schéma directeur du système d'information orientent la structure vers une modernisation de son fonctionnement et de ses équipements, tout en assurant la sécurité des données.

LA POLITIQUE DU DOSSIER PATIENT

Un dossier est constitué pour chaque patient admis en HAD dans le respect la réglementation en vigueur.

La politique du dossier patient est placée sous la responsabilité du médecin responsable de l'information médicale (DIM).

Les professionnels utilisateurs du dossier sont associés à la politique du dossier patient.

Le contenu du dossier du patient est établi selon les normes préconisées par la Haute Autorité de Santé et répond aux besoins des utilisateurs.

Il doit répondre aux exigences relatives aux établissements de santé, tout en s'adaptant aux réalités des pratiques des professionnels de santé de proximité.

Un guide d'utilisation et un mode d'emploi sont établis et diffusés afin que les règles de tenue du dossier soient connues, dans un objectif de qualité et de cohérence des pratiques.

Le dossier du patient permet notamment d'assurer :

- la traçabilité des soins prodigués au patient,
- la transmission des informations nécessaires à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins,

- la production des recueils d'informations standardisés selon les normes établies par le Ministère chargé de la Santé, dont informations relatives à la facturation de l'activité,
- la communication des informations au patient ou à ses ayant-droits.

Un n° d'identifiant unique (IPP) est attribué à chaque patient.

SANTE RELAIS DOMICILE met en œuvre une organisation en vue de garantir :

- la confidentialité des informations concernant le patient par un accès sécurisé aux données médicales et un engagement des personnels,
- la fiabilité des informations grâce à des supports adaptés et à la formation et la mobilisation des utilisateurs,
- une accessibilité aux informations utiles en fonction des profils des utilisateurs, pour assurer la continuité et la coordination des soins en lien avec les professionnels de santé coopérant dans la prise en charge du patient,
- la sécurité des données et leur conservation par un système d'accès et de conservation des données « papier » et électroniques, professionnel et adapté,

Le dossier patient est établi dans un objectif de regroupement et d'informatisation des données tout en tenant compte de la réalité de la pratique des soins à domicile.

Ainsi, le suivi du patient à son domicile implique que le dossier de soins demeure à son chevet tout au long de sa prise en charge.

Il est partagé avec l'ensemble des professionnels de santé (médecin traitant, infirmiers libéraux ou centres de soins, autres professionnels paramédicaux) intervenant dans la prise en charge ainsi qu'avec les prescripteurs d'HAD s'ils le souhaitent.

Cette partie du dossier patient est sous format électronique ou « papier ».

Les autres parties du dossier patient se présentent sous format électronique ou papier et sont conservées dans les locaux de l'HAD durant le séjour du patient :

- l'évaluation de la demande d'HAD,
- le dossier médical,
- le dossier administratif,
- le dossier social,
- le dossier psychologique.

Elles se composent de documents, comptes rendus, ... produits par l'HAD ou recueillis par l'HAD auprès de correspondants extérieurs.

Tous les éléments du dossier patient, partie « dossier de soins domicile » et « partie : dossier structure », sont réunis à la fin du séjour du patient et archivés par l'HAD dans le respect des normes en vigueur.

L'INFORMATISATION DU DOSSIER PATIENT AU DOMICILE

Le dossier de soins au domicile du patient est l'outil de base du suivi et de la coordination des soins entre les différents acteurs de la prise en charge. Sous format papier, il permet le partage et la traçabilité des informations au chevet du patient mais il n'est accessible qu'au domicile du malade durant son séjour en HAD.

L'informatisation et la sécurisation du circuit du médicament ainsi que la télésurveillance des patients sont des enjeux majeurs pour l'HAD, afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et de renforcer les liens entre l'ensemble des professionnels impliqués.

SANTE RELAIS DOMICILE s'engage dans une politique innovante de dématérialisation du dossier de soins au domicile, avec pour objectifs :

- Dématérialiser entièrement le dossier de soins au domicile, pour un accès partagé et sécurisé en temps réel, aux informations disponibles au chevet du patient, pour tous les intervenants : au domicile ou à distance,
- Informatiser le circuit du médicament dans son ensemble : saisie directe de la prescription par le médecin, induisant la dispensation par le pharmacien d'officine et permettant la traçabilité de l'administration du traitement par les infirmiers,
- Répondre aux besoins d'accès aux informations dans le cadre de la continuité des soins (astreinte infirmière, permanence médicale téléphonique),
- Développer des solutions de télésurveillance des patients : prise en charge des plaies complexes, ...

Les choix techniques d'équipement du chevet du patient (tablette) et des professionnels de l'HAD (accès internet sécurisé, tablette) tiennent compte des besoins des utilisateurs, des motivations/freins des professionnels de santé de proximité, des limites du domicile et des contraintes économiques.

L'objectif est de déployer les tablettes au domicile de l'ensemble des patients en HAD polyvalente.

Un des éléments principaux des dossiers des patientes en suivi de grossesses à risque étant le tracé des monitorings, la substitution du dossier "papier" par une tablette n'est pas prioritaire.

Un poste de cadre informatique est créé afin de faciliter le déploiement et le suivi des tablettes au domicile et d'assurer la formation des professionnels de l'HAD et libéraux à son utilisation,



LES TRANSMISSIONS D'INFORMATIONS ENTRE PROFESSIONNELS

Une organisation et des équipements adaptés permettent de favoriser, fiabiliser et sécuriser la communication entre professionnels de l'HAD et la diffusion de l'information : réunions, affichage, notes de services, smartphones avec option Data, procédures et protocoles, plaquettes et livrets d'accueil...

Dans un objectif de qualité des soins et de cohérence des pratiques, la communication est également privilégiée avec les professionnels de santé libéraux et les prescripteurs d'HAD, par des échanges téléphoniques fréquents, l'utilisation de messagerie électronique, notamment sécurisée, des réunions de coordination, le partage du dossier de soins par un accès internet sécurisé, l'association aux travaux de l'établissement.

L'HAD et l'équipe hospitalière prenant en charge un même patient constituent une même équipe de soins au sens du code de la santé publique. L'accès au système d'information d'établissements de santé prescripteurs est recherché afin de fluidifier et sécuriser le parcours du patient, par le partage d'éléments du dossier patient de l'établissement prescripteur.

C'est particulièrement le cas pour la prise en charge des patients en chimiothérapie anticancéreuse injectable, où les médecins coordonnateurs de l'HAD ont accès au logiciel CHIMIO de l'établissement prescripteur autorisé afin de donner le "OK chimio".

LA MODERNISATION DES OUTILS DE GESTION

SANTE RELAIS DOMICILE s'engage dans la modernisation de ses outils de gestion pour une meilleure efficacité, avec un objectif d'opérationnalité d'ici à 2018 :

- Généralisation des smartphones et de l'option Data à tous les professionnels appelés à être mobiles,
- Informatisation de la gestion des plannings et des tournées de soins,
- Installation d'un logiciel bureautique permettant d'avoir une messagerie homogène avec contacts et calendriers partagés,
- Evolution du système de gestion des événements indésirables vers un outil permettant une meilleure analyse,
- Simplification de la gestion documentaire.

UN SYSTEME AU SERVICE DE LA QUALITE, DE LA GESTION DES RISQUES ET DE LA MAITRISE ECONOMIQUE

Le système d'information doit permettre de :

- Disposer des informations nécessaires à la qualité, à la sécurité, à la coordination et à la continuité de la prise en charge des patients,
- Mettre à disposition la base documentaire nécessaire au bon fonctionnement de la structure,
- Recenser, analyser et traiter les événements indésirables et les alertes sanitaires,
- Disposer de données économiques fiables, analytiques et actualisées dans un objectif de maîtrise des coûts.
- Mesurer le niveau de qualité de l'établissement au travers du développement d'indicateurs spécifiques et du recueil des indicateurs qualité nationaux.
- Sécuriser les données.

SANTE RELAIS DOMICILE recherche l'atteinte des niveaux d'exigences posées dans le cadre du dispositif "Hôpital Numérique" et s'appuie si besoin sur l'expertise de consultants extérieurs pour :

- l'organisation de la sécurité du système d'information,
- la réalisation de l'analyse des risques du système d'information et du plan d'actions d'améliorations,
- la rédaction du plan de reprise d'activité,
- la formalisation de la procédure de fonctionnement en mode dégradé des logiciels de gestion de l'activité de soins,
- l'organisation de l'identitovigilance,
- la réalisation de la cartographie du système d'information.

La généralisation du dossier patient informatisé au domicile induit des axes de travail spécifiques sur :

- le dossier patient communicant et la communication extérieure,
- la prescription électronique alimentant le plan de soins.

L'hébergement des données est confié à un partenaire fiable disposant des moyens humains et techniques garantissant la sécurité des données et les possibilités d'évolutions nécessaires à la modernisation du système d'information.

L'EVALUATION DU SYSTEME D'INFORMATION

Les dysfonctionnements du système d'information sont recueillis au travers d'audits régulièrement effectués et de la déclaration et de l'analyse des évènements indésirables.

Le dossier du patient est le support privilégié de l'évaluation des pratiques.

C'est pourquoi, l'évaluation du système d'information porte prioritairement sur la mesure de la qualité du dossier du patient en termes de contenu et de tenue, dans un objectif d'amélioration continue, d'adaptation aux exigences de qualité et de réponse aux besoins des utilisateurs.

SANTE RELAIS DOMICILE EN QUELQUES CHIFFRES

L'activité en volume

2014	2016
27 219 journées	33 895 journées
Soit 75 patients par jour	Soit 93 patients par jour

Les recettes T2A

2014	2016
5 571 000 euros	7 295 000 euros
Prix moyen de journée 205 euros	Prix moyen de journée 215 euros

Les parts de marché

En Haute-Garonne

2014	2016
48%	50%

En Midi-Pyrénées

2014	2016
19%	20%

Les conventions signées

Etablissements sociaux ou médicosociaux

2014	2016
80	93

Etablissements de santé

2014	2016
29	29

Les principaux modes de prises en charge en % de l'activité

(Données PMSI)

	2014	2016
Pansements complexes	20%	18%
Soins palliatifs	14%	12%
Chimiothérapie anticancéreuse	8%	6%
Traitements IV	8%	11%
Surveillance grossesses à risque	17%	15%

L'effectif en ETP

2014	2016
44,7	47,6